



CORRESPONDENCIA ENTRE COMPETENCIAS LABORALES Y
COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA ALGUNOS
PROFESIONALES QUE INTEGRAN LOS EQUIPOS DE SALUD PÚBLICA DEL
DEPARTAMENTO DE CALDAS 2018.

DIANA MARCELA ARCILA HERRERA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
MANIZALES
2019

CORRESPONDENCIA ENTRE COMPETENCIAS LABORALES Y
COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PUBLICA DE ALGUNOS
PROFESIONALES QUE INTEGRAN LOS EQUIPOS DE SALUD PÚBLICA DEL
DEPARTAMENTO DE CALDAS 2018.

Autor

DIANA MARCELA ARCILA HERRERA

Trabajo de investigación para optar al título de Magister en Salud Publica

Tutoras

Eugenia Nieto Murillo

Paula Tatiana González Pérez

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

MANIZALES

2019

RESUMEN

Objetivo: Identificar la correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en Salud Pública de los profesionales que integran el equipo de salud pública en la Dirección Territorial de Salud del departamento de Caldas, 2018.

Metodología: Estudio descriptivo transversal con datos cualitativos y cuantitativos, población objeto conformada por profesionales en enfermería, odontología, bacteriología, fisioterapia, psicología, trabajo social, sociología, ingeniería de sistemas y mercadeo. Muestreo por conveniencia. Para el análisis de correspondencias se usó el paquete estadístico SPSS V23, margen de confianza del 95% para variables cuantitativas.

Resultados: El 69,7% de los participantes son mujeres, su edad promedio es de 39 años, el 81,81% ejerce funciones disciplinares, el 3,03% multidisciplinarios y el 15,15% ambas, se encontró relación entre las competencias definición y riesgo de amenazas y gestión de políticas y planes con el tipo de función. **Conclusiones:** Se presenta correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en salud pública en las variables definición de los riesgos amenazas y daños en salud y en la variable gestión de políticas y planes de salud en los participantes de la Dirección Territorial de Salud de Caldas.

Palabras Claves: Salud pública, Competencias laborales, Competencias esenciales en salud pública.

ABSTRACT

Objective: Identify the correspondence between job skills and essential competencies in Public Health of the professionals that make up the public health teams of the Territorial Health Directorate of the Department of Caldas 2018. Taking into account sociodemographic characteristics, human talent, indicators in health, Essential functions in Public Health, essential competencies in public health, professional profiles of the professions and regulatory framework. **Methodology:** It is a cross-sectional descriptive study with qualitative and quantitative data, the target population consists of professionals that make up the public health teams. Non-probabilistic sampling, for convenience. Use of statistical package SPSS V23 with a confidence margin of 95% for quantitative variables. **Results:** 69.7% of the participants are women, their average age is 39 years, 81.81% exercise disciplinary functions, 3.03% multidisciplinary and 15, 15% both, a relationship was found between the variables definition and risk of threats and management of policies and plans with the type of function. **Conclusions:** Correspondence between occupational competencies and essential public health competencies is presented in the variables defining hazards and health risks and in the variable management of health policies and plans in the participants of the Territorial Health Directorate of Caldas.

Key words: Public health, Labor competencies, essential competencies in public health.

CONTENIDO

1	PRESENTACIÓN	10
2	ÁREA PROBLEMÁTICA, ANTECEDENTES Y PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN....	12
2.1	ANTECEDENTES	13
2.2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
3	JUSTIFICACIÓN	23
4	TÓPICOS DEL REFERENTE TEÓRICO	24
4.1	CONTEXTO TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS	24
4.1.1	Características Físicas del Departamento de Caldas	24
5	ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA	27
5.1.1	Contexto Demográfico	28
5.1.2	Población por Área de Residencia Urbano/Rural.....	28
5.1.3	Población Por Pertenencia Étnica	29
5.1.4	Calidad de Vida.....	30
5.1.5	Infraestructura y Servicios	31
5.1.6	Competencias Laborales	32
5.2	CARACTERIZACIÓN POR PROFESIONES.....	34
5.2.1	Competencias Laborales Del Bacteriólogo	35
5.2.2	Competencias laborales del enfermero	38
5.2.3	Competencias profesionales del Fisioterapeuta	41
5.2.4	La Odontología.....	43
5.2.5	Psicología	45
5.2.6	Trabajo Social	49
5.2.7	Sociología.....	50
5.2.8	Ingeniería en Sistemas.....	52
5.2.9	Mercadeo.....	53
5.3	COMPETENCIAS LABORALES EN SALUD PÚBLICA.....	55
5.3.1	Análisis Funcional.....	58
5.3.2	Análisis Ocupacional	60
5.4	COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA	62
5.4.1	Funciones Esenciales de la Salud Pública, FESP.....	65
5.4.2	Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública, MRCESP	69

5.4.3	Normatividad Vigente (Talento Humano En Salud).....	71
5.5	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y SU DESARROLLO EN COLOMBIA	74
5.6	PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA.....	74
6	OBJETIVOS	77
6.1	OBJETIVO GENERAL.....	77
6.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	77
7	METODOLOGÍA.....	78
7.1	PROCEDIMIENTO.....	80
7.2	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	81
8	CONSIDERACIONES ÉTICAS	82
9	RESULTADOS	83
9.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS GENERALES	83
9.2	CESP QUE EJERCE EL GRUPO DE PROFESIONALES EN EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD LABORAL, DE ACUERDO CON EL MRCEP PROPUESTO POR LA OPS	86
9.3	ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIA	95
10	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	99
11	CONCLUSIONES	102
12	RECOMENDACIONES.....	105
13	BIBLIOGRAFÍAS	107

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de los municipios por extensión territorial y area de residencia del departamento de Caldas.	26
Tabla 2: Subregiones del departamento de Caldas.....	27
Tabla 3: Población por área de residencia departamento de Caldas – 2017.	28
Tabla 4: Competencias posibilitadoras	46
Tabla 5: Metas regionales de recursos humanos en salud 2007 - 2015.....	63
Tabla 6: Técnicas e Instrumentos de recolección de información	78
Tabla 7: Porcentaje de uso de competencias dominio 1 profesionales de la Salud - Caldas 2018... 87	87
Tabla 8: Porcentaje uso de competencias dominio 2 - Caldas 2018.	88
Tabla 9: Índice porcentual de competencias dominio 3 - Caldas 2018.....	90
Tabla 10: Índice porcentual de competencias dominio 4 - Caldas 2018.....	91
Tabla 11: Índice porcentual de competencias dominio 5 - Caldas 2018.....	93
Tabla 12: Índice porcentual de competencias dominio 6 - Caldas 2018.....	94
Tabla 13: Funciones por tipos - Equipos de salud.....	95
Tabla 15: Competencias asociación ($p < 0.05$), según nivel de X^2	95

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Marco de competencias para enfermería.....	39
Gráfico 2 Estructura general de un mapa funcional	59
Gráfico 3 Estructura de la clasificación nacional de ocupaciones – SENA.....	61
Gráfico 4 Relación lineal competencia 2,4 y tipo de funciones de los profesionales que conforman los equipos de salud pública en el departamento de Caldas.....	97
Gráfico 5 Relación lineal entre la competencia 4,6 y tipo de funciones de los profesionales que conforman los equipos de salud pública en el departamento de Caldas.....	98

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento Informado	119
Anexo 2 Cuestionario sociodemográfico	121
Anexo 3 Carta de solicitud de información.....	122

1 PRESENTACIÓN

El talento humano en salud pública ha sido indispensable para el funcionamiento de los sistemas de salud. De ahí la necesidad de crear un equipo interdisciplinario que abarque todos los tópicos importantes en la toma de decisiones y solución de los problemas en salud.

Aunque es importante conformar un equipo competente para lograr unos objetivos claros frente a la solución de los problemas en salud; es fundamental que el talento humano cuente con las competencias para llevar a cabo sus funciones, ya que este debe ir ligado a las necesidades de la población y además a la formación que reciben desde el sector educativo, hablando de la oferta de programas y la demanda de la población. Teniendo en cuenta que, en el ejercicio multidisciplinar, no se debe perder la perspectiva profesional, dado que la concepción de equipo, donde se reúnen diversas competencias, se materializa en el complemento de estas, en tanto en que todas buscan un mismo propósito.

Cuando se aborda específicamente el área de la salud, por su bastedad y complejidad, en ella, en aras de fortalecer la calidad de los servicios, intervienen factores disciplinares, multidisciplinarios e interdisciplinares, reflejando en ello las necesidades en la formación de la diversidad de profesionales que intervienen en los equipos de salud pública. No obstante, la diferenciación entre roles en el ejercicio profesional, exige la identificación, no solo de competencias, sino de las tareas que cada individuo debe cumplir.

De estos planteamientos, surge la necesidad de identificar las capacidades del talento humano en salud pública. Conocer cuáles son las insuficiencias de los sistemas de salud, desde el Sistema General de seguridad social y la actualidad de la salud en Colombia; teniendo en cuenta cuales son los temas de salud pública en los cuales deben ser formados.

Este estudio identificó la correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en salud pública de los profesionales que conforman los equipos de salud pública de la Dirección territorial de salud en el departamento de Caldas, como lo

son: Bacteriólogo, Enfermero, Sociólogo, Psicólogo, Fisioterapeuta, Trabajador Social, Ingeniero en sistemas y Profesional en Mercadeo, en el año 2018.

Para el análisis de los datos se empleó estadística descriptiva para las características sociales, demográficas y laborales, las competencias esenciales en salud pública y la medición de la correspondencia entre las variables laborales y las CESP¹. Los resultados servirán como base para realizar o implementar intervenciones con los profesionales que conforman los equipos de salud pública orientadas a fortalecer una mejor práctica en este sector y desde la academia complementar la formación con temas que faciliten el desarrollo de competencias esenciales.

¹ Competencias Esenciales en Salud Pública.

2 ÁREA PROBLEMÁTICA, ANTECEDENTES Y PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El desarrollo y la formación de los profesionales en salud pública debe ser vista desde diferentes ángulos tales como: las ciencias básicas, clínicas, el desarrollo de competencias, permitiendo el desempeño desde diversos campos fundamentales, propios de cada profesión, no obstante la diferencia, el análisis de capacidades desde las competencias, se convierte en una herramienta vital que coadyuva al mejoramiento de la calidad, con servicios esencialmente integrales cuya perspectiva prioritaria es en todo caso el usuario.

En América latina, uno de los problemas más destacados es la falta de desarrollo en materia de análisis de competencias, no como las capacidades personales que se adquieren en el ejercicio profesional, sino en la capacidad de complementar las mismas a entornos de trabajo mucho más colectivos, particularmente donde el trabajo en equipo es determinante. Falencia que se refleja que en la falta de atención y análisis que se puede observar a la hora de proyectar la fuerza de trabajo y su perspectiva de aporte, al margen de que pueda constituir las necesidades propias del servicio.

La OPS² en el año 2000 puso en evidencia el escaso desarrollo de los países de América Latina respecto a los recursos humanos en salud pública, resaltando la falta de: caracterización de la fuerza de trabajo, identificación de las competencias necesaria para el ejercicio de las funciones esenciales de salud pública y el mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo. (Arroyave, Giraldo y González).
(1)

En tal sentido, se observa poco desarrollo frente a las competencias en salud, visualizando falta de estudio de la fuerza de trabajo y las competencias para ejercer las funciones esenciales en salud pública y el mejoramiento del enfoque en el desarrollo y la prestación de los servicios en salud, se alude, por tanto, según la Organización Panamericana de la Salud al “Desarrollo de la Fuerza de Trabajo”, con una perspectiva vinculante que somete al escrutinio y el análisis, de manera oportuna las decisiones de manera colectiva y con una tendencia a darle certeza a dichas decisiones.

² Organización Panamericana de la Salud

2.1 ANTECEDENTES

Con el pasar de los años se ha visto la necesidad global de actualizar y complementar los recursos humanos, ampliando enfoques, identificando necesidades, priorizando esfuerzos en mejorar los sistemas de salud, optimizando la oferta y mejorando el talento humano en salud (2).

Para el año 2013, Agudelo, et al (3) presentan un panorama completo acerca de la Caracterización del talento humano del sector salud en Colombia. Utilizaron para esto, una metodología con entornos organizacionales, ocupacionales, educativos, tecnológicos, económicos y ambientales, mediante metodología cuantitativa, cualitativa, encuestas, entrevistas, revisión documental y prospectiva.

En dicho estudio sobre la caracterización del talento humano, se pudo concluir que el personal auxiliar y profesional predomina sobre los tecnólogos y técnicos, lo que aleja al parecer el recurso humano de las ciudades pequeñas y del área rural, concentrando este recurso en grandes ciudades, por la forma de contratación y estímulos recibidos.

Para el Departamento de Caldas se definió y caracterizó las competencias laborales y criterios en salud pública de los profesionales en Medicina y Enfermería, para este estudio se tomaron las once funciones esenciales en salud pública- FESP, también se tuvieron en cuenta otros aspectos como la salud ocupacional, la prevención de la enfermedad, gerencia del cuidado, atención médica, el comportamiento, motivación, liderazgo, autoestima, entre otras. Por ello, se asignaron escalas de valor por cada FESP, se construyó un instrumento para evaluar funciones y conductas en una escala numérica de 0 a 5, que corresponden a nunca, casi nunca, pocas veces, algunas veces, casi siempre y siempre. Para la identificación de los logros, la sumatoria permitió evaluar si estas eran: nulo, bajo, medio bajo, medio, alto, medio alto, alto, muy alto (1).

En el año 2012 el Ministerio de la protección social de Colombia hizo una Caracterización laboral del talento humano en salud para ejercer en Colombia, mediante información suministrada por fuentes como: direcciones departamentales de salud, Secretaria distrital de salud de Bogotá D.C, Plantilla integrada de liquidación de aportes, entre otros; con la estructura de tres componentes principales: 1. Caracterización demográfica, 2. Caracterización de ingresos a base de cotización, 3. aproximación de

números de fuentes de ingreso. Los elementos se abordaron desde los tópicos del referente teórico.

Ahora bien, se trata de complementar una destrezas laborales adquiridas durante un periodo de formación profesional, con una serie de actitudes innatas en cuanto a la capacidad de desenvolverse en el ejercicio profesional y sumado a ello tener la capacidad de interactuar interdisciplinariamente, para responder a los desafíos que implica trabajar en equipo, al respecto en un trabajo de Juana Suárez Conejero y otros (2013), en un informe especial publicado en la Revista Panamericana de Salud Pública y titulado “Competencias esenciales en salud pública: “un marco regional para las Américas”; alude a perspectivas relacionadas con las competencias en salud pública desde el recurso humano, como aspecto relevante en la mejora de la calidad.

En este marco, los recursos humanos de salud cobran mayor relevancia porque son los actores que, con sus prácticas, producen y reproducen los sistemas de salud. Al decir de un informe publicado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), “La disponibilidad de profesionales competentes en salud pública es la mejor garantía de que las autoridades sanitarias cumplan con sus obligaciones”. Otros estudios de la misma organización se refieren a la insuficiencia de estos profesionales, así como a deficiencias en las ofertas de capacitación: “Existe una abundancia de oportunidades de capacitación en los países que responde a una lógica de oferta. Frecuentemente, estas oportunidades están determinadas por las fuentes de financiamiento . . .”, “. . . [Hay toda] una sobreoferta de servicios educacionales en algunos países, financiada por diferentes organismos internacionales, los que se disputaron idénticas audiencias y causaron el vaciamiento temporal de los servicios . . .” (Suarez et al, 2013, p 47).

Al respecto exponen una paradoja ocupacional, ya que, si bien aluden a una sobreoferta académica profesional, desestiman la capacidad de las entidades de salud, en la calidad y en la capacidad, dada la insuficiencia de personal asistencial.

Así mismo una investigación realizada por Beatriz Eugenia Cárdenas Cotrino (2018), sobre competencias laborales y esenciales en sistemas de información, y titulado “correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en salud

pública, que desempeñan los médicos y los profesionales en gerencia de sistemas de información en salud (GESIS) de los equipos de salud pública en la subregión valle de aburra, Antioquia 2016 - 2017.” Expone la necesidad de intervenir el sistema de salud desde los claustros universitarios de manera integral, en vías de transitar hacia una multidisciplinariedad, en aras de mejorar ostensiblemente la calidad y la cobertura en la salud, a partir de la potencialización del trabajo interdisciplinario.

Por otro lado, en su artículo Betancur manifiesta “varios autores plantean que la formación universitaria debe transitar de la disciplinariedad hacia la transdisciplinariedad”. Que desde diferentes perspectivas frente a una problemática la participación intersectorial puede otorgar mejores resultados; Adicional expone un “Modelo transdisciplinario para la investigación en salud pública que está basado en la utilización de las herramientas tradicionales de diseño de proyectos, pero con variantes provenientes del enfoque de los sistemas complejos”. Con lo anterior se concluyó que la identificación de problemas desde diferentes perspectivas por parte de especialistas, miembros de las comunidades y directivos, permitirían intervenciones inter y transectorial más efectivas, sugiriendo un cambio organizacional en el que se modifiquen estilos de trabajo y formas auto organizativas de la actividad científica. (Cárdenas, 2018, p 12).

Las investigaciones anteriormente citadas, dan cuenta de manera sucinta de una serie de problemas que aquejan a la prestación del servicio de salud, cuyo origen causal se identifica, no solo desde la cobertura en atención, sino desde la atención misma, problema que tiene que ver con la incapacidad de establecer criterios dinámicos e integrales del recurso humano en cuanto a la potencialización de su formación y sus capacidades.

2.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Mosquera (4) reconoce el talento humano como la clave para el funcionamiento del sistema de salud. Y aunque se presentan avances en la formación del recurso, hay limitantes como insuficiencia del personal para lograr una adecuada fuerza laboral, dando como resultado baja productividad, desmotivación, ineficiente asignación de los recursos, desequilibrios en la asignación de la fuerza de trabajo disminuyendo la posibilidad de

ubicar geográficamente de acuerdo a las funciones, regulando la migración y las condiciones laborales, para así equilibrar la atención universal en la prestación de los servicios de salud.

Según Ortiz (5) En la segunda medición realizada a las metas regionales de recursos humanos en salud 2007-2015 en Colombia, no se observan grandes avances en la asimilación de las competencias en salud en el personal de APS y en mejorar las condiciones laborales. Evidenciando que las competencias formalmente no han sido incorporadas, es decir, que aun los servicios de salud no se han reorganizado de acuerdo al marco de la estrategia APS, definida en la Ley 1438 de 2011 (fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud); Aunque se dice que estas competencias son parte de la formación del personal en los primeros niveles de atención.

Mosquera afirma que los estudios que se han realizado en el país sobre el talento humano en salud pública, han sido en las disciplinas tradicionales como son: medicina, enfermería, bacteriología, odontología, nutrición y terapias. Por lo que esto no abarca todos los profesionales que hacen parte de este estudio; no existiendo evidencia científica de las otras profesiones y de no correspondencia con las funciones esenciales en salud pública.

En la historia se ha encasillado el rol de los profesionales a unas solas labores específicas, en el caso de los enfermeros están dedicados al cuidado de los pacientes, los odontólogos a cuidar la salud oral, los fisioterapeutas a mejorar y cuidar el estado físico del cuerpo humano, los bacteriólogos en los análisis de laboratorio, esto en el caso de las profesiones medicas; en el caso de las profesionales que están ligadas a las ciencias sociales y humanas están el psicólogo al cuidado de la salud mental, el sociólogo al estudio del comportamiento humano, los trabajadores sociales dedicados al cambio y al desarrollo social.

También existen otras ciencias y disciplinas como, la ingeniería en sistemas cuyos profesionales se encargan de manejar la tecnología y los profesionales en mercadeo que se encargan de promover y generar apertura de mercados. Pero con el pasar de los años, se ha visto la necesidad de involucrar otras profesiones que, aunque no estén ligadas tan directamente a la salud son de gran importancia a la hora de abordar problemáticas en salud pública.

Mosquera (4) habla del aporte de la psicología en salud pública, La Ley 1090 de 2006 destaca el valor de esta ciencia sobre el comportamiento de personas sanas y enfermas, teniendo en cuenta el carácter biopsicosocial, en consecuencia, la OMS, reconoce al psicólogo como un profesional en el área de la salud. Es decir, se reconoce al profesional desde las ciencias sociales y ciencias de la salud, inclusive integrándose con otras disciplinas (6).

El anterior ejemplo, sirve de muestra para demostrar que el concepto de salud ha ido cambiando con el tiempo y se ha vuelto más complejo, demandando más acciones que contribuyan con factores extras, en salud, de manera que ayuden a trascender el abordaje desde la perspectiva correctiva individual y colectiva, de lo que la psicología se ocupa (4). En Colombia la participación en muchos espacios del psicólogo ha sido fundamental y necesaria en salud pública (7).

Mosquera en su estudio de (4) “Caracterización ocupacional del psicólogo en el área de salud pública en el departamento del Huila” afirma que en el área de salud pública las funciones que más desempeñan son: promoción de la salud, participación social, vigilancia en salud pública y en el análisis de la situación en salud; en otras funciones como toma de decisiones, diseño e implementación de políticas su desempeño es en menor grado y se observan fallas en la administración del talento humano.

En el caso de los Bacteriólogos, estos siempre han sido vistos por su importancia en los laboratorios de diagnóstico en salud, pero con el pasar del tiempo han ido desarrollando actitudes profesionales como: formación en valores, sensibilidad social y cultural, responsabilidad en lo científico, político, social, cultural, económico y lo ético (8).

Los campos de acción del bacteriólogo en la actualidad van más allá del diagnóstico humano, este ha incursionado en el campo animal, industrial, vegetal, biotecnología; convirtiéndose en parte fundamental en la prevención de la enfermedad, promoción de la salud, diagnóstico de enfermedades, seguimiento y control de estas, creación de nuevos productos y tratamientos, asegurando calidad de productos, aguas, suelos, ambiente, entre otros (8).

Cabe destacar, que los estudios sobre el aporte de la bacteriología, son innumerables, entre ellos el de Karina, Duarte, Mesa, Zapata, Palacio (8), que para el año

2005, aborda la importancia de complementar el trabajo del diagnóstico del bacteriólogo en el laboratorio clínico, fortaleciendo aspectos importantes como la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. En este estudio los autores afirman que, aunque en el curriculum, los bacteriólogos ven asignaturas de componentes comunitarios, no eran tan claro la proyección y el trabajo social; fundamentos importantes para fortalecer las mallas curriculares de la formación de estos profesionales.

En la actualidad uno de los principales roles del bacteriólogo en el área de la salud pública es en los laboratorios de salud pública (9) tiene que ver con su incidencia fundamental en los análisis realizados y en los diagnósticos, convirtiéndose en un soporte invaluable con la Vigilancia en Salud Pública y Sanitaria.

Otras de las profesiones involucradas en la red de atención en salud, de vital importancia por su naturaleza y su papel es la enfermería que según el Concejo Internacional de Enfermería (10) la define como:

“Disciplina que comprende cuidados y colaboración a las personas, grupos poblacionales y familias; dentro de sus funciones esta la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y cuidados a personas enfermas. Dentro de la definición del concejo acerca de las FESP de los enfermeros están: Investigación, fomentar entornos seguros, participación en políticas de salud, gestión de políticas, formación y pacientes (11).

Para Colombia se ha reglamentado la enfermería con la ley 266 de 1996 (12) y la ley 911 de 2004 (13) en donde se presentan las funciones de esta profesión, funciones específicas, habilidades, conductas de autocuidado, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En tal sentido la resolución 0429 de 2016 (14) adopta la política de Atención Integral en Salud, en esta se define el modelo integral de atención en salud-MIAS, donde el profesional de enfermería cuenta con la posibilidad y responsabilidad de cumplir funciones, tales como, integrar sus conocimientos teóricos y prácticos, habilidades sociales, actitudes y convicciones personales, ofrecer sus servicios sin distinción, actualizarse constantemente en necesidades y problemas de salud (15). Es claro que la enfermería es uno de las profesiones que tiene un rol más definido e importante en salud pública. Es una de las

profesiones donde se forman con un enfoque integral, pensando en el bien individual y colectivo de la comunidad.

En lo que tiene que ver con la odontología como otra profesión ligada a la salud pública, en Colombia se regula su ejercicio con la ley 10 de 1962 (16) “por la cual se dictan normas relativas al ejercicio de la odontología”, autorización del ejercicio y quienes tienen permiso de ejercerla, convalidación de títulos y sanciones del ejercicio ilegal.

La odontología es una disciplina, que con el tiempo ha tenido una evolución importante. La práctica de esta profesión se ha considerado de carácter social y con un compromiso ético en pro del bienestar de la población (17). En ella se reconoce la importancia e influencia de factores sociales, económicos, políticos, determinantes de la situación en salud y la salud bucal. Fomentando enfoques y estrategias a través de programas de educación, estrategias de información y acciones en atención primaria en salud (18). Hablándose de odontología comunitaria, salud comunitaria, odontología sanitaria y social (19).

Los estudios realizados sobre la importancia de la odontología a nivel de salud pública, han avanzado de forma teórica, no obstante, es necesario mejorar la incorporación de la salud bucal colectiva y todo lo que esta conlleva en Colombia (20).

Así la odontología y las disciplinas descritas con anterioridad, a la fisioterapia, con el paso del tiempo se le ha venido reconociendo su importancia en todo los procesos de salud, por ello, con la ley 528 DE 1999 (21) donde se reglamenta el ejercicio de la profesión de fisioterapia, se asume esta como una parte de la red integral de salud, cuyo objeto de estudio es la comprensión y manejo del movimiento corporal humano y el bienestar del hombre.

La fisioterapia es definida desde su función, como una profesión, que interviene en cualquier parte del ciclo vital y en diferentes ámbitos. El profesional debe ser dinámico, adaptable, capaz de asumir responsabilidades y funciones de acuerdo a su especialidad. Siendo capaz de diseñar, ejecutar, controlar programas de intervención, de promoción, rehabilitación y habilitación, gerencia, gestión de servicios, docencia, programas de fisioterapia, participación y formulación de políticas de salud (21).

Aunque el rol del fisioterapeuta históricamente ha ido cambiando, en los estudios sobre las funciones que cumplen, estas van ligadas a su desempeño tradicional, que hace referencia al cuidado corporal, a la rehabilitación del cuerpo humano; en cuanto a su rol en la salud pública, se observa que es un campo poco explorado por estos profesionales, aunque se presentan avances tanto en sus programas de formación como en la práctica (22).

En la descripción de las profesiones anteriores se tuvo en cuenta aquellas, cuya intervención, tiene que ver directamente con la salud física desde cualquier aspecto y psicológica, con los aportes integrales que esta disciplina pueda imbuir. No obstante, otra categoría de profesionales, con roles mucho más contextuales, pero no menos importantes, interviene en los procesos de salud pública, entre ellas el trabajo social.

Con la Ley 53 de 1977 se reglamente el ejercicio profesional del trabajador social (23). Según el Acuerdo 158 de 1980, en el artículo 118 establece que “la asistencia social estará dirigida a prevenir, identificar y tratar deficiencias y problemas sociales implicados directamente en el mantenimiento o la recuperación de la salud de los beneficiarios”. Esta profesión está relacionada directamente con el bienestar de personas, promoviendo en el ámbito de la salud la mejora en la calidad de vida.

Para el trabajo social, la salud y la enfermedad son tomadas como hechos sociales, trascendiendo su concepción biológica e involucrando las ciencias sociales. Ver el enfermo y su entorno, recursos sanitarios y sociales encaminados a lograr la salud como objetivo principal (24). El trabajador social tiene un rol muy importante en salud pública, pero en la revisión bibliográfica no se encuentran muchos estudios que lo documenten (25).

Entre sus competencias en el área de la salud se cuenta con las siguientes:
Identificar condiciones de vulnerabilidad que afecten la salud, fomentar la participación social, identificación de factores de riesgo en interacciones de individuos, grupos y comunidades en diferentes entornos para evitar enfermedades, realización de intervenciones enfatizando la modificación de estructuras de comportamiento con visión integral de salud y bienestar, entre otras (26).

En ese orden de ideas, el enfoque social de la salud pública es determinante a la de evaluar integralmente la salud de la población, por ello, la parte social es fundamental y su relación con la sociología, en tal virtud cuando se habla de la salud de la población, el

vínculo entre ambas es cada vez más firme. Cuando se alude a salud poblacional, esta tiene relación directa con los determinantes socioeconómicos, desigualdades, pobreza y enfermedad, salud y bienestar material, desigualdad y prevalencia de enfermedades (26).

La sociología ha ampliado su objeto de estudio, que va desde el estudio de la estructura y las normas de la sociedad, hasta como las acciones individuales tienen relación en lo colectivo. El sociólogo en el área de la salud, ha estado centrado en la investigación entre seres humanos y la salud. Aunque no existen muchos estudios que hablen del rol del sociólogo en salud pública.

Además de las profesiones anteriores, con base en los avances tecnológicos y la evolución social en materia de información y comunicaciones, otro grupo de profesionales han venido a incursionar en el área de la salud pública, adquiriendo cada vez más protagonismo, entre ellos, los ingenieros de sistemas, que están capacitados para planear, desarrollar, implementar, diseñar y dar soluciones computacionales a problemas tecnológicos, gestionando información, conocimiento de acuerdo a las necesidades de la actualidad. De igual manera el profesional en Mercadeo adquiere día a día mayor importancia por la necesidad de atender la satisfacción del cliente, estudios de la calidad de un bien o servicio, optimización y eficiencia en la intervención en los procesos

En el caso del ingeniero de sistemas y el profesional en mercadeo y su rol en los equipos de salud pública, no se evidencian estudios al respecto, así que en esta investigación se espera encontrar cuál es su desempeño en el cargo dentro de los equipos de salud pública.

Davó y Gonzales (27) realizaron estudios en relación a que profesionales y que funciones pueden hacer en salud pública; estos plantean que un sinnúmero de disciplinas puede intervenir (farmacia, medicina, enfermería, nutrición humana y dietética, veterinaria, trabajo social, ciencias laborales, ciencias ambientales, estas tienen competencia para funciones en salud pública). Realizando actividades como análisis de situación en salud, creación, diseño y puesta en marcha de programas de intervenciones sanitarias, incentivando la participación social teniendo en cuenta cada perfil profesional de las titulaciones; mejorando abordajes y aportando información desde puntos de vista de otras disciplinas para mejorar la práctica de la salud pública.

Los profesionales en su mayoría tienen los conocimientos y habilidades para participar en actividades de análisis de situación en salud, diseño y puesta en marcha de intervenciones y programas, impulsar la participación social teniendo en cuenta el perfil profesional, no solo describiendo fenómenos de salud, definiendo un mejor punto de entrada, contando con equipos multidisciplinares, que aporten información para contribuir en diferentes áreas, para fortalecer las bases teóricas y mejorar la práctica (28).

A partir de las anteriores consideraciones surge la pregunta de investigación:

¿Cuál es la correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en Salud Pública que desempeñan los profesionales que integran el equipo de salud pública de la Dirección Territorial de salud en el departamento de Caldas (Bacteriólogo, Odontólogo, Fisioterapeuta, Enfermero, Sociólogo, Trabajador social, Psicólogo, Ingeniero en sistemas y el Profesional en Mercadeo) en el año 2018?

3 JUSTIFICACIÓN

Para el quehacer de la salud pública, es necesario observar la multidisciplinariedad en la práctica de la salud pública y las condiciones de salud que requieren intervenciones. Sobre todo, si se tiene en cuenta que, a la integralidad social, desde su organización, genera una mutación en consecuencia sistémica, con sus necesidades y dados los procesos evolutivos sociales, la proyección varía sustancialmente, sobre todo en esta área, donde se requiere de manera urgente superar retos apenas comparables con los fenómenos sociales en constante cambio.

En tal sentido, el complemento profesional que permite la adherencia multidisciplinar en materia de salud pública, exige una preparación con una proyección más integral si se quiere, desde y para la calidad de los servicios de salud, por ello, la presencia de profesionales de diversas disciplinas se hace cada vez más perentorio, ello indica la urgencia de competencias múltiples. La presente investigación busca ampliar conocimientos acerca de la formación de los profesionales, los servicios de salud y entregar información actualizada a las autoridades sanitarias y la academia adecuar un modelo que permita mejorar la atención, la equidad y mejorar en general la calidad de los servicios estableciendo necesidades de formación de los profesionales.

4 TÓPICOS DEL REFERENTE TEÓRICO

4.1 CONTEXTO TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS

4.1.1 Características Físicas del Departamento de Caldas

Caldas se ubica en la subregión Andina del Eje Cafetero, de la que también hacen parte los departamentos de Risaralda, Quindío, el Suroeste de Antioquia y el Norte del Valle del Cauca, localizado entre los $05^{\circ} 46' 51''$ y los $04^{\circ} 48' 20''$ de latitud norte, y los $74^{\circ} 38' 01''$ y $75^{\circ} 55' 45''$ de longitud oeste, Manizales es su capital. Este limitado al Norte con el departamento de Antioquia, en el Este con el departamento de Cundinamarca, en el Sur con los departamentos del Tolima y Risaralda, y en el Oeste con el departamento de Risaralda. Hace parte de los 32 departamentos de Colombia.

Ilustración 1: Mapa del departamento de Caldas por subregiones.



Fuente: Gonzalo Duque Escobar (2016).

Ilustración 2: Ubicación geográfica del departamento de Caldas.



Fuente: TodaColombia.com (2019).

El departamento posee un alto porcentaje de su territorio en el área rural, entre los municipios que cuentan mayor extensión en zona rural están: Anserma, Aranzazu, Belalcázar, Chinchiná, Filadelfia, La Dorada, La Merced, Manzanares, Marquetalia, Marulanda, Neira, Norcasia, Pensilvania, Riosucio, Risaralda, Samaná, Supía, Victoria, Villamaría y Viterbo, es decir 20 de 27 municipios que corresponde al 74,1% (tabla 1).

Tabla 1: Distribución de los municipios por extensión territorial y área de residencia del departamento de Caldas.

Municipios	Extensión urbana		Extensión rural		Extensión total
	KM2	Porcentaje	KM2	Porcentaje	KM2
Manizal	4	90,1	4	9,82	508,00
Aguadas	9	66,9	4	33,0	144,80
Anserm	1	0,87	2	99,1	206,40
Aránzaz	0	0,22	1	99,7	151,53
Belalcáz	0	0,17	1	99,8	114,30
Chinchi	2	2,35	1	97,6	112,44
Filadelfi	0	0,26	1	99,7	192,00
La	2	5,10	5	94,9	574,00
La	0	0,20	9	99,8	98,10
Manzan	0	0,33	2	99,6	209,70
Marmat	1	81,5	4,	18,5	21,96
Marquet	2	2,55	8	97,4	90,30
Marulan	1	0,37	3	99,6	378,57
Neira	1	0,41	3	99,5	364,00
Norcasia	0	0,20	2	99,8	211,24
Pácora	9	66,9	4	33,0	144,80
Palestin	0	0,30	9	99,7	100,00
Pensilva	0	0,18	5	99,8	513,00
Riosucio	3	0,81	4	99,1	429,50
Risarald	0	0,20	1	99,8	108,38
Salamin	7	45,5	9	54,4	175,00
Samaná	0	0,06	7	99,9	761,02
San José	1	22,6	4	77,3	53,00
Supía	1	1,40	1	98,6	118,50
Victoria	2	0,39	5	99,6	507,00
Villamar	1	0,30	4	99,7	461,00
Viterbo	2	17,5	1	82,4	113,8
Caldas	8	11,8	6	88,1	6860,95

Fuente: Fuente: IGAC 2017.

5 ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Caldas geográficamente está dividida en 6 subregiones dadas las características culturales y socioeconómicas, así:

Tabla 2: Subregiones del departamento de Caldas.

SUBREGI	MUNICIPIOS
Norte	Aguadas, Pácora, Salamina y Aranzazu
Centro Sur	Manizales, Villamaría, Chinchiná, Neira y Palestina
Occidente	Marmato, La Merced, Filadelfia, Supía, Riosucio
Occidente	Anserma, Risaralda, San José, Belalcázar y Viterbo
Oriente	Marulanda, Manzanares, Pensilvania Marquetalia

Fuente: Diagnostico del Plan Acción 2013 – 2015 – CORPOCALDAS

La conformación de Caldas está dada por 27 municipios en total, 22 corregimientos, cuenta con 142 inspecciones de policía, 95 caseríos y 6 subregiones. Los municipios del departamento de Caldas están agrupados por 24 círculos notariales, siendo en total 29 notarias.

El círculo de registro cuenta con sede en Manizales y nueve oficinas seleccionales con sedes en: Anserma, Aguadas, La Dorada, Manzanares, Pacora, Pensilvania, Riosucio y Salamina. Un distrito judicial en Manizales; cuenta con 10 circuitos judiciales en: Manizales, Aguadas, Anserma, Chinchiná, La Dorada, Manzanares, Pacora, Pensilvania, Riosucio y Salamina.

Con la información del censo DANE 2005, proyección 2017, Manizales con un 40,21% concentra la población del departamento y los 4 municipios aledaños de la región centro sur agrupan 15,94%, el Magdalena Caldense se encuentra en segundo lugar con el 11,97%.

5.1.1 Contexto Demográfico

La población de Caldas para el Censo 2005 fue de 968.740 habitantes, las proyecciones para el 2017 del DANE son de 991.860 equivalente al 2,01% de la totalidad de la población de la nación, se puede decir que, en relación a estos datos, la población de Caldas en esos 9 años se incrementó en 870.175 habitantes, cabe decir que en departamento centra en 3 municipios su población: Manizales, Chinchiná y La Dorada.

5.1.2 Población por Área de Residencia Urbano/Rural

La distribución porcentual de área rural en el departamento es: Marmato, (88,14 %), Samaná (80,90 %), San José (75,88 %), Riosucio (69,14 %), Pensilvania (68,12 %), Marulanda (62,68%), Filadelfia (62,25 %), Palestina (63,35 %), los demás municipios tienen una extensión por debajo del 60%, mientras que los municipios con mayor porcentaje de población en área urbana son: Manizales (93,07 %), La Dorada (89,95%), Chinchiná (89,09 %), Viterbo(82,57 %), Villamaría (82,57 %), Norcasia (67,51 %), Anserma (63,40 %).

Tabla 3: Población por área de residencia departamento de Caldas – 2017.

MUNICIPIO	POBLACIÓN CABECER	POBLACIÓN RESTO	POBLACIÓN TOTAL	GRADO DE URBANIZ
Ma	3713	2752	3988	93,
Agu	1166	9984	2165	53,
Ans	2171	1182	3353	64,
Ará	6581	4583	1116	58,
Bela	5062	5589	1065	47,
Chi	4592	5150	5107	89,
Fila	4179	6534	1071	39,
La	6976	7971	7773	89,
La	2230	3051	5281	42,
Ma	9978	1296	2294	43,
Mar	1043	8171	9214	11,
Mar	6534	8472	1500	43,
Mar	1301	2092	3393	38,
Neir	1666	1429	3096	53,
Nor	4286	1986	6272	68,

Pác	5472		5927		1139	48,
Pale	6848		1082		1767	38,
Pen	8489		1785		2634	32,
Rios	1977		4327		6304	31,
Risa	4638		4724		9362	49,
Sala	9782		6223		1600	61,
Sam	5161		2062		2578	20,
San	1869		5719		7588	24,
Sup	1319		1390		2709	48,
Vict	3644		4580		8224	44,
Vill	4863		9845		5848	83,
Vite	1028		2132		1241	82,
Tot	7160		2758		9918	72,

Fuente: DANE

5.1.3 Población Por Pertenencia Étnica

Caldas posee características multiétnicas, contando con población indígena, afrocolombiana y en menor medida Raizal, datos del DANE 2005.

La población indígena en el departamento de Caldas es del 5,78%, el mayor porcentaje está en el municipio de Riosucio con el 79,92%, Supia se encuentra en el segundo lugar con el 31,85%, el tercer lugar lo tiene Marmato con el 17,32%, el resto de los municipios tiene un porcentaje menor a 5,78%. La población afrocolombiana tiene un porcentaje de 2,51%, el municipio con mayor concentración es Marmato con 58,47%, en segundo lugar, lo tiene Belalcázar con 22,23%, el tercer lugar San José con 13,12%, Supia tiene el cuarto lugar con 11,73%, continuando Palestina con 9,59%, Risaralda con el 8,33%, Norcasia con 4,83%, La Dorada con 3,18% y en noveno lugar Aguadas con 3,04%. En Caldas la población Raizal es 0,003% y la concentración de esta población está en: Manizales, La Dorada, Belalcázar y Palestina.

En cuanto la estructura demográfica, se observa como la pirámide poblacional de Caldas disminuye su base, lo que indica una disminución de tasa de natalidad y reducción en la población infantil, se reduce también su población joven, y se vuelve ancha en la cúspide, que demuestra que la población de Caldas envejece. Se podría decir que la pirámide poblacional de Caldas es una pirámide estacionaria moderna, donde se observa

crecimiento poblacional bajo, su natalidad es baja, al igual que la morbilidad y la mortalidad infantil, para el año 2016 la esperanza de vida Caldense es de 80 años para las mujeres y 75 años para los hombres.

El crecimiento de la población en Caldas disminuye, evidenciado por la baja en indicadores como natalidad y crecimiento natural y exponencial, así como en el dato negativo de migración neta que expone claramente que la población de Caldas migra a otros lugares y que es escasa la población que llega de afuera al departamento, la tasa de mortalidad se mantiene e incrementa levemente, todo lo anterior y lo relacionado con otros indicadores demografía como índice de envejecimiento demuestran el senectud de la población caldense y el bajo crecimiento de la misma.

5.1.4 Calidad de Vida

Cobertura de servicios de electricidad: en Caldas para el 2015 según los operadores de red y consolidado por el DANE se presenta una cobertura de electricidad de 99,7%, valor superior al de Colombia que es de 96,7%, la diferencia relativa observada no es estadísticamente significativa entre el departamento y el país (color amarillo).

- Cobertura de acueducto: El departamento para el año 2005 tenía una cobertura del 88,7% mientras que la nación 83,4%, las diferencias relativas no fueron estadísticamente significativas (color amarillo).
- Cobertura de alcantarillado: en el 2005 la cobertura en Caldas de acuerdo al DANE fue de 84,25% en tanto que en Colombia era de 73,1%, las diferencias relativas no fueron estadísticamente significativas (color amarillo).
- Cobertura de servicios de telefonía: este índice muestra una cobertura de 50,4% en Caldas en tanto en Colombia 53,4%, la diferencia relativa no fue estadísticamente significativas (color amarillo).
- Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA): Para el año 2016 el IRCA en Caldas registró un valor de 51,6 mientras en Colombia fue 26,6, la diferencia relativa entre los valores es estadísticamente significativa, es decir Caldas en calidad de agua, se

encuentra en peor condición que la nación (color rojo), sin embargo al revisar los valores por territorio el IRCA departamental urbano para el año 2016 no registra riesgo, mientras el IRCA rural presenta un valor de 73,4 que lo ubica en Riesgo Alto.

- Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada: según la definición dada por DNP – DANE en el hogar urbano, se considera como privado si no tiene servicio público de acueducto en la vivienda y en el hogar rural corresponde cuando obtiene el agua para preparar los alimentos de pozo con o sin bomba, agua lluvia, río, manantial, carro tanque, aguatero u otra fuente. En Caldas el valor de este índice fue 13,3% y en Colombia fue 17,2%, siendo inferior en el departamento. La diferencia relativa mostro una diferencia no estadísticamente significativa (color amarillo).
- Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas: en el hogar urbano, se considera como privado si no tiene servicio público de alcantarillado y mientras que el hogar rural, se considera como privado si tiene inodoro sin conexión, letrina, bajamar o no tiene servicio sanitario. En Caldas el valor de este índice fue 6,1% y en Colombia fue 17,0%, siendo inferior en el departamento. La diferencia relativa mostro una diferencia estadísticamente significativa, a favor del departamento mostrando que se encuentra en mejores condiciones que el país (color verde).
- Concentración promedio anual de material particulado de 10 micras (PM10): Las concentraciones de macropartículas se refieren a los finos sólidos suspendidos de menos de 10 micrones de diámetro (PM10) capaces de llegar a las vías respiratorias y afectar la salud.

5.1.5 Infraestructura y Servicios

En cuanto a la cobertura de los servicios de energía, alcantarillado, aseo de los municipios que conforman el departamento de Caldas con los datos reportados, por el Reporte de Estratificación y Coberturas certificado por las alcaldías al Sistema Único de Información SUI, evidencia que todas la cabeceras municipales presentan el 100% de la

cobertura en el servicio de energía, solo 8 de los municipios presentan coberturas entre 93% y 99% en el área rural, estos son: Aguadas, Aránzazu, La Dorada, Manzanares, Norcasia, Risaralda, Salamina y Villamaría. Respecto a la cobertura del acueducto se observan 10 municipios con cobertura menor al 90% y 10 presentan coberturas del 100%, en el área rural 5 municipios presentan cobertura del 100%, mientras en resto está entre el 0,00% y 97%. En la cobertura de alcantarillado se observan 4 municipios presentan una cobertura de 100% y 2 municipios cobertura menor a 10% esto puede estar errado frente a procesos urbanísticos.

5.1.6 Competencias Laborales

La coyuntura actual, desde la perspectiva organizacional, genera retos diversos en materia de recursos humanos, que superan el miedo desempeño laboral, debido precisamente a los avances vertiginosos en las Tecnologías de la información y las comunicaciones, que han permitido desarrollar nuevas metodologías e inclusive nuevas alternativas laborales, proveyendo otras necesidades que exigen una proyección diferente y mucho más exigente.

Las competencias laborales se han integrado en tres grandes conceptos o grupos: El saber (Técnicas y conocimientos propios de capa profesión), El Hacer (Habilidades, Capacidades, aptitudes), el Ser (actitudes y valores). El enfoque por competencias en la actualidad se ha ido utilizando cada vez más en la asignación de cargos. Mediante este enfoque se permiten intervenciones en el mercado que está constantemente en movimiento y es cambiante. En la actualidad se ha cambiado los puestos de trabajo por asignación de funciones, formando personal más flexible, creativo, adaptable y con rápido aprendizaje (31).

Con la ley 1164 de 2007 en Colombia se establecieron disposiciones sobre procesos como: formación, planeación, vigilancia y control, ética del talento humano, desempeño, en el área de salud. Con esta ley se creó el Concejo Nacional de Talento Humano en Salud, el cual tiene diversas funciones como el desarrollo de proyectos y estudios, formación, desempeño integral del talento humano (Ministerio de la protección social (32).

Es necesario mencionar el estudio Tuning América Latina (2007), en el cual se habla de la formación de las competencias de la educación superior. Este es la derivación del proyecto europeo, el cual tuvo como objetivo analizar las competencias para el desempeño ocupacional de los egresados de las de 30 áreas de formación académica (33).

Este proyecto busca armonizar, afianzar, los sistemas de formación europeo, en las principales competencias generales y profesionales, como resultado de la formación. Con esto lograr comparabilidad y compatibilidad entre sistemas europeos de educación superior, de acuerdo con los objetivos del acuerdo de Bolonia. El proyecto Tuning América Latina 2004, los participantes fueron 190 universidades en 19 países. Para este análisis se tuvo en cuenta competencias generales y profesionales de ocho áreas de formación (arquitectura, derecho, geología, física, química, ingenierías, medicina y formación de docentes). Se obtuvieron 22.609 respuestas de encuestas a académicos, estudiantes, egresados y empleadores. Las competencias postuladas fueron agrupadas en los siguientes grupos: las relacionadas con el proceso de aprendizaje, las relacionadas con valores sociales, las relacionadas con el contexto tecnológico e internacional, y las relacionadas con las habilidades interpersonales (33).

Factor 1. Proceso de aprendizaje:

- Capacidad de abstracción, análisis y síntesis
- Capacidad de aprender y actualizarse
- Conocimientos sobre al área de estudios y la profesión
- Capacidad para identificar, plantear y resolver problemas
- Capacidad crítica y autocrítica;
- Capacidad de investigación
- Habilidades para buscar, procesar y analizar información
- Capacidad de comunicación oral y escrita
- Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica.

Factor 2. Valores sociales:

- Compromiso con su medio sociocultural
- Valoración y respeto por la diversidad y multiculturalidad
- Responsabilidad social y compromiso ciudadano
- Compromiso con la preservación del medio ambiente
- Compromiso ético.

Factor 3. Contexto tecnológico e internacional:

- Capacidad de comunicación en un segundo idioma
- Habilidad para trabajar en contextos internacionales
- Habilidades en el uso de las tecnologías de la información.

Factor 4. Habilidades interpersonales:

- Capacidad de tomar decisiones
- Habilidades interpersonales
- Capacidad de motivar y conducir hacia metas comunes
- Capacidad de trabajo en equipo
- Capacidad para organizar y planificar el tiempo
- Capacidad para actuar en nuevas situaciones.

El concepto de competencia para el proyecto Tuning está representado por una combinación de conocimiento, capacidades, habilidades y comprensión. Es atributos combinados como conocer y comprender (lo básico de la disciplina o profesión), el saber cómo actuar (lo metodológico y aplicado), saber hacer (adaptación al contexto cambiante), el ser (habilidades inter personales y valores) (34).

5.2 CARACTERIZACIÓN POR PROFESIONES

La siguiente caracterización de los profesionales, vinculados a la salud pública, tienen que ver precisamente con habilidades, destrezas y por supuesto, competencias, asociadas al desempeño en esta área, teniendo en cuenta que en la salud pública desde la

conceptualización, convergen una sucesión de factores coligados en función de un colectivo en adherencia a una dinámica de vida y a una serie de hábitos.

Las definiciones institucionales de la salud y la Salud Pública, dan marcos de interpretación de la realidad del cuerpo, relaciones y las prácticas de cuidado. Ahora bien, siguiendo una perspectiva crítica de los procesos sociales (12), las personas en su quehacer cotidiano re-producen sentidos y prácticas concretas vinculadas con la salud. En este sentido, las y los profesionales de Salud Pública, en el diseño de intervenciones y su práctica profesional, reconstruyen a la salud como área de intervención. Por ello, resulta pertinente conocer qué argumentaciones, opiniones y presupuestos manejan quienes cotidianamente intervienen en Salud Pública. (Santoro, 2016, p 532).

Entonces, la convergencia de factores, es consecuente con el trabajo interdisciplinar que se debe realizar para abarcar, todos aquellos elementos constitutivos de la salud pública, en consideración a su importancia fundamental, no solo en la salud del individuo, sino en la salud colectiva, debido precisamente a la gran incidencia que este aspecto tiene en el desarrollo social. Con base en lo anterior, a continuación, se describen las competencias laborales de las profesiones enumeradas con anterioridad.

5.2.1 Competencias Laborales Del Bacteriólogo

La ley 841 del año 2003, define: “ El bacteriólogo es un profesional universitario con una formación científica cuyo campo de acción se desarrolla fundamentalmente en las áreas relacionadas con la promoción de la salud, la prevención, diagnóstico, pronóstico y seguimiento de la enfermedad, la vigilancia epidemiológica, el control de calidad, el desarrollo biotecnológico, la investigación básica y aplicada, la administración, docencia en las áreas relacionadas con su campo específico con proyección social” (41).

5.2.1.1 Objeto de Estudio de los Programas de Bacteriología.

Cada uno de los programas de Bacteriología en el país tiene sus objetivos y su propia autonomía en la formación de sus profesionales, pero al leerlos todos se pueden tener como conclusión los siguientes objetivos:

- Formar profesionales en Bacteriología con la capacidad de ayuda tanto diagnóstica como en la participación social en problemas de la salud
- Generar dinamismo dentro del área científica, sensibilidad social, con acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Capacitar al bacteriólogo con competencias investigativas, diagnósticas, cognitivas y sociales respondiendo a las necesidades de la sociedad actual, contribuyendo a avances de la ciencia y nuevas tecnologías.
- Realizar análisis orientados al diagnóstico, pronóstico, control y prevención mejorando la calidad de vida
- Controlar procesos en industrias mediante control microbiológico, garantizando calidad y mejoramiento en los procesos.
- Participar en programas administrativos, docentes, investigativos, agrícolas, animal, farmacéuticos, industriales, ambientales, biotecnológicos, entre otros,
- Acompañar equipos de bioética en toma de decisiones.
- Proponer mediante sus conocimientos científicos nuevos proyectos que generen avances científicos en todas las ramas de su conocimiento.
- Interpretar resultados de las áreas que le competen: Hematología, Química clínica, Parasitología, Micología, Inmunología, Virología, Toxicología, Biología molecular y forense.
- Liderar funciones administrativas en el laboratorio clínico.
- Desarrollar dentro del marco ético valores como: paz, dignidad, equidad y justicia.

5.2.1.2 Perfil Ocupacional del Bacteriólogo.

En el perfil ocupacional del bacteriólogo el diagnóstico y tratamiento de enfermedades ocupa la tercera parte de este perfil, en segundo lugar, queda la coordinación de pacientes. Ocupan un lugar importante el apoyo administrativo y mantenimiento de

registros vitales a pesar de ser sub-funciones, para las otras, el bacteriólogo tiene limitada participación.

Se observan algunas en las cuales se esperaría ver más pero no lo tienen, pasando a tener un valor cercano a 0, en este caso el manejo de equipos médicos, esto se debe a la automatización de estos, educación en salud, planeación en salud. Esto puede dar cuenta de un proceso progresivo de concentración del perfil ocupacional en el área clínica (42).

El profesional de la bacteriología debe estar vinculado a la creación e implementación de planes, programas y proyectos en salud a su diseño y desarrollo. También puede estar vinculado a la docencia, investigación, consultorías y administración.

5.2.1.3 Perfil Profesional de los Programas Bacteriología

- El profesional en bacteriología debe ser integro, en lo personal, en lo profesional, en lo ético en lo moral, en el hacer, en el ser, en el saber y en el saber hacer, cuidando los fundamentos bioéticos, en relación en su desempeño con el entorno (35).
- Cuyo conocimiento le permita: proponer, analizar, aplicar, evaluar, administrar, desarrollar, correlacionar si conocimiento en las áreas de desempeño.
- Debe ser una persona autónoma, responsable, con compromiso social, con capacidad de escuchar y ser autocrítico.
- Con capacidad de desempeño en áreas como: salud humana, animal, industria, control de calidad, ambiental, diversos diagnósticos, biotecnología y control biológico, docencia, ayudando a la solución de problemas y estar actualizado con las realidades sociales.
- Capas de la aplicación de avances científicos en sus campos de acción, de trabajar con equipos interdisciplinarios, aplicación y conocimientos de segundo idioma, tendiendo fortalezas en el manejo de nuevas tecnologías

5.2.2 Competencias laborales del enfermero

Las competencias del enfermero van desde su campo de acción, los principios de la enfermería y los valores de cada profesional, el cuidado de la salud, también van acompañadas por los lineamientos de la ley 266 de 1996 y la ley 911 de 2004 o código Deontología del profesional de enfermería.

En el año 1994-1996 El concejo Internacional de Enfermería (CIE) ha dictado recomendaciones y declaraciones sobre la regulación de la profesión, buscando las bases de la profesión, el propósito, la proyección en todos los contextos propios a su profesión, constituyendo oportunidades y retos en el presente y el futuro (47).

La Asociación Canadiense de Enfermeras (CNA) y la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC) 1994-1997 colaboraron en un convenio para la construcción y desarrollo de las competencias de los profesionales, buscando trascender en su campo de acción (47).

En el artículo 17 de la ley 266 de 1996 el profesional de enfermería tendrá las siguientes competencias (48):

1. “Participar en la formulación, diseño, implementación y control de las políticas programas, planes, y proyectos de salud y enfermería.
2. Establecer y desarrollar políticas y modelos de cuidado de enfermería en concordancia con las políticas nacionales de salud.
3. Definir y aplicar los criterios y estándares de calidad en las dimensiones éticas, científicas y tecnológicas de la práctica de enfermería.
4. Dirigir los servicios de salud y enfermería.
5. Dirigir Instituciones y programas de atención primaria en salud, con prioridad en la atención de los grupos más vulnerables de la población y a los riesgos prioritarios, en coordinación con los diferentes equipos interdisciplinarios e intersectoriales.
6. Ejercer responsabilidades y funciones de asistencia, gestión, administración, investigación, docencia, tanto en áreas generales como especializadas y

aquellas conexas con la naturaleza de su ejercicio, tales como asesorías, consultorías y otras relacionadas.”

5.2.2.1 Marco de competencias de Consejo Internacional de Enfermería

Gráfico 1 Marco de competencias para enfermería



Fuente: Consejo Internacional de Enfermería.

5.2.2.2 Objetivos de la profesión de Enfermería

- Estar atento a las necesidades del paciente
- Establecer que es lo mejor para el paciente
- Ser un profesional competente en lo científico, lo profesional y lo humanístico, siendo responsable del cuidado del paciente
- Tener habilidades comunicativas y ser capaz de establecer un dialogo asertivo con el paciente
- Ser capaz de pedir ayuda de otros profesionales cuando esta se necesite
- Tratar con respeto y dignidad a las personas
- Incentivar la cultura de autocuidado a la población

- Estar capacitado para controlar situaciones con el paciente, mediante actividades y con un manejo de sus emociones

5.2.2.3 Perfil Ocupacional del Enfermero

El enfermero posee una amplia capacidad en la gestión de recursos humanos, en la ejecución de proyectos, vigilancia epidemiología y auditorias en red. Los enfermeros poseen un perfil flexible, teniendo un papel importante en actividades como: atención a pacientes, apoyo administrativo, mantenimiento de registros vitales, manejo de inventarios formulación y suministros, diseño y ejecución de programas y educación en salud.

- Liderar y participar en planes de promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde la parte social, en relación con políticas publicas
- Dar cuidados al ser humano de manera integral de acuerdo con el proceso salud enfermedad
- Afianzar habilidades comunicativas de manera clara y profesional
- Realizar sus funciones de acuerdo con su perfil profesional teniendo en cuenta la normativa legal
- Mantenerse actualizado contantemente
- Participar en grupos interdisciplinarios con sus conocimientos en programas y proyectos donde se reuniera

5.2.2.4 Perfil profesional del Enfermero

El profesional de enfermería ejerce funciones dinámicas interdisciplinarias, multiprofesionales y transdisciplinarias; aportando en diversos campos el conocimiento adquirido en su formación profesional, actualizándose contantemente con la experiencia adquirida, la investigación y educación, estos se caracterizan por:

- La concepción del cuidado, teniendo claro que está en constante evolución, yendo desde la naturaleza hasta la genética, teniendo la capacidad de auto determinarse y desarrollar sus procesos cognitivos, emocionales, sensitivos,

espirituales, dando lugar a la diversidad de cada individuo, siendo ellos mismos a la hora de ejercer su profesión.

- La enfermería se proyecta en escenarios para el desarrollo de la salud, el cuidado, interactuando con los sujetos, expandiendo sus capacidades para intervenir en los seres humanos y en el proceso salud-enfermedad.
- El enfermero está en la capacidad de abogar por los derechos humanos de los seres vivos, estando en defensa de grupos vulnerables.
- El profesional en enfermería es capaz de tener sentido crítico, humano y ético, ejerciendo las funciones de acuerdo a su profesión.
- El enfermero es un líder capaz de desarrollarse en ámbitos como: administrativo, epidemiológico, comunicativo, investigativo, cumpliendo con sus competencias profesionales.

5.2.3 Competencias profesionales del Fisioterapeuta

Profesionalismo y ética: Realizar el ejercicio autónomo y autorregulado de la práctica y del saber profesional, en concordancia con fundamentos políticos, éticos técnico-científicos establecidos por el colectivo profesional y el estado colombiano.

Comunicativas: Usar habilidades del lenguaje claro, asertivo, oportuno y con criterio como parte de su ejercicio profesional, facilitando efectiva y apropiada prestación del servicio.

Investigativas: prestar un servicio basado en la mejor evidencia científica, desarrollar conocimiento en base a investigaciones en beneficio profesional y de la sociedad.

Administrativas y de gestión: prestar y gestionar servicios profesionales con eficiencia, calidad y seguridad, y el uso con ética y responsabilidad de los recursos.

Razonamiento profesional: tener claro el diagnóstico fisioterapéutico y toma de decisiones profesionales con bases sólidas con análisis científico sobre los conocimientos propios de su profesión, desde la perspectiva de la salud, bajo lineamientos éticos y legales.

Salud pública y gestión social: proponer una práctica profesional desde la dinámica social, la democracia y la participación.

5.2.3.1 Objetivos del estudio de la Fisioterapia

- Diseñar y ejecutar investigaciones, con el fin de renovar y construir nuevo conocimiento
- Ejecutar y controlar programas de intervención fisioterapéutica para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, condición física, comunidades en riesgo, entre otros.
- Liderar programas de servicio fisioterapéutico en sectores como seguridad social, salud y seguridad en el trabajo, educación y otros sectores.
- Conducir programas académicos en la formación de fisioterapeutas y profesiones afines
- Capacitar y educar programas no formales donde se necesite los conocimientos del profesional en fisioterapia
- Brindar asesorías en la creación de programas donde se requiera su conocimiento para un beneficio social
- Pertener a facultades y programas de fisioterapia o afines a su perfil
- Hacer parte del diseño de políticas y programas en fisioterapia
- Asesorar y participar para el establecer estándares de calidad.

5.2.3.2 Perfil Ocupacional del Fisioterapeuta

- Brindar sus conocimientos en Instituciones de salud pública en todos los niveles de atención, coordinando servicios, liderando actividades de promoción y prevención
- Realizara acciones de promoción y prevención en empresas y organizaciones para el control de riesgos y enfermedades
- Acompañar con acciones educativas en salud y en la prevención posibles alteraciones del movimiento corporal
- Ser generador de espacios, para incentivar planes y programas de promoción del ejercicio y deporte, actividad física, enfocados en mejorar la salud

- Liderar la coordinación de servicios de fisioterapia
- Gestionar investigaciones para adquirir nuevos conocimientos

5.2.3.3 Perfil profesional del Fisioterapeuta (47):

1. El fisioterapeuta posee unas sólidas bases en ciencias básicas, clínicas, de la salud, rehabilitación, del movimiento y sociales, lo que le permite desarrollar procesos de diagnóstico, intervención en los procedimientos y escenarios propios de su profesión
2. El fisioterapeuta es receptivo y autocrítico frente a la evolución, cambios científicos y tecnológicos propios a su desarrollo profesional y personal.
3. El fisioterapeuta busca el desarrollo social, está comprometido con mejorar la salud y bienestar de la comunidad, basados en los principios de justicia y ética.
4. El fisioterapeuta cuenta con un sentido ético y humanista permitiéndole respetar las diferencias contribuyendo a la solución de salud y de problemática social.
5. El fisioterapeuta es líder para el desarrollo de actividades en beneficio de su profesión y de acuerdo con las necesidades de la sociedad.
6. El fisioterapeuta gestiona procesos de investigación sobre la realidad social y el pensamiento crítico, lo cual permite transmitir conocimiento sobre los problemas del movimiento del cuerpo humano
7. El fisioterapeuta está dispuesto a participar en diversas actividades de prevención, promoción, prevención, tratamiento, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la población.
8. El fisioterapeuta apropia sus conocimientos y los usa en diferentes categorías como el desarrollo humano, funcionamiento humano y el movimiento corporal.

5.2.4 La Odontología Odontología en Colombia

Con la 10 de 1962 comenzó a regularse el ejercicio de la profesión de Odontología “por la cual se dictan normas relativas al ejercicio de la odontología”, quienes pueden ejercer la profesión, quieren autorizar en ejercicio de esta y sanciones por el ejercicio ilegal (59).

La ley 35 de 1989 es adoptado el código de ética del Odontólogo en Colombia, donde son adoptados requisitos para el ejercicio de la profesión, la relación del profesional con sus pacientes, colegas, personal auxiliar e Instituciones, además sus deberes como profesional (59).

Desde el inicio del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, dentro de los planes de beneficio se han tenido en cuenta la prevención y atención de alteraciones bucales, mediante el establecimiento de procedimientos del POS y acciones de salud pública; mediante ajustes y cambios en los planes de beneficios, con acciones que garanticen eficiencia con el fin de mejorar condiciones de la salud bucal.

5.2.4.1 Objeto de Estudio del Odontólogo.

Es un profesional capacitado para el desempeño del modelo de asistencia al paciente y la comunidad, centrándose en resultados científicos y tecnológicos, con destrezas, habilidades y conocimientos acerca de patologías de la salud bucal. Jugando un papel importante en la prevención, rehabilitación y tratamiento de enfermedades prevalentes, en resolver urgencias médicas de su área y de la salud en general.

5.2.4.2 Perfil Ocupacional del Odontólogo.

El Odontólogo es un profesional con las competencias para prevenir, identificar y dar solución a problemas que alteren el proceso salud enfermedad del sistema estomatognático de la población, aplicando sus conocimientos en las diferentes áreas de desempeño, desarrollando habilidades y destrezas, siendo capaz de trabajar en equipos multi inter y trans-diciplinarios, utilizando las tecnologías de la comunicación y de la información; siempre comprometido con la comunidad, de la mano y respetando normas, políticas y legislación vigente.

5.2.4.3 Perfil profesional del Odontólogo.

En Colombia el Odontólogo es un profesional con principios éticos, morales, sociales y humanistas, con bases bioéticas, científicas y técnicas, con la capacidad de ser ciudadano y profesional, ayudando y participando en el diseño y la creación de políticas públicas en el país, pudiéndose desempeñar en diferentes ámbitos como político, administrativo, clínico, salud pública y social, garantizando los derechos humanos **(59)**

El odontólogo desde sus competencias tiene la capacidad de comprender y aceptar la diversidad, participar en la formulación de políticas públicas, estrategias de acción de su ámbito profesional, gestionar y ayudar en la solución de situaciones. El ejercicio profesional del odontólogo es autónomo y responsable, teniendo conciencia de su aporte dentro de equipos multidisciplinares, transdisciplinarios e interinstitucionales, siendo responsable de la salud bucal **(59)**

El odontólogo debe ser ejemplo de cuidado en la salud bucal y general, de su entorno y la sociedad, siempre manteniendo el respeto por su profesión. Debe buscar siempre el fortalecimiento en su formación científica, comunicativa, investigativa, trabajo en equipo, liderazgo, responsabilidad, transmisión de nuevo conocimiento, diseño y planificación de políticas, fomento de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento oportuno, contribuyendo de forma general a la salud y el bienestar de la población.

5.2.5 Psicología

5.2.5.1 Competencias del Psicólogo

Los psicólogos trabajan en diversos contextos, debido a la multiplicidad y el trabajo que el psicólogo realiza en diversos contextos incluye: clínica, organizacional, educativa, forense, buscando abarcar al ser humano en general.

Tabla 4: Competencias posibilitadoras

COMPETENCIAS POSIBILITADORAS O FACILITADORAS	DEFINICIÓN
Desarrollo profesional continuo	Actualizar y desarrollar las competencias primarias y posibilitadoras propias, los conocimientos y las habilidades de acuerdo con los cambios de la disciplina y los estándares y requisitos de la profesión psicológica, y la normativa nacional y europea.
Relaciones profesionales	Establecer y mantener relaciones con otros profesionales y con organizaciones relevantes.
Investigación y desarrollo	Desarrollar nuevos productos y servicios que tengan el potencial de satisfacer las necesidades presentes o futuras de los clientes y de generar nuevos negocios
Marketing y ventas	Informar de los productos y servicios existentes y nuevos a los clientes actuales o potenciales, contactar a los clientes, realizar ofertas, proporcionar servicios y ofrecer servicio post-venta.
Gestión de la responsabilidad profesional	Establecer y mantener relaciones con clientes (potenciales), monitorizar las necesidades de los clientes y su satisfacción, e identificar oportunidades para ampliar el negocio
Gestión de la práctica	Diseñar y gestionar la práctica mediante la cual se prestan los servicios, bien como pequeña empresa o como parte de una empresa privada o pública de mayor

	tamaño. Incluye aspectos operativos de personal y financieros y requiere liderazgo de los empleados.
Garantía de calidad	Establecer y mantener un sistema de garantía de calidad para la práctica en su conjunto
Autorreflexión	Reflexión crítica sobre la propia práctica y las competencias. Es una característica clave de la competencia profesional.

Fuente: Asociación Colombiana de Facultades de Psicología - ASCOFAPSI 2010.

Autores como Castañeda Figueiras **(65)** argumentan que no existe en Colombia un perfil claro y general de las competencias de los egresados en Psicología. Se puede decir que en Colombia el planteamiento curricular esta dado en dos frentes; la demanda profesional y la reglamentación de la educación superior **(63)**. ASCOFABSI desarrollo un ejercicio profesional de 10 mallas curriculares de programas de Psicología **(66)**:

Es posible encontrar que entre la psicología y la salud pública hay relación, Según Mosquera **(4)** el Código Deontológico y Bioético **(4)**:

“[...] en lo que respecta a la funciones y competencias del profesional en psicología, podríamos decir que es pertinente un enfoque renovado que posibilite la integración de la Psicología con la Salud Pública, que ponga en el escenario académico la importancia de realizar ajustes en los programas educativos en Colombia en los órdenes de formación básica, de postgrados y de educación continua”.

Particularmente, en el nivel de pregrado que es necesaria una formación más general y abierta a las posibilidades de la interdisciplinariedad, “menos centrada en los debates teóricos internos” y con una especial sensibilidad a los temas públicos que afectan a la

sociedad. Se ve la necesidad de ampliar la visión de procesos psicológicos desarrollando el potencial al descubrir relaciones y aplicaciones en Salud Pública.

5.2.5.2 Objeto de estudio de la Psicología.

La Psicología es una ciencia que estudia el comportamiento del individuo en relación con su medio social. Esta se encarga de estudiar la conducta, factores determinantes, sentimientos, pensamientos y todo aquello que determine la conducta, personalidad de una persona o comunidad.

5.2.5.3 Perfil Ocupacional de Psicólogo.

El psicólogo posee una visión amplia para desempeñarse con diversos contextos sociales, sean nacionales o internacionales, en áreas como: clínica y salud, educativa, social y organizacional.

5.2.5.4 Perfil profesional del Psicólogo (64).

- Desarrollar y crear intervenciones Psicológicas de acuerdo a evaluaciones, hacer seguimiento y compartir resultados.
- Efectuar y realizar los principios de la psicología, modelos y conocimientos de forma ética y científica, para promover el bienestar, conocimiento de los individuos, grupos y comunidades.
- Proceder de manera responsable e íntegra, buscando satisfacer las necesidades sociales y psicológicas, generando intervenciones, observar y compartir resultados.
- Compartir conocimientos, reconocer y respetar las limitaciones y las fortalezas de su conocimiento.
- Relacionarse con la comunidad en la gestión Institucional, liderando equipos interdisciplinarios, participando en toma de decisiones, priorizar las necesidades a base de evidencia científica frente a situaciones en las que se requiera su competencia.

- Pretender la atención primaria en salud, directamente en promoción de salud mental y prevención de trastornos psicológicos.
- Estimar, precisar, seguir, encarrilar y participar en la salud mental en diversos escenarios.
- Evaluar prácticas, asumir responsabilidades, generar autonomía en el ejercicio de su profesión.

5.2.6 Trabajo Social

5.2.6.1 Competencias laborales desde el trabajo social (72)

5.2.6.2 Objeto de estudio del Trabajo Social.

El trabajo Social tiene como objeto de estudio el individuo, la comunidad y las cuestiones sociales; el estudio de las relaciones sociales, las intervenciones profesionales y la solución de problemas sociales. Siendo una disciplina con un enfoque multi, inter y transdisciplinario.

5.2.6.3 Perfil ocupacional del trabajador social.

- Investigar, implementar y evaluar políticas públicas con el estado, encaminadas a mejorar la calidad de vida de la comunidad
- Ejecutar programas y proyectos en organizaciones privadas para mejorar el impacto social
- Promover acciones sociales con organizaciones no gubernamentales mejorando el desarrollo económico y productivo en el ámbito publico
- Realizar y desarrollar acciones en conjunto con organizaciones, generando espacios para la investigación, ejecutando propuestas para la resolución de problemas.

5.2.6.4 Perfil profesional de trabajador social.

- Intervenir en la construcción y formulación de políticas publicas
- Ayudar al desarrollo de una mejor calidad de vida y del bienestar en la sociedad

- Realizar intervenciones en problemas sociales, en el manejo de conflictos de individuos, comunidad, organizaciones y sociedad.
- Participar en la garantía de los derechos humanos de la ciudadanía
- Contribuir a la integración social de los individuos, grupos y comunidades
- Ser responsable de sus decisiones dentro del lugar donde desempeña sus labores profesionales
- Trabajar en conjunto en las necesidades y circunstancias de personas, familia y grupos.
- Hacer parte de grupos interdisciplinarios en la solución de necesidades y conflictos de la sociedad
- Realizar un ejercicio de su profesión con competencias, de acuerdo a la legislación vigente y actualizándose constantemente

5.2.7 Sociología

5.2.7.1 Competencias laborales del Sociólogo.

El conocimiento del Sociólogo tiene muchas e importantes aplicaciones en diversas áreas de trabajo, contribuyendo al estudio de problemas y asuntos sociales. El sociólogo realiza investigaciones sobre diversos temas como: crímenes, drogas, violencia, problemas familiares, enfermedades mentales y demás temas de interés social. Una investigación que busque conocer consecuencias, causas y soluciones debería tener una perspectiva sociológica.

No solo el interés de los sociólogos esta es explicar el porqué del comportamiento problemático de las personas, también toman en cuenta los orígenes de estos como: hábitos, ámbitos, patrones en relaciones, estructura de organizaciones, recursos **(75)**

Uno de los temas donde la sociología ha tenido gran importancia es en la distribución de los recursos, ayudando a garantizar un uso más efectivo y productivo de los recursos.

El sociólogo juega un papel muy importante de las investigaciones sociológicas y en la comunicación de sus resultados, sobre diversos temas no solo social, económico, Institucional, negocios, a la salud, entre otros.

Algunas áreas donde se desempeña el sociólogo **(76)**:

- Docencia
- Investigación
- Intervención social
- Medio ambiente
- Consultoría
- Estadística
- Administración pública

5.2.7.2 Objeto de estudio de la Sociología.

El objeto de estudio de los programas de Sociología, va desde la formación del ser, desde lo disciplinar y lo profesional, desarrollando la capacidad de comprensión de la realidad social, estructura y cambios de la sociedad actual, explicando fenómenos, problemáticas cotidianas y publicas mediante intervenciones e investigaciones, produciendo conocimiento hacia un bienestar colectivo en todas las dimensiones desde lo local, nacional, regional, latinoamericano y mundial **(75)**.

Perfil Ocupacional del Sociólogo

- Trabajar interdisciplinariamente en pro de una mejor sociedad
- Estudiar comportamientos sociales y dar puntos de vista desde diversos enfoques en lo individual y lo colectivo
- Entender la actualidad, sus transformaciones desde lo económico, cultural y político.
- Desde su conocimiento contribuir al cambio de la realidad actual y social
- Formar, formular, liderar y gestionar programas, planes y proyectos de investigación para el bienestar y solución de conflictos.

5.2.7.3 Perfil profesional del Sociólogo.

El Sociólogo debe estudiar desde los orígenes de las teorías de la sociología pasando por todas sus etapas hasta la actualidad, desde lo religioso, lo social, lo económico, lo científico, lo ético. Este debe preocuparse, reflexionar e investigar en temas como: la humanidad, la cultura, la diversidad, lo ambiental, la pobreza, género, entre otros. Aplicando las ciencias sociales, sus contenidos en pro de las transformaciones (77).

5.2.8 Ingeniería en Sistemas

5.2.8.1 Competencias laborales del ingeniero en sistemas.

5.2.8.2 Objeto de estudio de la Ingeniería en Sistemas.

El Ingeniero en Sistemas posee una sólida formación en sistemas de información, lo que le permite crear estrategias de negocio, mantener bases de datos, dar solución a problemas informáticos, siendo un profesional creativo, innovador y responsable, siempre en la búsqueda de superarse y actualizarse como persona y profesional.

5.2.8.3 Perfil profesional del ingeniero en sistemas.

- Un ingeniero en sistemas es un profesional referente en temas en tecnología y solución en temas de sistemas informáticos. Es capaz de acompañar y apoyar en temas de ingeniería, matemáticas y acompañar procesos investigativos y tecnológicos.
- Acompañar proyectos de investigación empresariales y educativos para dar solución a problemas generando nuevos conocimientos
- Planear soluciones a problemas con el uso de tecnología
- Estar pendiente de nuevas tecnologías, programas y equipos para mejorar el desempeño de las áreas de trabajo

5.2.8.4 Perfil ocupacional del ingeniero en sistemas

- El ingeniero en sistemas es una persona con iniciativa propia, con capacidad y visión de crear empresa de sistemas y tecnología

- El ingeniero en sistemas es un profesional líder, con capacidad de planeación, organización y control para diseñar, elaborar, mejorar y solucionar problemas en los sistemas de información
- El ingeniero en sistemas es capaz de asesorar y aportar desde su conocimiento profesional a personas y organizaciones en la identificación de oportunidades informáticas, en la solución de problemas en su campo, orientar y poner en marcha líneas de acción.
- El ingeniero en sistemas es capaz de estar a cargo de los servicios informáticos de un compañía, tanto en su estructura tecnológica y técnica, articulando todos los servicios de la información
- El ingeniero en sistemas es capaz de diseñar, desarrollar, operar programas y controlar los sistemas informáticos
- El ingeniero en sistemas es responsable de brindar servicios informáticos y tecnológicos como base de la labor en una organización. Siendo capaz de mantener estructurado en funcionamiento de una organización, coordinar el mantenimiento de equipos, renovación y actualización de bases.
- El ingeniero en sistemas posee las habilidades de soporte, solución de problemas técnicos de los sistemas de información
- El ingeniero en sistemas es a través de la investigación generador de nuevas tecnologías

5.2.9 Mercadeo

5.2.9.1 Competencias del profesional en Mercadeo.

5.2.9.2 Objetivo de estudio del profesional en Mercadeo.

El profesional en Mercadeo está preparado para el diseño de estrategias y asumirlas mediante planes de mercadeo y apertura de comercio, planeando, ejecutando, evaluando organizaciones y empresas encargadas de suministrar bienes y servicios. No solamente se capacitará con marketing estratégico, también estará capacitado en los negocios y el comercio en general, buscando cada día en satisfacer y mejorar permanentemente la calidad de las personas, bienes y servicios **(82)**.

5.2.9.3 Perfil Ocupacional del profesional en Mercadeo (83).

- Crea e innova con propuestas de valor, buscando satisfacer al consumidor y la rentabilidad de la organización.
- Aplicar y administrar planes de mercadeo: ventas, distribución, compras logrando ser competitivo en los mercados nacionales o internacionales.
- Responsabilizarse de diseñar estrategias de mercado para la toma de decisiones a nivel de empresa en temas como: usuarios o consumidores, publicidad de los bienes o servicios, precios y publicidad de los productos.
- Investigar mercados y dar apertura a nuevos mercados
- Crear planes estratégicos contundentes buscando lograr los objetivos corporativos
- Establecer sistemas para tomas de decisiones

5.2.9.4 Perfil Profesional del profesional en Mercadeo.

- Formar profesionales en Mercadeo competentes en la formulación, ejecución y administración de proyectos de mercadeo, poseedores de habilidades comerciales y de negociación y con un amplio conocimiento del entorno, que les permita contribuir al desarrollo económico y social de la región y el país.
- Preparar profesionales en Mercadeo capaces de integrar en su perspectiva analítica las dimensiones éticas y de responsabilidad social de la organización ante el entorno, sobre la base del pluralismo ideológico y la tolerancia.
- Ofrecer un programa de alta calidad académica, con contenidos pertinentes a las necesidades actuales de la región y del país, al enfatizar en la formación integral del individuo.
- Ofrecer a las organizaciones de los sectores público y privado la posibilidad de incorporar un profesional en Mercadeo, formado con las bases teóricas y

prácticas apropiadas para desempeñarse competentemente en cargos de mercadeo y ventas” (82).

5.3 COMPETENCIAS LABORALES EN SALUD PÚBLICA

Las competencias se pueden clasificar por su grado de generalidad y su naturaleza en sus campos y dominios (31).

Por el Ministerio de Educación Nacional de Colombia son distinguidas de la siguiente manera:

Competencias laborales generales:

“Competencias Laborales Generales: Es el conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que se debe desarrollar para desempeñarse de manera apropiada en cualquier entorno productivo, sin importar el sector económico de la actividad, el nivel del cargo, la complejidad de la tarea o el grado de responsabilidad requerido”.

También son incluidas competencias personales, intelectuales, empresariales y de emprendimiento, organizacionales, tecnológicas. Pasando por la educación básica y media.

Competencias laborales específicas: Son relacionadas con el saber propio y específico de cada ocupación. Estas pueden ser desarrolladas en educación media técnica, formación para trabajar y en formación superior.

Para Latinoamérica el concepto de competencia laboral es nueva, la forma en que es abordada, su concepción, metodología son variables, esto se debe a la historia, cultura, objetivos y el mismo lugar donde se desarrolle (84).

En algunos estudios se plantea que las Instituciones de formación del personal de la salud no tienen claro o se presentan inconsistencias en la definición de los perfiles de sus egresados con las competencias requeridas para los cargos en el sistema de salud (85). Se evidencia que los perfiles de los egresados no coinciden con las necesidades de los países en cuestión de salud.

Se ha observado como primer problema la adecuación de los programas de formación de acuerdo a las necesidades de las Instituciones, lo que evidencia que las Instituciones educativas no tenían en cuenta necesidades ocupacionales, visualizando un descuido en exceso o Instituciones ensimismadas. Es decir: “El balance entre los perfiles

curriculares y ocupacionales obtenidos mediante un indicador de efectividad, estableció que la oferta educativa no se adecua al mercado de servicios, encontrando una brecha entre la formación y el trabajo...” (85).

Como segundo problema es la pertinencia de programas y el tercer problema el sentido débil de oportunidad y baja capacidad de análisis (85).

Como pionero en América Latina, México es identificado en la región por su incorporación del sistema de normalización y certificación de competencias. Comenzó con la instalación nacional de un concejo de Normalización y certificación de competencias laborales de carácter tripartito en el año de 1995, dando inicio a su operación en 1996 (85). El liderazgo de este proceso ha sido del estado, en la mayoría de los países del América latina es el estado quien los lidera también.

Mertens (86) identifica tres tendencias en la implementación del sistema de competencias en relación a los que impulsan el proceso: 1. El estado, con casos en Reino Unido, Australia y México; 2. el mercado, como en los Estados Unidos, 3. las organizaciones como actores sociales (incluye empleadores y trabajadores), visto en algunos países como Canadá y en Europa. De acuerdo al contexto, variaron los resultados.

En la implementación de estos sistemas Mertens (86) observa en cada uno de los casos lo siguiente; en el primer caso hay un mayor grado de coherencia conceptual, pero a su vez una limitada participación del sector social, sindicada y empleadora. El segundo caso los sindicatos y la empresa tienen programas de formación administrativos conjuntamente, faltándoles mecanismos de aseguramiento de calidad, afectando la transferencia de las competencias de un estado a otro, disposición de un marco conceptual, lenguaje común en los programas de certificación y la comunidad educativa. El tercer caso los que lideran la formación de los trabajadores son las empresas, los sectores sociales regulan los procesos, tanto en la empresa como en la política de mercado del trabajo.

Los cuatro subsistemas que deben formar el sistema de competencias son: normalización, formación, evaluación, certificación y reconocimiento de las competencias laborales, Mertens (86) los describe así:

La normalización hace referencia a un conjunto de estándares validos en diversos ambientes productivos, esto quiere decir que los elementos de referencia donde se

determina la competencia de una persona y su alcance nacional. La norma es un elemento para las empresas de articulación del recurso humano en aspectos de remuneración, asensos, participación y de las condiciones de trabajo.

La formación: luego de qué las normas de competencia están definidas, establecen necesidades de formación. Este está orientado a la solución de problemas y enseña a aprender. Para este proceso el individuo ve claramente la relación de enseñanza y practica para orientar mejor su aprendizaje.

La evaluación: Esta mide la diferencia que se pueda presentar entre el individuo y la normal ya establecida. El proceso se presenta de manera individualizada y recoge evidencia con el fin de contrastarla e identificar el estado de la competencia. Estos métodos utilizados: a. pruebas de habilidad, b. observación de rendimiento, c. realización de un proyecto, d. preguntas orales, e. exámenes escritos, f. preguntas de opción múltiple, g. ejercicios de simulación.

La certificación: Cuando se considera competente al individuo, se realiza una validación de estas competencias, a través de un organismo que tenga las facultades para ello. Estos evaluadores deben estar entrenados y tener habilidades como: a. evaluar conocimientos ocupacionales demostrables sobre la evaluación, b. por medio de la observación evaluar y c. evaluar las evidencias como son documentos, conocimientos, comprensión y testimonios.

El SENA (87) en Colombia, se designó como el organismo encargado de diseñar, regular, normalizar y certificar las competencias laborales. El SENA está dirigido por un Concejo Nacional de carácter tripartito con representantes del trabajo, del gobierno y empleadores. En Colombia hay avances en la instauración del sistema de competencias. La Clasificación Nacional de ocupaciones (CNO) se ha estructurado para capacitar al personal docente y administrativo en competencias laborales, ajustando metas sectoriales para la identificación y normalización de las competencias laborales, implementando procesos de certificación, aunque aún falta desarrollos que incluyan empresas, sindicatos, gremios, Instituciones y universidades, para conformar y consolidar un sistema nacional de competencias (87).

Según La OEI (88) se presentan dos metodologías de trabajo para construir competencias: análisis funcional y el análisis ocupacional.

5.3.1 Análisis Funcional

El análisis funcional está basado en la escuela funcionalista de la sociología, se ajusta a un modelo funcional de las competencias. Este es visto como el punto de partida para la elaboración de Normas Técnicas de Competencias Laborales. Su supuesto parte de que la persona realiza correctamente su trabajo centrándose en el resultado esperado en la actividad realizada; esta utiliza una estrategia deductiva, esta se inicia determinando un propósito principal de la función productiva o servicios bajo análisis, preguntando sucesivamente la función que se va a llevar a cabo para lograr que se cumpla. (89).

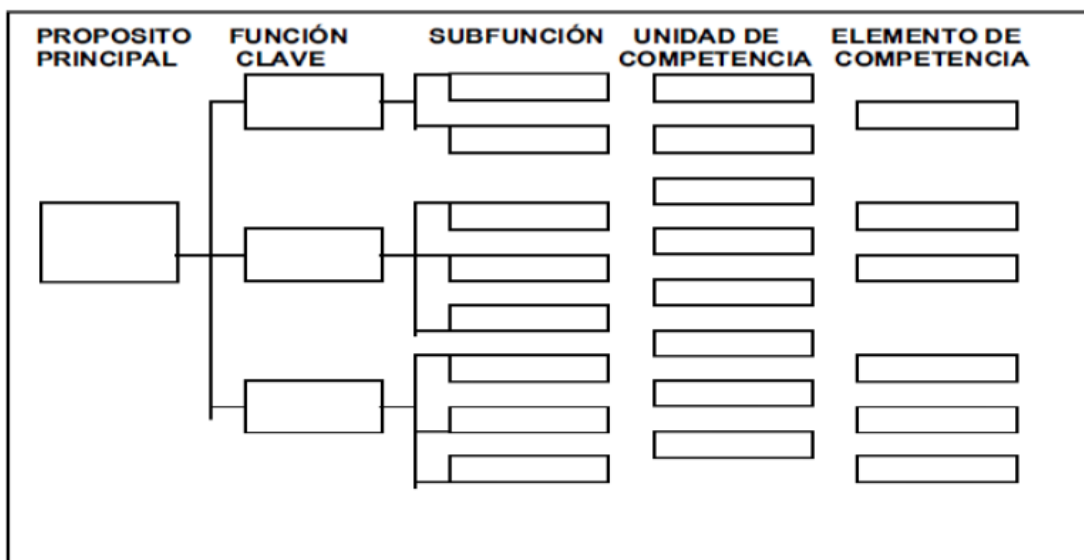
Un mapa funcional es el producto de este análisis, se muestra en la figura (-). Para CINTERFOR y Chile Valora (90) se incluyen los pasos siguientes:

- La formación de Comités de Normalización: estos comités están conformados por una junta directiva y grupos técnicos, estas deben incluir organizaciones y asociaciones del sector, y quienes conocen el área de estudio y su proceso.
- Capacitación de comités de normalización: Para la participación de estos análisis, estos deben ser capacitados en elaboración y presentación de este análisis. Sugiriendo la ejemplificación, entregando a los integrantes del grupo copia del procedimiento para la elaboración de análisis funcional.
- Aplicación de principios básicos y procedimiento de desagregación de análisis funcional: Sus principios básicos son, a. partiendo de lo general a lo particular, partiendo de un propósito, de ahí desglosando las funciones, b. transferibilidad, ya que permite separar funciones desde un contexto específico hasta ámbitos diferentes de trabajo, c. estructura semántica, debe estar conformada por sujeto, verbo y condición, d. parte de las funciones, sin tomar en cuenta puestos de trabajo, ocupaciones ni jerarquías.

- Verificación del mapa funcional: aquí se constata el cumplimiento del producto con los criterios establecidos en la metodología; lo debe realizar un experto en metodología.
- Validación del mapa funcional: este punto consta de reunir evidencia para lograr la aceptación del mapa.

El SENA (87) ha cumplido un papel importante en el estudio de las problemáticas referentes al talento humano, políticas de normalización ocupacional del talento humano, la gestión y el desarrollo de las competencias laborales en salud. 143 normas de competencias se han elaborado, la mayoría a nivel auxiliar y unas a nivel profesional. Por otra parte, la Ley de Talento Humano introdujo un conjunto de normas que permitirían avanzar en la regulación, la normalización y clasificación del Talento Humano planteo normas como la iniciativa de reglamentación, medidas de certificación y recertificación del talento humano. A pesar de estos avances, estas no han logrado desarrollarse e implementarse como se esperaba.

Gráfico 2 Estructura general de un mapa funcional



Fuente: Guía de Análisis funcional OIT.

5.3.2 Análisis Ocupacional

El análisis Ocupacional para el análisis de competencias es un proceso que identifica requisitos del trabajador, actividades, factores ambientales y técnicos de las ocupaciones. Incluyendo

“...la identificación de las tareas de la ocupación y de las habilidades, conocimientos, aptitudes y responsabilidades que se requieren del trabajador para la ejecución satisfactoria de la ocupación, que permiten distinguirla de todas las demás” **(91)**

Esto permite identificar comportamientos laborales en una serie de ocupaciones y tareas, respondiendo al qué, cómo y con qué se realiza el trabajo. La OEI presenta los siguientes productos:

- Describir tareas específicas de las ocupaciones
- Cuadros de organización y temas de actividades de las ocupaciones analizadas
- Diagrama de flujo de procesos en que intervienen las ocupaciones
- Solicitud de capacitación, escolaridad y experiencia laboral para la ocupación
- Necesidades cualitativas y cuantitativas de la formación
- Identificar la clasificación de los trabajadores
- Estructuras ocupacionales
- Certificado de conocimientos y habilidades del trabajador

Como punto de referencia se tiene el Catálogo de Ocupaciones para estudios de análisis ocupacional. “Es un instrumento técnico de carácter indicativo que describe la estructura ocupacional con base en la selección de puestos con tareas y características similares para conformar las ocupaciones más representativas” **(88)**.

La Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO) desarrollado por el SENA, está basado en el concepto de niveles de competencia. Este da facilidad para agrupar empleos y describir ocupaciones de manera ordenada. Esta clasificación tiene dos criterios: área de

desempeño que habla del tipo de actividad con el fin de cumplir un propósito de la ocupación, y el otro, del nivel de cualificación.

Las 10 áreas que conforman el área de desempeño son: Ciencias naturales y aplicadas, Salud, educativas, religiosas y servicios gubernamentales, Arte, cultura, esparcimiento y deporte, Ciencias sociales, Ventas y servicios, Explotación primaria y extractiva, Oficios, Finanzas y administración, operación de equipos y transporte, Procesamiento, fabricación y ensamble.

Gráfico 3 Estructura de la clasificación nacional de ocupaciones – SENA



Fuente: SENA 2012 disponible en: <http://observatorio.sena.edu.co/Doc/cno/cno.html>

La diferencia entre el análisis funcional y el análisis ocupacional, va ligado a los resultados esperados en cada actividad realizada, el análisis ocupacional tiene en cuenta el que, el cómo y el con que se realiza un trabajo, a diferencia del funcional. El análisis funcional es amplio expresando el resultado de una actividad.

La función, en este sentido, es más amplia y expresa el resultado de la actividad realizada en forma tal que no quede circunscrito en un contexto laboral específico; de esta manera la función es menos cambiante que la tarea (88).

5.4 COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA

En los años setenta se definieron las competencias por primera vez con orientación empresarial, pero para la educación su interpretación ha sido diferente, su noción "toma una vertiente distinta cuando pasa del ámbito laboral al aspecto cognoscitivo, para promover el desarrollo de competencias educativas (intelectuales) en donde se vinculan conocimientos, habilidades, actitudes y valores, con la finalidad de dar una formación integral" (87).

Por su parte Frenk et al. (92), especifica las competencias como "un aprendizaje que comprende tres niveles sucesivos, que van desde un aprendizaje informativo hacia un aprendizaje formativo y hacia un aprendizaje transformacional. El aprendizaje informativo consiste en adquirir conocimientos y habilidades, y su propósito es producir expertos; el formativo se refiere a socializar basándose en valores, y su propósito es producir profesionales, mientras que el aprendizaje transformacional se focaliza en desarrollar cualidades de liderazgo, y su propósito es producir agentes reales de cambio" (91)

Perrenoud (93) afirma que "una competencia es una capacidad de acción eficaz frente a una familia de situaciones", y asume que las competencias profesionales son complejas, observando que "las competencias clínicas de un médico van mucho más allá de una memorización segura [...] Exigen relacionar, interpretar, interpolar, inferir, inventar: en suma, realizar operaciones mentales complejas..." (92).

Las competencias son vistas como las habilidades, actitudes y conocimientos requeridos por el recurso humano de salud, en ámbitos como solución de problemas de salud eficaz y eficiente. Cuando se habla de competencias esenciales no se definen por profesión, sino por las capacidades para el ejercicio de las Funciones Esenciales en Salud Pública. Su definición incluye las competencias transversales o genéricas.

Viendo los antecedentes de las problemáticas del recurso humano en las Américas en la década del 90, observada en la medición de las FESP, la OPS (2) planteo las metas regionales para el recurso humano 2007-2015, planteando a los países miembros generar planes para el recurso humano. 20 metas fueron trazadas en cinco grupos, corresponden a políticas y planes a largo plazo para mejorar la fuerza laborar preparándolo mejor, mejorando la ubicación del personal en el área correcta, conservar el personal, crear y

fomentar ambientes de trabajo saludable, cooperar entre Instituciones educativas y de los servicios de salud.

La OPS al final de los años 90 se lanzó la iniciativa "La Salud Pública en las Américas", con la función de fortalecer la función rectora en salud pública de los países. Se identifican 11 Funciones Esenciales en Salud Pública, creando una metodología para medir su desempeño. La Función Esencial en Salud Pública 8 habla sobre el "Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública", resultó ser la segunda más baja en desempeño (2)

Con la implementación de la caracterización de la fuerza de trabajo y el campus virtual de salud pública fueron creadas como estrategias de cooperación. Con el paso del tiempo se visualizó que el problema de lejos es los escasos de la cantidad del personal, es la falta de preparación y falta de competencias del recurso humano (94).

Tabla 5: Metas regionales de recursos humanos en salud 2007 - 2015

DE SAFÍO	DESCRIPCIÓN DE LA META
1	Meta 1. Razón de densidad de recursos humanos de 25 profesionales por 10.000 habitantes
1	Meta 2. La proporción de médicos de atención primaria excederán el 40% de la fuerza laboral médica total.
1	Meta 3. Equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente a agentes sanitarios de la comunidad para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad.
1	Meta 4. Razón de enfermeras calificadas: médicos de al menos 1:1.
1	Meta 5. Establecer una unidad o dirección de recursos humanos para la salud responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores.

2	Meta 6. La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en el 2015.
2	Meta 7. Al menos 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comparables.
2	Meta 8. El 75% de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes sanitarios de la comunidad habrán perfeccionado sus aptitudes y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones.
2	Meta 9. El 30% del personal sanitario en los entornos de atención primaria se habrá reclutado de sus propias comunidades.
3	Meta 10. Habrán adoptado un Código Internacional de Práctica o desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud.
3	Meta 11. Tendrán una política de auto-suficiencia para satisfacer sus propias necesidades de recursos humanos de salud.
3	Meta 12. Habrán formulado acuerdos mutuos e implantados mecanismos para el reconocimiento de los profesionales capacitados en el extranjero.
4	Meta 13. La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad.
	Meta 14. Habrán implementado políticas de salud y seguridad para los trabajadores de la salud, incluyendo el apoyo a programas para reducir enfermedades y accidentes ocupacionales.
4	Meta 15. Al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellos las de carácter ético.
4	Meta 16. Mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten.

5	Meta 17. El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria, y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional.
5	Meta 18. El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones sub atendidas, haciendo hincapié cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas.
5	Meta 19. Las tasas de abandono (deserción) de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%.
5	Meta 20. El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida.

Fuente: MinSalud (2013) en Segunda medición a las metas regionales de recursos humanos en salud.

La Organización Panamericana de la Salud identifico a través de un ejercicio una preocupante situación en las competencias de salud pública en los equipos de atención primaria en salud. Los Sistemas de salud que se están transformando hacia la APS exigen nuevas competencias de recursos humanos y nuevos perfiles, cada vez existen más necesidades en la capacitación ya que estas no satisfacen las necesidades de funcionamiento y del cambio de la organización. Viendo la necesidad en el fortalecimiento de las capacidades del sistema de salud pública se creó el Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública (MRCESP) (94).

5.4.1 Funciones Esenciales de la Salud Pública, FESP

La definición en la que se basan las FESP es en el concepto de salud pública de acción colectiva, de la sociedad civil como del estado, buscando la protección y la mejora de la salud de la población. Se incluye la responsabilidad del acceso a la salud y la calidad de esta, yendo más allá de intervenciones comunitarias y poblacionales. Refiriéndose a esta como práctica social interdisciplinaria y no refiere a la salud pública solo como disciplina académica (95).

Para buscar una mejor definición y medición de las FESP en los últimos años se han realizado muchos esfuerzos. Se destaca El estudio Delphi encaminado por la Organización mundial de la salud (OMS) y el Programa Nacional de Desempeño y Estándares de la Salud Pública (National Public Health Performance Standards Program: NPHPSP) de los EUA. Reseña de esta iniciativa **(95)**.

Bettcher afirma **(96)**: ... “En enero de 1997, el Consejo Ejecutivo de la OMS recomendó impulsar el desarrollo conceptual de las FESP como forma de contar con una herramienta para implementar la renovación de la política de "salud para todos en el año 2000". Para ello se decidió realizar un estudio internacional con la técnica Delphi, dirigida a redefinir el concepto de FESP y a obtener un consenso internacional sobre las características centrales de estas funciones. En ese estudio se consultaron en tres rondas consecutivas 145 expertos en salud pública de diferentes nacionalidades. El resultado fueron nueve FESP, a saber:

1. Prevención, vigilancia y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles.
2. Monitoreo de la situación de salud.
3. Promoción de la salud.
4. Salud ocupacional.
5. Protección del ambiente.
6. Legislación y regulación en salud pública.
7. Gestión en salud pública.
8. Servicios específicos de salud pública.
9. Atención de salud para grupos vulnerables y poblaciones de alto riesgo”.

Los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health: NIH) de los EUA en 1998 publicaron un informe después de 60 años, donde se visualizan los diferentes intentos de definir y medir las funciones de la salud pública, también para evaluar las agencias en su funcionamiento, en este se definió tres grupos de funciones: evaluación, desarrollo de políticas y aseguramiento, para las organización de salud pública, entregando

un marco regional direccionados a evaluar en la última década los servicios de salud pública (97).

El Comité Directivo de Funciones de la Salud Pública (Public Health Functions Steering Committee) en el año 1994 acogió el documento "Salud pública en los Estados Unidos de América", en la cual su visión es "personas sanas en comunidades sanas" y su misión promover la salud física y mental y prevenir las enfermedades, daños y discapacidades, entendiendo los siguientes objetivos como los principales de la salud pública (98):

- Prevención de epidemias y de la propagación de enfermedades.
- Protección contra los daños ambientales.
- Prevención de daños a la salud.
- Promoción y fomento de conductas saludables.
- Respuesta a los desastres y asistencia a comunidades damnificadas.
- Garantía de calidad y accesibilidad a los servicios de salud.
- En este documento se definieron 10 servicios esenciales de salud pública (98):
- “Monitoreo del estado de salud para identificar los problemas de salud de la comunidad.
- Diagnóstico e investigación de los problemas de salud y de los riesgos en la comunidad.
- Información, educación y empoderamiento de las personas en temas de salud.
- Movilización de asociaciones comunitarias para identificar y resolver problemas de salud.
- Desarrollo de políticas y planes que apoyen la salud individual y colectiva.
- Cumplimiento de leyes y regulaciones que protejan la salud y den seguridad.
- Vinculación de las personas con servicios de atención de salud y garantía de provisión de servicios de salud donde no estén disponibles.

- Garantía de recursos humanos competentes para la salud pública y la atención de salud.
- Evaluación de la eficacia, accesibilidad y calidad de los servicios de salud individual y colectiva.
- Investigación sobre nuevos enfoques y soluciones innovadoras para los problemas de salud”.

Las FESP son definidas como “...conjunto de actuaciones que deben ser realizadas con fines concretos, necesarios para la obtención del objetivo central, que es asimismo la finalidad de la salud pública, es decir, mejorar la salud de las poblaciones” (98). Siendo condiciones indispensables y necesarias ejercidas por el estado siendo la rectoría, articuladas por la autoridad sanitaria para lograr el cumplimiento de estas.

El centro para el control y prevención de enfermedades (CDC), La OPS y el Centro Latinoamericano de Investigación en sistemas de Salud (CLAISS), crearon una metodología para medir y definir el desempeño de las FESP. En esta es identificada la necesidad de disponer de definiciones, indicadores y estándares de las FESP para la práctica de la salud fortaleciendo a través de refuerzos en las capacidades de las Instituciones. Estas funciones están bien definidas, incluidas las capacidades para su buena práctica, con un apropiado funcionamiento en todos sus campos de acción (salud ocupacional, salud ambiental, enfermedades crónicas, entre otras)

Son identificadas 11 FESP para la práctica de la salud pública como críticas. Los componentes que las integran, estándares, definición, mediciones, son estas:

FESP 1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud.

FESP 2. Vigilancia de la Salud Pública, investigación y control de riesgos y daños a la salud.

FESP 3. Promoción de la salud.

FESP 4. Participación de los ciudadanos en la salud.

FESP 5. Desarrollo de políticas y de la capacidad Institucional de planificación y gestión en materia de salud pública.

FESP 6. Fortalecimiento de la capacidad Institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública.

FESP 7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.

FESP 8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.

FESP 9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva.

FESP 10. Investigación en Salud Pública.

FESP 11. Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.

La evaluación de las FESP es utilizada para dos fines, brindar información para mejorar continuamente las prácticas y ejercicio de la salud pública, segundo para comparar resultados con otros países, generando estrategias de desempeño y mejoramiento continuo. Estas evaluaciones evidencian necesidad para valorar el ejercicio de las FESP siendo responsabilidad de tomadores de decisiones.

Las FESP y su desempeño permiten fortalecer procesos de educación, planes curriculares, investigación en salud pública.

5.4.2 Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública, MRCESP

El Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública (MRCESP) “es una construcción colectiva, liderada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), resultado de un proceso que involucró a más de 240 colaboradores de 28 países de las Américas. Este Marco busca apoyar estratégicamente a los Estados de las Américas en el fortalecimiento de las capacidades de sus sistemas de salud en materia de salud pública. Tiene como propósito impulsar el desarrollo de planes maestros de formación y capacitación de los recursos humanos de salud, en tanto a estrategia para el desempeño óptimo de las Funciones Esenciales de Salud Pública” (99).

Se reagruparon las FESP para mejorar su abordaje, también se incorporó una función nueva en Salud internacional/global. Estableciendo así seis dominios y siete dimensiones transversales;

1. Análisis de situación de salud
2. Vigilancia y control de riesgos y daños
3. Promoción de la salud y participación social
4. Política, planificación, regulación y control
5. Equidad en el acceso y calidad en los servicios individuales y colectivos
6. Salud internacional / global.

Definiéndose transversalmente estas dimensiones con estos atributos para cada dominio:

- Planificación
- Gestión
- Evaluación
- Comunicación
- Liderazgo
- Investigación
- Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones (TIC).

Con el Marco Regional de Competencias en Salud pública se busca impulsar y desarrollar las capacidades del personal, buscando elaborar planes y estrategias más fácilmente, generando redes entre profesionales, convirtiendo la metodología MRCESP con el uso de dimensiones y dominios.

El Marco Regional de Competencias en Salud Pública- MRCESP busca contribuir a identificar competencias, verse como referente flexible, adaptarse a diferentes contextos, definir conocimientos, habilidades relacionadas con el ejercicio de la salud. Este marco debe ser visto como instrumento para formar al personal con diferentes directrices como: Organización Panamericana de la salud OPS, Organización Mundial de la salud, Organización de la Naciones unidas.

5.4.3 Normatividad Vigente (Talento Humano En Salud)

Colombia ha visto la necesidad de a través de su marco legal, formar y las competencias que debe tener el talento humano en salud, buscando abordar mejorar la salud en general.

Cuando se creó el Sistema General de Seguridad Social en salud (SGSSS) en los años 90 con la ley 100 de 1993, se estructuró los servicios de atención en salud con el fin de asegurar a toda la población en Colombia. De esta reestructuración nacen las Empresas Promotoras de salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de salud, para prestar y asegurar los servicios de salud y los niveles de atención.

La ley 1751 de 2015 capítulo 3, fue creada para mejorar el sistema de salud, haciendo énfasis en lo importantes que son los trabajadores y profesionales en el área de la salud, garantizando unas buenas condiciones en su ejercicio, promoviendo un trabajo justo y el compromiso en los equipos de salud (Congreso de Colombia Ley 1751 de 2015. Ministerio de salud y protección social **(100)**).

En Octubre del año 2007 se aprobó la ley 1164 de talento humano, teniendo como objetivo “Establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos”, esta ley se busca también controlar y mejorar los servicios de salud, controlar y apoyar el talento humano en salud (Congreso de Colombia Ley 1164. Ministerio de salud y protección social **(100)**).

Mediante estos decretos aprobados se ha podido establecer; en marzo de 2008 con el decreto 860 se dictaron medidas transitorias para ejercer el talento humano en salud **(101)** continuando con la inscripción, registro y autorización del ejercicio profesional hasta 9 meses de la fecha entrada en vigencia por la dirección departamental y distrital de salud. Con el decreto 1730 de mayo 21 de 2008, se reglamentan mecanismos para escoger representantes al Concejo Nacional de Talento Humano **(102)**

En el artículo 5 de la ley 1164 se definió quienes integraron el Concejo Nacional de Talento Humano, miembros: del Ministerio de Educación, de la Protección Social, facultades de salud de universidades públicas y privadas, egresados de Instituciones no

formales y superiores en salud, de asociaciones de estudiantes, de Instituciones prestadoras de salud y Empresas promotoras de salud (Congreso de Colombia Ley 1164. Ministerio de salud y protección social **(100)**) La elección de estos miembros será por dos años, en el caso de representantes de facultades se alternarán y estos deben ser postulados a través de organizaciones elegidas por el Ministerio de la protección social.

La comisión intersectorial para el talento humano en salud es creada mediante el último decreto el 2006 de junio del 2008.

Ley 1438 de 2011 tiene como propósito es fortalecer el sistema general de seguridad social en salud, mediante el modelo de prestación de servicio, articulando la estrategia de Atención Primaria en Salud (Congreso de Colombia ley 1438. Ministerio de salud y protección social **(102)**).

El Decreto único Reglamentario del Sector salud y Protección Social 0780 de 2016, tiene como objetivo principal: “compilar y racionalizar las normas de carácter reglamentario que rigen en el sector y contar además con un instrumento jurídico único para el mismo”. Este documento trata aspectos relacionados con el ejercicio y desempeño del talento humano, menciona factores y elementos que rigen en la actualidad el Sistema de salud en Colombia **(103)**.

La Política de Atención Integral de salud (PAIS) fue creada con el objetivo de generar mejores condiciones de salud, regulando condiciones de agentes hacia “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”. La Política Integral de salud tiene cuatro estrategias centrales:” 1. La atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, 2. El cuidado, 3. La gestión integral del riesgo en salud y 4. El enfoque diferencial de territorios y poblaciones” **(101)**. Los Pilares de PAIS buscan el desarrollo de sistemas de incentivos, desarrollo de competencias de talento humano, cuidado de la salud, transformar procesos de gestión territorial, coordinación y gerencia de Instituciones **(14)**.

En 1977 en la asamblea de la Organización Mundial de la Salud, fue definida la política de salud aceptada por los países denominada “Salud para todos en el año 2000”.

La reunión de Alma Ata en 1978 se estableció la estrategia denominada “Atención Primaria en Salud (APS)”, fue definida como:

La reunión de Alma Ata en 1987 **(104)**, fue establecida la estrategia “Atención Primaria en Salud (APS)”: “Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos, tecnologías, prácticas, fundados científicamente y aceptables socialmente, al alcance de individuos y familias mediante la participación plena, donde la comunidad y el país soportar todas y cada una de las etapas del desarrollo, con autorresponsabilidad y autodeterminación. La APS es integrante del Sistema Nacional de Salud y del desarrollo social y económico de la comunidad **(105)**

Con el modelo de Atención Primaria se apuntó a aspectos como: adaptación de contextos locales, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, fortalecer la participación de diferentes sectores incluyendo la sociedad y la población **(105)**

En la conferencia de Burdeos realizada en 1983 los países industrializados validaron la declaración de Alma Ata, donde se reconoció el papel de la Atención Primaria en Salud con el fin de mejorar accesibilidad y calidad para trabajar de forma determinante en diversos niveles del sistema de salud.

La Carta de Ottawa donde se habla de la promoción de la salud, donde se proporcionan los medios necesarios para mejorar la salud, alcanzando un estado de bienestar físico, mental y social. El principal objetivo de esta carta fue salud para todos en el 2000 **(106)**.

La declaración de Yakarta promueve la reorientación de los servicios de salud, viendo como uno de sus pilares la promoción de la salud, viendo con responsabilidad la proporción de servicios médicos y clínicos para lograr mejorar los resultados en salud, mediante dos estrategias: 1. Desarrollo de sistemas de salud, 2. Prestación de servicios de salud, mejorando el diseño de los sistemas aplicados a la comunidad.

Con La 51ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en mayo de 1998, se declaró que con el desarrollo de políticas y estrategias regionales y nacionales se mejorara la salud y el bienestar de la población, mejorando la disponibilidad de la atención primaria de la salud **(107)**

La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas” es un documento creado por la Organización Panamericana de la salud OPS, en el que se

considera el modelo de atención en salud como el más adecuado para atender las necesidades en salud **(107)**

5.5 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y SU DESARROLLO EN COLOMBIA

Con el paso de los años en Colombia, se crearon y se Institucionalizaron mecanismos para formalizar la Atención primaria en salud; a partir de esta implementación, un ejemplo es la ley 100 de 1993, logrando descentralizar competencias y coordinar acciones, incluyendo conceptos como la multifactorialidad, implementando mecanismos de gestión en salud y participación de la comunidad.

La creación de la ley 100 de 1993 se implementó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el plan obligatorio de salud tanto subsidiado como contributivo, definiendo recursos en la ley 60 de 1993. Estos planes obligatorios de salud están ligados a la prevención, administración y provisión de servicios y planes, las cuales fueron delegadas a las EPS: Empresas Promotoras de Salud, asegurando la salud de la población, gestión y aseguramiento de la calidad del servicio en la población **(108)**

El Plan de Atención Básica (PAB) fue la manera inicial de abordar las estrategias, cuando este plan evoluciono fue llamado Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) en el año 2007, este fue derivado del Plan Nacional de Salud Pública, el cual se incorpora los determinantes en salud **(109)**

Con la ley 715 de año 2001 se permitió: “Establecer la situación de salud en el municipio y propender por el mejoramiento de las condiciones determinantes de dicha situación. De igual forma, promoverá la coordinación, cooperación e integración funcional de los diferentes sectores para la formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en salud pública en su ámbito territorial” lo que permitió que las iniciativas de la Atención Primaria en Salud, se desarrollaran a nivel local y/o de entidades específicas (Ley 715 de 2001. Ministerio de Educación Nacional **(110) (105)**).

5.6 PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA

Antecedentes inherentes a la atención primaria en salud, la ley 10 de 1990, la ley 715 de 2001, la ley 1122 de 2007 que determino “la salud pública está constituida por el

conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad” (28)

El Plan Decenal de Salud Pública fue definido por el por el gobierno Nacional con el objeto de la promoción de condiciones, estilos de vida saludables, protección y superación de riesgos a la salud como derecho esencial y colectivo, a toda la población, especialmente las vulnerables, definiendo políticas sectoriales, multisectoriales, tanto individuales como colectivas.

En focos del plan: Poblacional, de Determinantes y de Gestión Social del Riesgo y estableció tres líneas operativas; la promoción de la salud, la gestión del riesgo en salud y la gestión de la Salud Pública. El incluye aspectos que en conjunto interviene en los determinantes en salud.

Mediante la ley 1122 de 2007 se determinó el servicio de salud será presentado mediante la integración de redes, en acuerdo con los reglamentos establecidos, las EPS del régimen contributivo generando garantías en las redes de Instituciones prestadoras de servicios de salud (Ministerio de Salud, Republica de Colombia. MinSalud (28).

El Plan Decenal de Salud Pública fue creado ampliamente por participación social y el concurso de diversos sectores gubernamentales, esta esta estrategia de Atención Primaria en salud en Colombia (28).

El Plan Decenal de Salud pública 2012-2021 busca reducir la inequidad en salud, mediante los siguientes objetivos: garantizar el goce del derecho a la salud para todos, mejorando condiciones de vida que modifiquen la situación en salud y disminuir la carga de enfermedad manteniendo cero tolerancias a la mortalidad, la morbilidad y discapacidad evitables. Los ejes temáticos o dimensiones incluidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 –2021, son (28):

“1. Salud ambiental, 2. Salud mental y convivencia, 3. Seguridad alimentaria y nutricional, 4. Salud sexual y reproductiva, 5. Vida saludable y condiciones no

transmisibles e incapacitante, 6. Vida Saludable libre de enfermedades transmisibles, 7. Salud Pública en emergencias y desastres, 8. Dimensiones transversales”.

El Plan Decenal de Salud Publica 2012-2021 busca realizar modificaciones, transformaciones y adecuaciones en el modelo de aseguramiento.

6 OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en Salud Pública de los profesionales que integran los equipos de salud pública de la Dirección Territorial de salud del departamento de Caldas 2018.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar socio demográficamente los profesionales que integran los equipos de salud pública de la Dirección Territorial de salud del departamento de Caldas 2018.
- Identificar las competencias laborales que tienen los profesionales que integran los equipos de salud pública de la Dirección Territorial de salud del departamento de Caldas 2018.
- Describir las competencias esenciales en Salud Pública que tienen los profesionales que integran los equipos de salud pública de la Dirección Territorial de salud del departamento de Caldas 2018.
- Establecer la correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en salud pública de los profesionales que integran los equipos de salud pública de la Dirección Territorial de salud del departamento de Caldas 2018.

7 METODOLOGÍA

Enfoque de investigación: Cuantitativo.

Diseño de Investigación: Estudio descriptivo de corte transversal que consideró datos de naturaleza cualitativa y cuantitativa.

Población y Muestra: Todos los profesionales en Enfermería (15), Bacteriología (3), Odontología (2), Fisioterapia (2), Psicología (3), Sociología (1), Trabajo Social (4), profesionales en Mercadeo (1), Ingeniería de Sistemas (2), vinculados a los equipos de salud pública de la Dirección territorial de salud de Caldas, DTSC.

Muestreo: por conveniencia según la disponibilidad de los profesionales para participar en el estudio y la firma del consentimiento informado.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información: En la tabla 4 se muestran las técnicas e instrumentos que se emplearon en la recolección de la información, para garantizar el logro de los objetivos propuestos.

Tabla 6: Técnicas e Instrumentos de recolección de información

TÉCNICA	INSTRUMENTO	OBJETIVO ESPECÍFICO
ENCUESTA	Cuestionario	Nº1. Caracterizar socio demográficamente los profesionales que integran los equipos de salud pública de la Dirección Territorial de salud del departamento de Caldas 2018
ENCUESTA	Cuestionario	Nº2 Identificar las competencias laborales que tienen los profesionales que integran los equipos de salud pública de la Dirección Territorial de salud del departamento de Caldas 2018.
ENCUESTA	Instrumento MRCESP	Nº3. Describir las competencias esenciales en Salud Pública que tienen los profesionales que integran los equipos de salud pública de la Dirección Territorial de salud del departamento de Caldas 2018. Nº4. Establecer la correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en salud pública de los profesionales que integran los equipos

		de salud pública de la Dirección Territorial de salud del departamento de Caldas 2018.
--	--	--

Fuente: Elaboración propia

La información se recolectó utilizando las técnicas de entrevista y encuesta. El instrumento utilizado para la identificación de las competencias esenciales en salud pública según el marco regional MRCESP, se usó con la autorización de los autores Mosquera Y, y Salazar F, 2014, los cuales lo diseñaron y validaron como parte de su investigación “*Caracterización ocupacional del Psicólogo en el área de Salud Pública en el Departamento de Huila*”

El instrumento fue validado por estos autores, sometido a juicio de expertos y a una prueba piloto.

Para el juicio fueron considerados por los expertos los siguientes criterios:

- a. Redacción de la instrucción: Evalúa que la forma en que están escritas las instrucciones sea lógica, coherente, clara y comprensible
- b. Suficiencia de la instrucción: Evalúa el grado en que a partir de la información proporcionada se puede diligenciar el instrumento sin ambigüedad; es decir que toda la información necesaria es proporcionada en las instrucciones.

SECCIÓN A

- a. Tipo de ítem: Evaluó si el pie del ítem y las opciones de respuesta corresponden entre sí y son apropiados para la información que se pretende obtener.
- b. Redacción del ítem: Evaluó que la forma en que está escrito el ítem sea lógica, coherente, clara y comprensible
- c. Pertinencia del ítem: Evaluó lo oportuno y adecuado que resulta el uso del ítem para obtener la información de interés.

Observaciones y sugerencias: Espacio para escribir cualquier observación para los ítems y para la sección.

SECCIÓN B

Para esta sección se valoró la instrucción y la pertinencia de la escala de autoevaluación para el conjunto de los 56 ítems. NO cada ítem.

- a) Redacción de la instrucción: Evaluó que la forma en que están escritas las instrucciones sea lógica, coherente, clara y comprensible
- b) Suficiencia de la instrucción: Evaluó el grado en que a partir de la información proporcionada se puede diligenciar el instrumento sin ambigüedad; es decir que toda la información necesaria es proporcionada en las instrucciones.
- c) Pertinencia de la escala: Evaluó lo adecuado de la escala de autoevaluación para el conjunto y tipo de ítems propuestos.

Los resultados de la validación mostraron que la versión final del instrumento garantizaba la validez y la confiabilidad en el proceso de recolección de la información.

7.1 PROCEDIMIENTO

1. Se solicitó autorización a la Dirección Territorial de salud de Caldas para acceder a la base de datos de todos los profesionales vinculados a los equipos de salud pública.
2. Se contactaron los profesionales para presentar los objetivos de la investigación y solicitar su participación
3. Se diligenció el consentimiento informado de los profesionales que voluntariamente aceptaron participar en la investigación, estos fueron Enfermeros, Bacteriólogos, Odontólogos, Fisioterapeutas, Psicólogos, Sociólogos, Trabajadores Sociales, Ingenieros en Sistemas y profesionales en mercadeo.
4. Se dieron las indicaciones a los profesionales de Dirección territorial de salud de Caldas acerca de la forma de auto administrar el cuestionario MRCESP.

7.2 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Plan de Análisis: La información recabada se analizó de acuerdo a su naturaleza, siguiendo este procedimiento.

Organización de la información: Diseño de la base de datos en SPSS V23.

Análisis Univariado: Se realizó análisis estadístico descriptivo que se presentó en frecuencias absolutas y relativas.

Análisis Bivariado: Se obtuvieron tablas cruzadas para realizar análisis exploratorio de correspondencia. Para establecer asociación entre las variables sexo, profesión y tiempo en el cargo se empleó el test no paramétrico Chi cuadrado (X^2). En los casos en que se presentó asociación se realizó análisis de correspondencia simple a través de los mapas perceptuales que muestran que categorías de las variables asociadas se corresponden.

8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación está clasificada como sin riesgo de acuerdo a la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de salud de Colombia, en el artículo 1, en el cual se dice que las investigaciones sin riesgo son en las que se emplean técnicas y métodos de investigación retrospectivos, aquellos en los que se no realizan intervenciones o modificaciones intencionadas de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes en el estadio (76). La aprobación de este proyecto Multicéntrico fue realizada por comité de Bioética de la UAM, como consta en el Acta No. 68 de junio 14 de 2017.

9 RESULTADOS

Los resultados presentados se dividen en dos partes: La primera muestra las características sociodemográficas y laborales del Enfermero, el Bacteriólogo, el Fisioterapeuta, el Odontólogo, el Trabajador social, el Psicólogo, el Sociólogo, el Ingeniero en sistemas y el Profesional en Mercadeo, que cumplen funciones en el área de salud pública en la Dirección territorial de salud en el departamento de Caldas. La segunda hace referencia a las CESP ejercidas por el mismo grupo en su actividad laboral, de acuerdo al MRCEP propuesto por la OPS. El 100% de los profesionales trabaja en la Dirección Territorial de salud de Caldas en su capital Manizales.

9.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS GENERALES

El presente estudio se realizó con profesionales vinculados a los grupos de salud pública de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, se contó con la participación de dos Odontólogos, quince enfermeros, tres Bacteriólogos, tres psicólogos, cuatro trabajadores sociales, un Sociólogo, dos ingenieros de sistemas, un Profesional en Mercadeo y dos Fisioterapeutas.

Las características sociodemográficas identificadas son: Más de la mitad son de sexo femenino (69,7%); tienen un promedio de edad de 39,9 años con una desviación de 10,8 (23-60). Dos tiene título de especialista. Los profesionales tienen dos tipos de contratación, el 81,8% está por prestación de servicios y los demás por contratación a término indefinido. De acuerdo con la duración del contrato el 3% tiene contrato a 6 meses, 78% a 9 meses y 18,2% a 12 meses.

Las razones de la contratación se distribuyen así; por convocatoria el 6,1%, por designación el 84.8% y por recomendación el 9,1%. Estos profesionales desempeñan funciones disciplinares y multidisciplinarias con el 3,0% y el 15,2% respectivamente. El 97% tiene más de 36 meses de tiempo en el cargo, los demás menos de 12 meses (3%). El salario de todos oscila entre \$3.000.000 y \$5.000.000.

Enfermeros

Este estudio conto con la participación de 15 enfermeros de los cuales 14 son mujeres, que representan el 45% de los profesionales encuestados; con un promedio de edad de 38,7 años.

El 100% de los enfermeros ocupa el cargo de profesional universitario, dos de ellos cuentan con posgrado en administración en salud. Los enfermeros tienen dos tipos de contratación; 14 por prestación de servicios con duración de 9 y 12 meses y uno con contrato a término indefinido. En su mayoría fueron contratados por designación y porque había necesidad en el servicio. Catorce de los enfermeros desempeñan funciones multidisciplinarias. Todos refieren no tener otras funciones y llevar 36 meses de tiempo en el cargo

Trabajadores sociales

Participaron cuatro trabajadores sociales de los cuales dos son mujeres. la edad mínima es 30 años, la máxima es 54 años y la edad promedio es 37,05 años. Todos ocupan el cargo de profesional universitario; tres tienen contrato por prestación de servicios y uno contrato a término indefinido; la duración del contrato oscila entre 9 y 12 meses. Las razones para la contratación son; por designación dos y los demás por recomendación, todos fueron contratados por necesidad en el servicio.

En la categoría tiempo en el cargo los cuatro trabajadores sociales afirman llevar 36 meses en el cargo.

Odontólogos

Se contó con la participación de dos Odontólogos, una mujer y un hombre. La edad mínima es 29 años, la edad máxima es 44 años y representan el 6,1% de los participantes.

Los dos odontólogos tienen el cargo de profesional universitario, están contratados por prestación de servicios con una duración del contrato de 9 meses. Fueron contratados por designación y la razón fue por necesidad en el servicio y el tipo de funciones son disciplinares. Refieren llevar 36 meses en el cargo

Bacteriólogos

Participaron tres Bacteriólogos de los cuales dos son mujeres y un hombre; la edad mínima es 48 años, la edad máxima es 49 años y representan el 9,1% de los participantes.

Los Bacteriólogos tienen el cargo de profesional universitario, el tipo de contratación es a término indefinido con una duración promedio 12 meses. Todos fueron contratados por designación y porque había necesidad en el servicio. El tipo de funciones de los tres bacteriólogos son disciplinares y multidisciplinarios.

Los Bacteriólogos afirman llevar más de 36 meses en el cargo.

Fisioterapeutas

En este estudio se contó con la participación de dos Fisioterapeutas, un hombre y una mujer, con una edad mínima es 23 años y máxima de 32 años. Los fisioterapeutas representan el 6,1% de los participantes.

Los fisioterapeutas tienen el cargo de profesional universitario y están contratados por prestación de servicios con una duración promedio en el cargo de 9 meses. Los dos fisioterapeutas fueron contratados por designación y porque el servicio lo necesitaba y el tipo de funciones que tienen son disciplinares. Afirman llevar más de 36 meses en el cargo

Psicólogos

Participaron tres psicólogos, dos mujeres y un hombre; la edad mínima es 39 años, la edad máxima es 59 años y representan el 9,1% de los participantes.

Todos los psicólogos tienen el cargo de profesional universitario, dos tienen contratación por prestación de servicio y uno a término indefinido. El contrato oscila entre 9 y 12 meses. Un psicólogo fue contratado por designación y los otros dos por recomendación y todos fueron contratados por necesidad en el servicio.

El tipo de funciones de dos de los psicólogos son disciplinares y el otro refiere tener tanto disciplinares como multidisciplinarios. En la categoría de tiempo en el cargo los 3 Psicólogos afirman llevar más de 36 meses en el cargo

Ingenieros en sistemas

En el estudio participaron dos ingenieros de sistemas de sexo masculino con una edad mínima de 29 años y una máxima de 43 años. Todos ocupan el cargo de profesional universitario y fueron contratados por prestación de servicios; la duración del contrato oscila entre 6 y 9 meses. La razón por lo cual fueron contratados fue por designación y por necesidad en el servicio.

En la categoría tiempo en el cargo los dos ingenieros de sistemas afirman llevar 36 meses en el cargo.

Socióloga

Participo una Socióloga de 48 años de edad. El cargo que ocupa es de profesional universitaria con un contrato por prestación de servicios, el cual fue por designación. La razón de la contratación fue por necesidad en el cargo con una duración promedio de 9 meses y afirma tener funciones disciplinarias.

Profesional en mercadeo

En este estudio participo una profesional en mercadeo de 41 años de edad. El cargo que ocupa es de profesional universitaria con un contrato por prestación de servicios, el cual fue por designación. La razón de la contratación fue por necesidad en el cargo con una duración promedio de 9 meses y afirma tener funciones disciplinarias.

9.2 CESP QUE EJERCE EL GRUPO DE PROFESIONALES EN EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD LABORAL, DE ACUERDO CON EL MRCESP PROPUESTO POR LA OPS

Dominio 1. Análisis de la situación de salud.

Tabla 7: Porcentaje de uso de competencias dominio 1 profesionales de la Salud
- Caldas 2018

Dominio 1	No		Si	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
1.1	10	31,25%	22	68,75%
1.2	11	33,33%	22	66,66%
1.3	6	18,18%	27	81,82%
1.4	10	30,30%	23	69,69%
1.5	9	27,27%	24	72,72%
1.6	9	27,27%	24	72,72%
1.7	7	21,86%	25	78,31%
1.8	11	35,48%	20	64,51%
1.9	6	18,18%	27	81,81%

Fuente: elaboración propia

En el dominio uno los resultados muestran que los profesionales si utilizan las estadísticas vitales y los indicadores básicos de salud para generar evidencia sobre la situación de salud de la población y de los grupos en situación de vulnerabilidad y riesgo, analizan sistemáticamente la situación y tendencias de la salud poblacional y sus determinantes, para documentar desigualdades en riesgo, resultados y acceso a los servicios estableciendo prioridades de salud pública para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la caracterización de riesgo y la demanda por servicios de salud, gestionando información útil para la evaluación del desempeño de los servicios de salud y el impacto de las intervenciones a través de la investigación, recomiendan acciones a favor de la salud a diferentes audiencias y públicos basados en nueva evidencia y conocimientos,

desarrollan metodologías, tecnologías, y buenas prácticas para la gestión, análisis y comunicación de información sobre salud, desarrollan tecnologías, metodologías y herramientas para el análisis y comunicación de la información; transfieren conocimientos a través de capacitaciones de la fuerza de trabajo y de los actores clave, administrando información, resultado de las acciones contribuyendo al bienestar global.

Dominio 2 Vigilancia y control de riesgos y daños

Tabla 8: Porcentaje uso de competencias dominio 2 - Caldas 2018.

Dominio 2	No		Si	
	Frec	%	Frec	%
2.1	10	31,25%	22	68,75%
2.2	9	29,03%	22	70,97%
2.3	8	25,0%	24	75,0%
2.4	7	21,21%	26	78,78%
2.5	9	27,27%	24	72,72%
2.6	10	31,25%	22	68,75%
2.7	8	25,0%	24	75,0%
2.8	17	53,13%	15	46,88%
2.9	11	33,33%	22	66,66%
2.10	13	41,94%	18	68,06%
2.11	13	41,94%	18	58,06%
2.12	15	50,0%	15	50,0%

2.13	13	41,94%	18	58,06%
2.14	15	50,0%	15	50,0%

Fuente: Elaboración propia.

En las competencias 2.1 – 2.2 –2.3 – 2.4– 2.5– 2.6– 2.7 – 2.9. Los resultados evidencian que para este dominio los profesionales si analizan las amenazas, riesgos y daños a la salud para el diseño e implementación de un efectivo Sistema de Vigilancia, Control de riesgos y Daños en Salud pública; Gestionan las redes, los servicios y laboratorios de salud pública para garantizar la viabilidad de la vigilancia y el control en salud pública, realizan seguimiento de los riesgos, las amenazas, en el marco de los determinantes sociales de la salud y de la ocurrencia de daños, para conocer su comportamiento en el tiempo e identificar las necesidades de intervención, definen los riesgos, amenazas y daños en salud que ameritan intervenciones inmediatas y mediatas, para garantizar la respuesta rápida y oportuna del sistema de salud, detectan precozmente los brotes y epidemias para ejecutar acciones, para controlar, reducir o mitigar sus efectos sobre la población, articulan las acciones vigilancia y respuesta con los diferentes niveles sectores y ciudadanía, para enfrentar los riesgos, amenazas y daños en salud, comunican la información relevante de la vigilancia, a los diversos actores del sistema y la población, para mejorar la eficacia de la respuesta local y global frente a los riesgos, amenazas y daños en salud, evalúan los procesos críticos relacionados al sistema de vigilancia y control en salud pública de manera permanente y sistemática para garantizar su mejora continua y la solución oportuna a los problemas priorizados, nunca elaboran estimación del riesgo de desastres para determinar su dimensión, diseñan planes de gestión del riesgo de desastres ante amenazas naturales, tecnológicas y biológicas para mitigar el efecto de éstos en la salud, diseñan proyectos de inversión para la reducción del riesgo de desastres en salud, ejecutan la respuesta inmediata ante amenazas, riesgos y daños por desastres de acuerdo a la estimación del riesgo para proteger la salud, planifican y ejecutan la reconstrucción post desastres de acuerdo a la identificación del daño para la rehabilitación inmediata y protección de la salud de la población.

En los dominios 2.8 a 2.14 la mitad de los profesionales no realizan estimación del riesgo, no diseñan planes de gestión del riesgo de desastres ante amenazas naturales, tecnológicas y biológicas para mitigar el efecto de éstos en la salud. No cumplen con la competencia de ejecutar la respuesta inmediata ante amenazas, riesgos y daños por desastres de acuerdo a la estimación del riesgo para proteger la salud. y no planifican ni ejecutar la reconstrucción post desastres de acuerdo a la identificación del daño para la rehabilitación inmediata y protección de la salud de la población.

Dominio 3 Promoción de la salud y participación social

Tabla 9: Índice porcentual de competencias dominio 3 - Caldas 2018.

Dominio 3	No		Si	
	Frec	%	Frec	%
3.1	11	33,33%	22	66,66%
3.2	6	18,18%	27	81,82%
3.3	11	33,33%	22	66,66%
3.4	11	34,38%	21	65,63%
3.5	6	19,35%	25	80,65%
3.6	8	25,81%	23	74,19%
3.7	10	32,26%	21	67,74%
3.8	12	40,0%	18	60,0%
3.9	9	28,13%	23	71,88% 11
3.10	11	33,33%	22	66,66%

Fuente: Elaboración propia.

- En las competencias del dominio 3, la mayoría de los profesionales valoran el enfoque y el alcance de la Promoción de la Salud, diferenciándolo de otros paradigmas, para lograr cambios positivos en la salud de los individuos y la comunidad, aplican las herramientas de participación social y el enfoque de trabajo intersectorial para mejorar la salud e impactar las políticas públicas basadas en los determinantes sociales, analizan las relaciones de complementariedad entre la Educación para la Salud y la Alfabetización en

Salud para establecer mejores prácticas de Promoción de la Salud, Analizan las relaciones de complementariedad entre la Educación para la Salud y la Alfabetización en Salud para establecer mejores prácticas de Promoción de la Salud. Diseñan estrategias de comunicación en salud y mercadeo social para fomentar cambios individuales y colectivos. Reconocen las consideraciones éticas vinculadas a los enfoques de competencia cultural para aplicarlas en la práctica de la salud pública en diferentes contextos. Aplican las modalidades y mecanismos que fomentan el empoderamiento para lograr participación social y comunitaria en salud. Desarrollan estrategias con el enfoque de Promoción de la Salud para el desarrollo de alianzas y la consolidación de redes en la atención primaria en salud y en los servicios comunitarios. Evalúan la efectividad de las acciones de Promoción de la Salud para lograr cambios a nivel comunitario, en política pública y en la estructura social a favor de la salud y la calidad de vida. Promueven la creación y fortalecimiento de espacios y procesos sociales participativos en relación con la comprensión y protección de la salud, para mejorar la capacidad de la población para comprender y controlar los servicios sociales y las políticas públicas. Participan activamente en el diseño, ejecución y evaluación de estrategias de cabildeo, información, comunicación y educación dirigidos a las comunidades y los tomadores de decisiones para contribuir al empoderamiento de la población en la formulación, evaluación y control de políticas, planes y programas de salud.

Dominio 4 Políticas, planificación, regulación y control

Tabla 10: Índice porcentual de competencias dominio 4 - Caldas 2018.

Dominio 4	No		Si	
	Frec	%	Frec	%
4.1	11	33,33%	22	66,66%
4.2	5	15,15%	28	84,84%

4.3	12	37,5%	20	62,5%
4.4	7	21,21%	26	78,79%
4.5	10	30,30%	21	63,64%
4.6	12	36,36%	21	63,63%
4.7	8	24,28%	25	75,76%

Fuente: Elaboración propia.

- En las competencias 4.1 – 4.2 –4.3 – 4.4– 4.5– 4.6– 4.7 –. La mayor frecuencia de respuesta muestra que los profesionales si aplican los fundamentos conceptuales, técnicos y metodológicos básicos que fundamentan la gestión de políticas para contribuir a la garantía de la equidad y del derecho fundamental a la salud, nunca administran los recursos humanos, tecnológicos y financieros requeridos para el mejoramiento de la salud y el control de sus determinaciones para mejorar el desempeño, la equidad y la inclusión de los sistemas de salud con un enfoque de atención primaria, protegen en toda política pública sectorial o extra sectorial el derecho a la salud como un derecho humano fundamental para el bienestar integral de la población, la equidad y la inclusión de los sistemas de salud con un enfoque de atención primaria, evalúan las necesidades y problemáticas de los individuos, las familias y los colectivos humanos para sustentar las decisiones de intervención y optimizar sus resultados, lideran grupos interdisciplinarios que participen de forma articulada en el análisis, formulación, ejecución y evaluación, de las políticas, planes y programas en Salud Pública para garantizar los derechos de la población y el buen funcionamiento de los sistemas de salud desde la perspectiva de determinantes sociales, participan en la gestión de políticas y planes de salud para contribuir a garantizar el derecho a la salud, la equidad y el desempeño de los sistemas de salud, reconocen la planificación y la toma de decisiones como un proceso social técnico y político para garantizar la obtención de los mejores resultados en salud.

Dominio 5 Equidad en el acceso, calidad en los servicios individuales y colectivos

Tabla 11: Índice porcentual de competencias dominio 5 - Caldas 2018.

Dominio 5	No		Si	
	Frec	%	Frec	%
5.1	7	21,21%	26	78,78%
5.2	14	42,42%	19	57,57%
5.3	13	39,39%	20	60,60%
5.4	11	33,33%	22	66,66%
5.5	13	39,39%	20	60,60%
5.6	10	31,25%	22	68,75%
5.7	4	12,12%	29	87,87%
5.8	7	21,21%	26	78,78%

Fuente: Elaboración propia.

- En las competencias 5.1 – 5.2 – 5.3 – 5.4– 5.5– 5.6– 5.7–5.8. La mayoría de los profesionales respaldan los principios de equidad, en el marco del enfoque de determinantes sociales, al diseñan e implementan políticas y acciones de salud para mejorar el acceso a los servicios preventivos y asistenciales de salud, implementando planes, estrategias y acciones que aumenten la equidad del servicio, alcanzo eficiencia social, efectividad sanitaria y eficiencia en distribución de los recursos para la atención de la población, diseñan planes para el mejoramiento continuo de los servicios de salud y la atención en salud, promover garantías de calidad para disminuir las brechas e inequidades en la atención de la población, participar en la coordinación de redes de distintos ámbitos y niveles de atención para mejorar la respuesta de los problemas de salud de la población, abogar por el

trato digno de los pacientes y la confidencialidad de la información, fomentar la participación de equipos multidisciplinarios para el mejoramiento continuo de la organizaciones en salud.

Dominio 6 Salud internacional y salud global

Tabla 12: Índice porcentual de competencias dominio 6 - Caldas 2018.

Dominio 6	No		Si	
	Frec	%	Frec	%
6.1	8	28,57%	20	71,43%
6.2	9	31,03%	20	68,97%
6.3	9	33,33%	18	66,66%
6.4	13	46,43%	15	53,57%
6.5	16	53,33%	14	46,67%
6.6	15	45,45%	18	54,54%
6.7	10	30,30%	23	69,69%
6.8	17	60,71%	11	39,29%

Fuente: Elaboración propia.

- Para las competencias 6.1-6.2-6.3-6.4 6.5-6.7 la mayoría de los profesionales reconoce las dimensiones globales de las acciones locales en materia de salud para avanzar en la responsabilidad global, no reconocen las implicaciones locales de los eventos globales en materia de salud para entender la interconectividad global y su impacto en las condiciones de salud poblacional, no saben analizar algunas veces críticamente la naturaleza cambiante, factores clave, factores que configuran la salud global creando reformas en materia de salud, bienestar y seguridad social para las américas Respeto, y valoran la diversidad cultural, el trabajo regional y la cooperación técnica global e intersectorial para el desarrollo de iniciativas integrales que redunden en la mejora de la atención a la salud de las poblaciones

- En la competencia 6.8 la mayoría de los profesionales no hacen usos de los recursos disponibles para programas de salud internacional

Tabla 13: Funciones por tipos - Equipos de salud

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Válido	DICIPLINALES	27	81,81
	MULTIDICIPLINARES	1	3,303
	AMBAS	5	15,15
	Total	33	100,0

Fuente: Elaboración propia.

9.3 ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIA

Se determinó la asociación estadística entre las variables de los siguientes dominios: variable pregrado y tipo de funciones, los cuales fueron consolidados en la siguiente tabla, considerando los resultados de Chi cuadrado como prueba, (χ^2) inferior al 5%. Este análisis se realizó teniendo en cuenta los cruces de variables con significancia $P < 0,05$ y con las que tenían más de dos categorías. En esta tabla se tuvieron en cuenta las significancias menores a 0,005 $P < 0,05$.

Tabla 14: Competencias asociación ($p < 0.05$), según nivel de X^2

DOMINIO	COMPETENCIAS	FUNCIONES	
		χ^2	SIG
2,4	Definir los riesgos amenazas y daños en salud que ameritan intervenciones inmediatas y mediatas para	12,571	0,050

	garantizar la respuesta rápida y oportuna del sistema de salud		
4.6	Participar en la gestión de políticas y planes de salud para contribuir a garantizar el derecho a la salud, la equidad y el desempeño de los sistemas de salud.	20,985	0,002

Fuente: Elaboración propia.

Dominio 1

- En el dominio 1 no se encontró asociación entre las competencias y las variables en estudio

Dominio 2

- Este estudio muestra una asociación entre la competencia 2.4 Definir los riesgos amenazas y daños en salud que ameritan intervenciones inmediatas y mediatas para garantizar la respuesta rápida y oportuna del sistema de salud y el tipo de funciones desempeñadas en el cargo.

Dominio 3.

- En el dominio 3 no se encontró asociación entre las competencias y las variables en estudio

Dominio 4.

- Se observa asociación significativa entre la competencia 4.6 participar en la gestión de políticas y planes de salud para contribuir a garantizar el derecho a la salud, la equidad y el desempeño de los sistemas de salud y el tipo de funciones desempeñadas en el cargo.

Dominio 5.

- En el dominio 5 no se encontró asociación entre las competencias y las variables en estudio

Dominio 6.

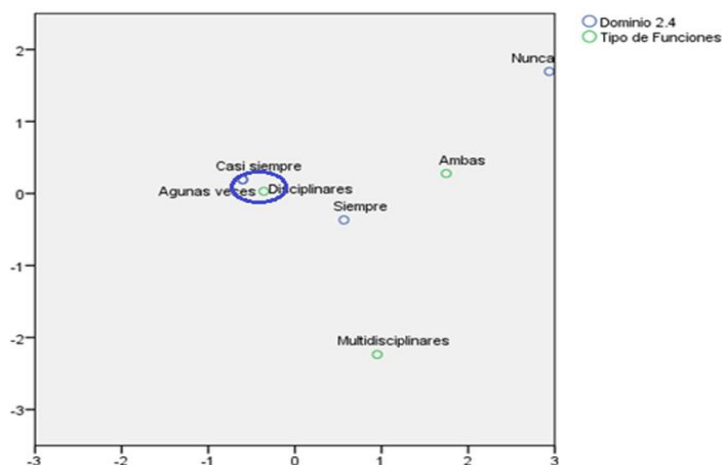
- En el dominio 6 no se encontró asociación entre las competencias y las variables en estudio

Análisis de correspondencia simple entre las funciones laborales de los profesionales que conforman los equipos de salud pública en el departamento de caldas y las competencias esenciales en salud pública.

Competencia 2.4.

En la competencia 2,4 se observó la cercanía de los datos entre la variable tipo de funciones disciplinarias con las categorías casi siempre y algunas veces lo que demuestra que la mayoría de los profesionales cumplen con la competencia de definir los riesgos amenazas y daños en salud que ameritan intervenciones inmediatas y mediatas para garantizar la respuesta rápida y oportuna del sistema de salud.

Gráfico 4 Relación lineal competencia 2,4 y tipo de funciones de los profesionales que conforman los equipos de salud pública en el departamento de Caldas



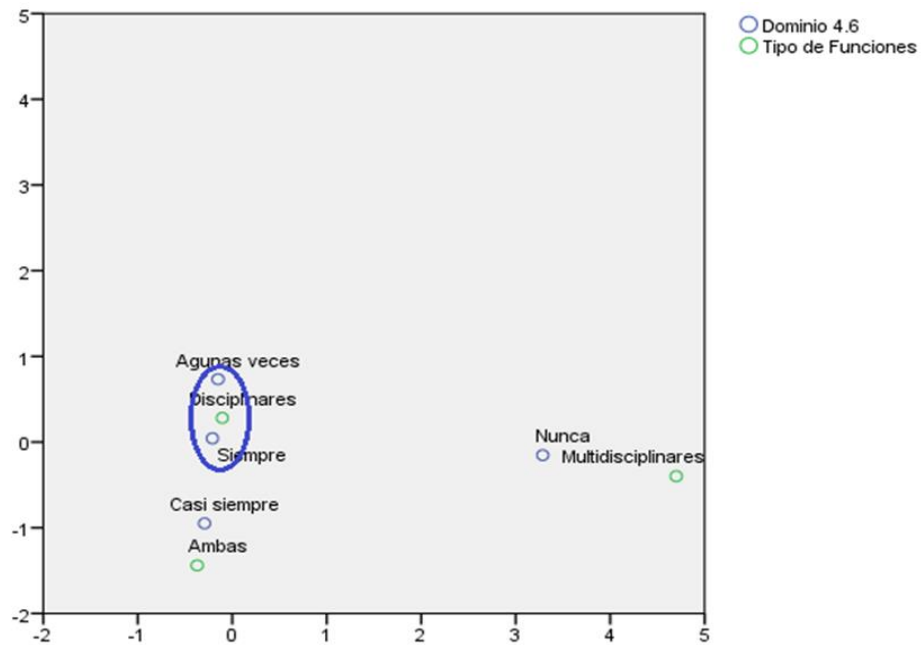
Fuente: Elaboración propia

Competencia 4.6.

Los profesionales que conforman los equipos de salud pública en el departamento de caldas y que tienen funciones disciplinarias tienen mayor competencia en las funciones participación y gestión de políticas y planes de salud para contribuir a garantizar el derecho

a la salud, la equidad y el desempeño de los sistemas de salud. Lo anterior se evidencia en el gráfico donde hay cercanía de los datos entre la variable tipo de funciones disciplinares con las categorías siempre y algunas veces

Gráfico 5 Relación lineal entre la competencia 4,6 y tipo de funciones de los profesionales que conforman los equipos de salud pública en el departamento de Caldas



Fuente: Elaboración Propia

10 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados del estudio de correspondencia, entre las funciones esenciales en Salud Pública y las competencias laborales de los profesionales que desempeñan funciones en la Dirección territorial de Salud de Caldas, presentan correspondencia solo en algunas competencias, esto puede estar asociado a la estructura de los currículos y perfiles profesionales de cada una de las profesiones y de las Instituciones universitarias formadoras, lo cual está en concordancia con los planteamientos de Irigoien (31) y el observatorio laboral y ocupacional colombiano (87) teniendo en cuenta características de perfiles Institucionales de pregrado.

Acercas del sexo de los profesionales, este estudio coincide con lo reportado por Villa y Nieto (113) en cuanto más de la mitad de los participantes son mujeres, con el 69,7 % y el 52% respectivamente.

Se observa que, de los participantes en el estudio, solo dos profesionales tienen posgrado (6,1%), el resto de los encuestados afirman que esperan continuar sus estudios en el futuro.

En la forma de vinculación de los profesionales a los equipos de salud pública, se observa que no hay muchos procesos de convocatoria pública lo cual permitiría ampliar y enriquecer los equipos ampliamente, donde también se vio el reflejo del 81,8% de las contrataciones es por prestación de servicios lo cual está reportado por Rey-Gamero y Acosta- Ramírez (109) en el estudio de enfoque de competencia para los equipos de atención en salud en algunos países de Latinoamérica, en este se observa que el tipo de contratación ayuda a la rotación alta del talento humano asociado a factores estructurales como contratos de corta duración y discontinuos, escasos incentivos para el trabajo en regiones rurales o escudo reconocimiento, y un sistema educativo en que persiste el modelo biomédico tradicional, el cual no permite trascender a un enfoque como el de la salud pública (111).

Respecto a la edad de los profesionales se observa un equipo que está formado por diversidad de edades, personas entre los 23 años y 60 años. Entre 23 a 30 años 23,3%, 31 a 40 años 36,7%, entre 41 a 60 años 50,0%. Estos resultados coinciden con los del estudio

realizado con Ortiz (5) el cual afirma que más del 65% del talento humano son mayores de 40 años.

Del tiempo en el cargo se observa que la persona con menor tiempo en el cargo es 1 año, la mayoría de los profesionales tienen más de 36 meses, en promedio el tipo de contrato es por 9 meses el 78,8%. Esto concuerda con la experiencia laboral general que es más 36 meses de experiencia 97,0%.

Durante las entrevistas realizadas se pudo observar que no todos los profesionales tenían claridad frente a algunas funciones en la práctica de la salud pública, como en rutas de atención, reporte de eventos en salud y en vigilancia epidemiológica. Esto se presenta en desacuerdo con Grau (6) que plantea que la salud debe abordarse con una perspectiva multi y transdisciplinaria en concordancia con el “El llamado a la acción de Toronto” (112) el cual habla de la importancia de la participación de múltiples actores y llama a valorar el recurso humano, en la construcción de políticas y programas de salud que velen por el bienestar colectivo, haciendo un llamado especial a la formación del talento humano hacia el modelo de atención universal, equitativo y de calidad.

Para las CESP del dominio 2 que corresponde a vigilancia y control de riesgos y daños, se evidenció que hubo relación en la competencia 2.4 definir los riesgos, amenazas y daños en salud que ameritan intervenciones inmediatas y mediatas, para garantizar la respuesta rápida y oportuna del sistema de salud.

Para las CESP del dominio 3 que corresponde a promoción de la salud y participación social, no se presenta asociación o correspondencia entre las variables y competencias (profesión, tiempo y funciones), lo que obstaculiza la normatividad internacional del observatorio de talento humano en salud, especialmente lo planteado por la OMS (96) con relación al acceso de personal capacitado en sistemas de salud en Atención Primaria en Salud-APS. El PDSP está basado en el modelo de atención en salud y su estrategia APS, desarrollando el modelo de atención adaptado a condiciones adaptables a cualquier territorio garantizando el acceso, realizando seguimientos periódicos, mediante el observatorio de talento humano

Para las CESP del dominio 4 que corresponde a políticas, planificación, regulación y control se evidenció que hubo relación en la competencia 4.6 Participar en la gestión de

políticas y planes de salud para contribuir a garantizar el derecho a la salud, la equidad y el desempeño de los sistemas de salud.

Los resultados de este estudio arrojan información actual en relación a la correspondencia de las profesiones participantes en relación de las funciones del talento humano en salud en Colombia, lo que muestran la necesidad y la importancia de avanzar y mantener actualizado el Sistema Único de información para el registro Único Nacional del Talento Humano en Salud.

11 CONCLUSIONES

En el presente estudio se encontró que los equipos de salud pública están integrados mayoritariamente por mujeres, la profesión que predomina es enfermería mientras solo un ingeniero de sistemas hace parte del grupo.

Los profesionales que desempeñan cargo en el área de la salud pública ejercen funciones disciplinares y multidisciplinarias, por las cuales ganan un salario promedio entre 3.000.000 y 5.000.000 de pesos.

Los participantes tienen dos tipos de contratación por prestación de servicios y a término indefinido, predominando la prestación de servicios, la mayoría de contrataciones se hacen por 9 meses.

Se encontró correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en salud pública de los profesionales participantes de Dirección Territorial de Salud de Caldas, en las competencias definición de los riesgos amenazas y daños en salud que ameritan intervenciones inmediatas y mediatas para garantizar la respuesta rápida y oportuna del sistema de salud y en la variable funciones disciplinares tienen mayor competencia en las funciones participación y gestión de políticas y planes de salud para contribuir a garantizar el derecho a la salud, la equidad y el desempeño de los sistemas de salud.

No obstante, al respecto exponen una paradoja ocupacional, ya que, si bien aluden a una sobreoferta académica profesional, desestiman la capacidad de las entidades de salud, en la calidad y en la capacidad, dada la insuficiencia de personal asistencial. Sumado a ello en lo que respecta a esquemas y estándares de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), las entidades encargadas de velar por la salud de los colombianos, adolecen de ellos, toda vez que las condiciones y los ambientes laborales, son excepcionalmente difíciles y diferentes, sobre todo en las circunstancias actuales. Debido a ello los profesionales de la salud se ven abocados a realizar tareas, de manera que requieren de un acompañamiento de áreas afines del conocimiento, es decir, el trabajo en equipo está subvalorado y en consecuencia las capacidades complementarias son subutilizadas.

En las metas regionales de recursos humanos en Salud 2007-2015 (OPS/OMS, 2007), las número 3,7,15 motivan a la incorporación de competencias en salud pública en

los trabajadores de APS, en las cuales los números 5 y 13 plantean políticas de bienestar del recurso humano en salud.

En el plan decenal de salud pública de Colombia, 2012-2021 (28) se concibe la salud como “el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales, y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida. Entendida así, esta concepción muestra que la salud resulta de las redes de relaciones que se establecen entre factores diversos que comprometen distintos campos del conocimiento, distintos sectores de la sociedad y acciones tanto individuales como colectivas, situación que hace comprensible que en la actualidad los equipos de talento o recurso humano que se ocupan de la salud pública provengan de formaciones profesionales de las ciencias básicas biológicas, humanas y sociales y que todos tengan aportes relevantes y pertinentes en la gestión y práctica de la salud pública.

Para el desempeño de la salud pública, es necesario un equipo diverso donde estén integrados diferentes enfoques, para mejorar la práctica de esta. También una parte fundamental en el ejercicio de la salud pública son las competencias de los profesionales, se evidencia que no siempre estos llegan para desempeñar mejor los cargos y una mejor aplicación. Para un buen desempeño en el área de la salud pública es necesario: las competencias, habilidades y destrezas, complementados en un solo propósito, y cuando se alude a complementados, es determinante el trabajo en equipo, toda vez que con ello se logra un camino más expedito en los propósitos de calidad de la salud pública.

La reducción del riesgo financiero de las familias, fundamental en la seguridad social, no necesariamente es el objetivo nuclear de un sistema de salud. El objetivo central de un sistema de salud es mejorar las condiciones de salud de su población. Bajo el concepto de seguridad social, el gasto más representativo está justificado en la provisión de los servicios de salud. Sin embargo, desde el Reporte Lalonde (1974) se ha establecido que las intervenciones biomédicas tienen poco impacto en el estado de salud de las poblaciones y que sólo las intervenciones de naturaleza promocional, preventiva y ambiental que afectan el entorno y estilo de

vida, producen cambios significativos en esas condiciones de salud. (Ministerio de Salud, 2016, p 9).

En virtud a lo anterior las competencias laborales, entendidas como la conjunción de habilidades, destrezas y aptitudes, se convierten en un insumo de análisis obligatorio, por parte de los especialistas en recursos humanos, sobre todo desde algunas profesiones áreas disciplinares que exigen una mayor complementariedad desde la perspectiva del trabajo. A propósito de ello, la salud, como un eje social, donde convergen un sinnúmero de factores, la concepción de trabajo en equipo, con énfasis en competencias, adquiere una importancia fundamental.

La crisis del recurso humano en salud es reconocida por la OPS (2), esto lleva a los efectos negativos en la calidad, prevención de enfermedades y desempeño del sistema. Con esta crisis se evidencia las siguientes problemáticas: falta de personal capacitado en algunas áreas, relación ineficiente entre la oferta y la demanda de trabajo, recurso humano faltante para la atención de sectores de la población, falta de movilidad para llegar a algunas partes del sector salud, bajas condiciones para el recurso humano, falta de incentivos, baja productividad y mala asignación de los recursos.

12 RECOMENDACIONES

Es necesario propender desde la academia y las autoridades sanitarias de entidades territoriales por la creación de convenios de cooperación con el fin de fortalecer y garantizar la educación continua de funcionarios que desempeñen cargos en los equipos de salud pública, desde el personal administrativo, directivo, operativo y asistencia, para actualizar conocimientos en MRCESP, FESP y las competencias laborales.

La academia debe convertir el presente estudio como material para el desarrollo de competencias en los diferentes programas académicos que tienen relación con la salud pública.

Este estudio explora las actividades ocupacionales de los profesionales que forman el equipo de salud pública de la Dirección territorial de salud de Caldas, participaron Enfermeros, Bacteriólogos, Fisioterapeutas, Odontólogos, Trabajadores Sociales, Sociólogo, Psicólogos, Ingenieros en Sistemas y profesional en Mercadeo; este trabajo tiene un gran valor siendo el único que busca establecer correspondencia entre las competencias laborales de los profesionales participantes y las CESP, de ahí la importancia de que la academia caracterice y haga seguimientos en las acciones realizadas por los profesionales y el marco regional de las funciones en salud pública.

El plan decenal de salud pública se visualiza como un reto y una oportunidad para liderar y afianzar el trabajo desde la perspectiva de la disciplinaria y multidisciplinaria, haciendo que diferentes profesionales y áreas alcancen una visión global de las situaciones y problemas en salud de la comunidad, logrando un trabajo cooperativo y que abarque diversos tópicos del conocimiento.

Con la aplicación del instrumento se pudo determinar que una de las variables en las que se podrían hacer otros estudios, es el tipo de contratación, ya que la que presenta predominio en la contratación por prestación de servicios y además se realiza por cortos periodos de tiempo.

Es de gran importancia que los equipos de salud pública tomen como requisito para el desempeño sus funciones la formación academia de los profesionales, el pregrado, contar con actualizaciones como seminarios, diplomados, posgrados afines a su área de

desempeño y con afinidad a las dimensiones del plan decenal de salud pública 2012-2021 y las CESP.

Es necesario propender desde la academia y las autoridades sanitarias de entidades territoriales por la creación de convenios de cooperación con el fin de fortalecer y garantizar la educación continua de funcionarios que desempeñen cargos en los equipos de salud pública, desde el personal administrativo, directivo, operativo y asistencia, para actualizar conocimientos en MRCESP, FESP y las competencias laborales.

La academia debe convertir el presente estudio como material para el desarrollo de competencias en los diferentes programas académicos que tienen relación con la salud pública.

13 BIBLIOGRAFÍAS

1. Arroyave, M.C., Giraldo, M.E. y González, M. (2007). Modelo para la identificación de competencias laborales y definición de criterios de desempeño en salud pública de los profesionales de enfermería y medicina en el departamento de Caldas, 2005-2006. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 179 – 192
2. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015. 27a conferencia sanitaria panamericana. Sesión del Comité Regional. Washington, D.C.; octubre de 2007
3. Agudelo CA, García JC, Robledo R, Caicedo H, Valenzuela CA, Mayorga AP. Caracterización del talento humano del sector salud en Colombia SENA
4. Mosquera Bahamón. Universidad Autónoma de Manizales- UAM. [Online]. [cited 2017 Mayo]. Available from:
<http://repositorio.Autónoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/943/1/CARACTERIZACION%20OCUPACIONAL%20PSICÓLOGO%20SALUD%20%20PUBLICA-2015.pdf>
5. Ortiz LC, Restrepo DA, Cortés AM. Ministerio de Salud y protección social. [Online].; 2013. Available from:
http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_col.pdf
6. Grau JA, Hernández E. Psicología de la salud: aspectos históricos y conceptuales En: E. Hernández y J.Grau, (Comps.) *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*. 2005
7. Ministerio de salud y protección social MinSalud. *Perfiles y competencias profesionales en salud*. Bogotá; 2016. Available from:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Perfiles-profesionales-salud.pdf>
8. Ríos K, Duarte J, Mesa L, Zapata J, Palacio S. Nociones y experiencias en promoción de la salud y prevención de la enfermedad de bacteriólogos y laboratoristas clínicos egresados de la Universidad de Antioquia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* Vol. 23 No. 1. enero-junio de 2005.

9. Fuentes Rueda SL. Caracterización del talento humano profesional en los laboratorios de salud pública de Colombia, 2014. UNIVERSIDAD DEL ROSARIO – UNIVERSIDAD CES. . [Online].; 2013 Available from: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/10538/37860769-2015.pdf;sequence=2>
10. Consejo Internacional de Enfermeras. La definición de enfermería. Suiza: CIE; 2015. [cited 2017 Marzo 13]. Available from: <http://www.icn.ch/es/who-weare/icn-definition-of-nursing/>
11. Consejo Internacional de Enfermeras. La definición de enfermería. Suiza: CIE; 2015. [cited 2017 Marzo 13]. Available from: <http://www.icn.ch/es/who-weare/icn-definition-of-nursing/>
12. El Congreso de Colombia. Ley 266 de 1996: Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Bogotá: MinEducación; [Online]. 1996. [cited enero 25. Available from: [http https://www.mineduccion.gov.co/1759/articles-105002_archivo_pdf.pdf](http://www.mineduccion.gov.co/1759/articles-105002_archivo_pdf.pdf)
13. El Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004: Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. Bogotá: MinEducación; [Online]. 2004. [cited octubre 5. Available from: [http https://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf](http://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf)
14. Ministerio de salud y protección social. Decreto 0429. [Online].; 2016 [cited 2017 noviembre 14. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf
15. León P. Percepción del quehacer de enfermería en el Plan de Salud Territorial: una mirada desde enfermería. Inves Enferm ISSN 0124-2059. Imagen Desarr. 2014; Vol 16(2). Available from: <file:///C:/Users/Daniel/Downloads/7420-Texto%20del%20art%C3%ADculo-42485-1-10-20141223.pdf>
16. Congreso de Colombia. Ley 10 de 1962: Por lo cual se dictan normas relativas al ejercicio de la odontología. Colombia. Bogota:

- MinEducación; [Online]. 1962.[cited abril 6. Available from: http://www.mineduacion.gov.co/1759/articles-103820_archivo_pdf.pdf
17. De la Fuente HJ. Una Odontología latinoamericana, ¿quimera?.*Revista Odontológica Mexicana*. 2007. Vol 11(1). Pag 53-54
 18. Watt Richard G. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bull World Health Organ*. 2005; Vol 83(9):Pag 711-718
 19. Sánchez Dagum E, Sánchez Dagum, M. Odontología comunitaria: una estrategia de atención de la salud bucal. *Rev Fac Cienc Med. (Córdoba)*. 2006. Vol 63(supl.2). Pag 23-29
 20. Agudelo Suárez AA, Martínez Herrera E. La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*. 2009.Vol 8 (16). Pag 91-105.
 21. El Congreso de Colombia. Ley 528 de 1999: Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de fisioterapia, se dictan normas en materia de ética profesional y otras disposiciones. Bogotá: MinEducación. [Online]. 1999.[cited septiembre 14. Available from: http://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-105013_archivo_pdf.pdf
 22. Agredo Silva V, Franc JA, Mina EP. Perfil profesional y ocupacional de los fisioterapeutas en Colombia. *Revista CES Movimiento y Salud*.2015. Vol. 3
 23. Congreso de Colombia. Ley 53 de 1977: Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de trabajador social y se dictan otras disposiciones. Colombia. Bogota: MinEducación; [Online]. 1977.[cited diciembre 23. Available from: <http://www.consejonacionaldetrabajosocial.org.co/wp-content/uploads/2018/02/LEY-53-DE-1977.pdf>
 24. Amaya Ituarte, Telloeche. En *Revista Trabajo Social y Salud*, No. 6. Bogotá, 2004. Pag 21-61
 25. Acosta Ramírez ML, Bohórquez Velasco MY, Duarte Garzón FE, González Osorio A, Rodríguez Hoyos CI. Trabajo social en el área de Salud: Perfiles y competencias profesionales básicas en el área de salud. Bogota. [Online]. 2012.[cited septiembre 28 . Available from:

- https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/Perfiles%20y%20competencias%20TrabajoSocial_Salud.pdf
26. Kottow M. Sociología y salud pública: una introducción. Bioética y sociología. 2012. [Online]. [cited diciembre]. Available from: <file:///C:/Users/Daniel/Downloads/32858-1-111621-1-10-20140828.pdf>
 27. Davó MC, Gil-González D, Vives-Cases C, Álvarez-Dardet C, Ronda E, Ortiz-Moncada , et al. Gac Sanit. [Online].; 2009 [cited 2017 Febrero 27. Available. from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000100002&lng=es.
 28. Ministerio de salud y protección social MinSalud. Plan decenal de salud pública 2012-2021. Bogotá; 2012 [cited 2017 febrero 27. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
 29. DANE. Censo General 2005. 2005.
 30. Sistema integral de información de la protección social- SISPRO. [Online].; 2013 [cited 2017 Mayo. Available from: <http://www.sispro.gov.co/>.
 31. Irigoin M, Vargas F. Competencia laboral: manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud. 2002. CINTERFOR-OPS.
 32. Congreso de Colombia Ley 1164. Ministerio de salud y protección social. [Online].; 2007 [cited 2017 noviembre 14. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf.
 33. Vargas F. Competencias clave y aprendizaje permanente: tres miradas a su desarrollo en América Latina y el Caribe. 2009.
 34. González, J. y Wagenaar, R. (eds.). Tuning Educational Structures in Europe. Informe final. Fase 2: La contribución de la universidad al proceso. Universidad de Duesdo. 2004
 35. Colegio Nacional de Bacteriología/Asociación de programas de Bacteriología. Perfil y competencias profesionales del Bacteriólogo en Colombia. 2014

36. Mariño E,D. Guía Practica de Bacteriología. Buenos Aires, Argentina: Editorial Universitaria. 1948
37. Kruif, P. Cazadores de microbios. Mexico: Porrúa.2003
38. Gonzalez Rodríguez María Eugenia, OF. Momentos Históricos de la Bacteriología en Colombia. Cali. Colombia: Editorial Universidad del Valle.2011
39. Jorge, B.Rasgos biográficos del profesor Federico Lleras Acosta. Colombia: Revista de la Academia Colombiana de Ciencias Exactas. 1938
40. Instituto Nacional de Salud. Recuperado el 22 de agosto de 2012, de Instituto Nacional de Salud: <http://ins.gov.co>
41. Congreso de Colombia. Ley 841 de 2003: Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de bacteriología, se dicta el Código de Bioética y otras disposiciones. Colombia. Bogota: MinEducación; [Online]. 1977.[cited octubre 7. Available from: https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105030_archivo_pdf.pdf
42. Ministerio de la protección social/Pontificia Universidad Javeriana. Recursos Humanos de la Salud en Colombia: Balance, competencias y prospectivas. Tercera edición. Bogotá. Colombia. 2008
43. Hernández Martín FAJ, Gallego Lastra R, Alcaraz González S, González Ruiz J.M. La Enfermería en la Historia: un análisis desde la perspectiva profesional. Cultura de los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades. 1997 2o Sem; 5(2). Pag: 21-35
44. Hernández J. Historia de la Enfermería. Madrid: Interamericana Mc Graw Hill; 1995
45. Organización Mundial de la Salud (OMS). ¿Cómo define la OMS la salud?. Ginebra: OMS; 1948. [cited 2017 Marzo 8. Available from: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> “
46. República de Colombia Nacional. Ley 266 de 1966, por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 42.710, del 5 de febrero de 1996.)
47. Ministerio de salud y protección social/Academia Nacional de Medicina. Perfiles y competencias profesionales en salud-Perspectiva de las profesiones, un aporte al cuidado de la salud, las personas, familias y comunidades 2016. [Online].; 2016.

Available from:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Perfiles-profesionales-salud.pdf>

48. NOTIANEC. Boletín de Autorregulación. Convenio ANEC-CNA 1994-1996 ANEC, Seccional de Cundinamarca. [Online].; 2014. Available from:
<https://www.anec.org.co/revista78/revista-78.pdf>
49. Martínez Morillo M, Pastor Vega JM, Sendra Portero F. Manual de Medicina Física. Madrid: Harcourt Brace;1998. [Online].; 2014.
50. Gadi RK, Cifu DX. Medicina Física y Rehabilitación: filosofía, cuestiones relacionadas con la atención del paciente y la evaluación por el médico rehabilitador. En: Garrinson SJ. Manual de Medicina Física y Rehabilitación. 2da ed. Nueva York: McGraw-Hill Interamericana; 2005. Pag: 1-9.
51. Congreso de Colombia. Ley 528 de 1999: Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de fisioterapia, se dictan normas en materia de ética profesional y otras disposiciones. Colombia. Bogota: MinEducación; [Online]. 1977.[cited octubre 7. Available from:
https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105013_archivo_pdf.pdf
52. El Presidente de la Republica de Colombia. Decreto número 1056 DE 1954: por el cual se reglamenta el ejercicio de la Fisioterapia. [Online]. 1954.[cited marzo 31. Available from: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-103346_archivo_pdf.pdf
53. Asociación Colombiana de Fisioterapia (ASCOFI)/ Asociación Colombiana de Facultades de Fisioterapia (ASCOFAFI)/ Colegio Colombiano de Fisioterapeutas (COLFI)/ Asociación Colombiana de Estudiantes de Fisioterapia (ACEFIT) .Perfil y competencias del Fisioterapeuta en Colombia. Bogotá. 2015
54. Instituto para el Fomento de la Educación Superior (ICFES). (2009). Exámenes de la Calidad de la Educación Superior en Fisioterapia. Guía de Orientación. Disponible en [Online]. 2000.[cited marzo 31
http://www.colombiaaprende.edu.co/html/mediateca/1607/articles-209085_recurso_1.pdf)

55. Lerman, Dr. Salvador. Historia de la Odontología y su Ejercicio Legal. 3a edición. Buenos Aires: Editorial Mundi S.A. I. C.y F., 1974
56. Guzmán Bravo, E. Historia de la Odontología. Primera Parte 1. Mexicana de Odontología Clínica. México: s.n. Re, Vol. 1. 2005-2006
57. Jurado, CE. Cronología de la Historia de la Odontología. 6, 2004, Tribuna Odontológica, Vol. 1.) (5.
58. Ring, Malvin E. Historia Ilustrada de la Odontología. Barcelona: Mosby/ Doyma Libros, 1995
59. Ministerio de Salud y protección social. Perfil y competencias profesionales del Odontólogo en Colombia. . [Online]. 2013.[cited Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Odontologia_Octubre2014.pdf
60. Univ. Psychol. Psicología y salud pública: tensiones, encuentros y desafíos. Univ. Psychol. 2009; 8: Pag 137-148.).
61. CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1090 de 2006 por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. [Online]. Bogotá; 2006 [cited 2017 septiembre 18. Available from: <http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/LEYES/1090%2006.pdf>
62. Sebastiani RW, Pelicioni MC, Chiattoni E. La Psicología de la Salud Latinoamericana: hacia la promoción de la salud. Revista internacional de Psicología Clínica y de la Salud. 2002; 2(1)
63. Ballesteros de Valderrama BP. Asociación colombiana de facultades de psicología. [Online].; 2010 [cited 2017 septiembre 20. Available from: <http://www.ascofapsi.org.co/wp/>.
64. Colegio Colombiano de Psicólogos. Perfil y competencias del Psicólogo en Colombia, en el contexto de la salud. [Online]. 2014.[cited noviembre 3. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Psicologia_Octubre2014.pdf
65. Castañeda Figueiras S. ¿Qué es lo que realmente aprenden los estudiantes en la licenciatura? 2008.

66. Asociación Colombiana de facultades de psicología. ASCOFAPSI. [Online].; 2010 [cited 2017 Agosto 20. Available from: <http://www.ascofapsi.org.co/wp/>
67. Asociación Colombiana de Facultades de Psicología - ASCOFAPSI 2010. Asociación Colombiana de facultades de psicología. ASCOFAPSI. [Online].; 2010 [cited 2017 Agosto 20. Available from: <http://www.ascofapsi.org.co/wp>
68. ANDER EGG, Ezequiel y otros. Del ajuste a la transformación: apuntes para una historia del Trabajo Social. 1975. p. 136.
69. Concejo Nacional para la educación en Trabajo SocialL, CONETS. Marco de fundamentación conceptual en Trabajo Social. Medellín, El CONETS, 2008. p. 13.
70. ”(_____: Estatutos: artículo 1. Bogotá: CONETS, 2012.
71. _____. Marco de fundamentación conceptual en Trabajo Social. Medellín: CONETS, 2008. p. 13.).
72. FEDERACIÓN COLOMBIANA DE TRABAJADORES SOCIALES, FECTS. Estatutos: artículo 1. Cali: FECTS, 2009. P. 1
73. López Luna E, Chaparro Maldonado MY. Competencias laborales del Trabajador Social vistas desde el mercado laboral. Tabula Rasa. Bogotá – Colombia.2006. No.5: 261-293
74. Morejón, M. (2007): “Aproximación al deber ser del sociólogo con salida al trabajo social: hacia la construcción de una imagen”, Tesis de Diploma de Pregrado, Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas, Cuba.”
75. Obregón-Torres D. Sociología: de la palabra al concepto (Una hipótesis sobre la construcción de la Sociología Colombiana). Universidad Nacional de Colombia. 1987
76. Robledo-Ruiz LJ, Beltrán Villegas MA. Balance de los cuarenta años del Departamento de Sociología de la Universidad de Antioquia. Universidad de Antioquia. 2008
77. Universidad de Caldas. [Online].; 2013 [cited 201 septiembre 2. Available from: <http://aspirantes.ucaldas.edu.co/Sociología/>
78. Colegio Oficial de Doctores y Licenciados en Sociología y Ciencias Políticas de Navarra. Conociendo los perfiles profesionales de sociología y ciencias políticas, nuevas oportunidades de empleo.[Online].; 2008 [cited 2008 junio 4. Available from: <http://cdn.Sociologíac.net/2009/06/informeperfilesprofesionales.pdf>

79. Universidad tecnológica de Perú. Introducción a la Ingeniería en Sistemas. Textos de Instrucción básicos (TINS)/UTP. <https://docplayer.es/1622376-Introduccion-a-la-ingenieria-de-sistemas.html>
80. Asociación Colombiana de Ingenieros en Sistemas. <http://www.acis.org.co/>. Colombia
81. Kotler Philip, 2005, p. 21. A Generic Concept of Marketing. Journal of Marketing, Chicago, Ill., v. 36, p.46-54, 1972
82. STANTON, William J; ETZEL, Michael ; WALKER, Bruce. Fundamentos de marketing. 13.ed. México D.F.: McGraw Hill, 2007
83. Universidad EAFIT. [Online].2017. <http://www.EAFIT.edu.co/programasacademicos/pregrados/mercadeo/acerca-del-programa/Paginas/objetivos.aspx>
84. Universidad de Manizales. [Online].2018. <http://umanizales.edu.co/Programa/mercadeo-nacional-e-internacional/>
85. Ducci A. El enfoque de competencia laboral en la perspectiva internacional, en Formación basada en competencia laboral. 1996
86. Instituto de Salud Pública. Universidad Javeriana. [Online].; 2009 [cited 2017 Agosto 21. Available from: http://www.javeriana.edu.co/cendex/GPES/publicaciones/libros/Recursos_humanos_II_ed.pdf
87. Mertens L. Competencia laboral: sistemas, surgimiento y modelos. 1996
88. Observatorio Laboral y Ocupacional Colombiano, Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA). SENA. [Online].; 2012 [cited 2017 Agosto 15. Available from: <http://observatorio.sena.edu.co/Doc/cno/cno.html>
89. Organización de Estados Iberoamericanos (OEI). Análisis ocupacional y funcional del trabajo. 2000
90. Barrera CE. Hacia un sistema colombiano de identificación, normalización, formación y certificación de competencias laborales. 2002
91. CINTERFOR/OIT y ChileValora. Guía de Apoyo para la Elaboración del Análisis Funcional. 2012

92. Andrade Cázares R. El enfoque por competencias en educación. 2008. Ide@s CONCYTEG
93. Frenk J, Chen L, Bhutta Z, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Rev Peru Med Exp Salud Publica. [Online].; 2011 [cited 2017 Agosto 15. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v28n2/a28v28n2.pdf>
94. Perrenoud P. [Online]. Available from: http://www.riic.unam.mx/01/02_Biblio/doc/29PERRENOUD-Philippe-cap3-Consecuencias-para-el-trabajo-del-profesor.pdf
95. Suárez Conejero J, Godue C, García Gutiérrez F, Magaña Valladares L, Rabionet S, Concha , et al. Rev Panam Salud Publica. [Online].; 2013 [cited 2017 Junio 17. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000700007&lng=en.
96. Munoz F, Lopez-Acuna D, Halverson P, Guerra de Macedo C, Hanna W, Larrieu M, et al. Rev Panam Salud Publica. [Online].; 2000 [cited 2017 Junio 18. Available from: www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700017&lng=pt&nrm=iso
97. Bettcher DW, Sapirie S, Goon EH. Essential public health functions: results of the international Delphi study. World Health Stat Q 1998; 51:44-54.
98. OPS/OMS. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. 2010
99. Organización Panamericana de la Salud. Capacidades en Salud Pública en América Latina y el Caribe: Evaluación y fortalecimiento. Publicación científica y técnica. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2007
100. [Online].; 2013 [cited 2017 Junio 17. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000700007&lng=en.
101. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf. [Online].; 2015 [cited 2017 Noviembre 14. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

102. Diario Oficial año CXLIII. N. 46942. Decreto 860 de 2008. [Online].; 2008 [cited 2017 Noviembre 14. Available from:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=29342>.
103. Congreso de Colombia ley 1438. Ministerio de salud y protección social. [Online].; 2011 [cited 2017 Noviembre 14. Available from:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>.
104. Ministerio de salud y de la protección social. [Online].; 2016 [cited 2017 mayo 6. Available
from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf
105. The Pan American Health Organization. DECLARACION DE ALMA-ATA. [Online].; 1978 [cited 2017 Noviembre 17. Available from:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270&lang=en
106. Franco Giraldo A. Modelos de Salud y Atención Primaria en Salud. [Online].; 2015 [cited 2017 Noviembre 14. Available from:
www.asmedasantioquia.org/ws/magazines/articulos/27-magazin-no-2/1380-modelos-de-salud-y-atencion-primaria-en-salud-aps
107. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud. [Online].; 1986 [cited 2017 Noviembre 14. Available from:
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
108. Diario Oficial Año CXLIII. N. 46.966. Decreto 1730 de 2008. [Online].; 2008 [cited 2017 Noviembre 13. Available from:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=30391>.
109. Ministerio de la protección social. Diario Oficial No. 46.902. [Online].; 2008 [cited 2017 Octubre 14 [Plan territorial de salud]. Available from: 141
https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R_MPS_0425_2008.pdf

110. Congreso de Colombia Ley 10 de 1990. [Online].; 1990 [cited 2017 Octubre 17. Available from:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%200010%20DE%201990.pdf
111. Ley 715 de 2001. Ministerio de Educación Nacional. [Online].; 2001 [cited 2017 Octubre 16. Available from: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articulos-86098_archivo_pdf.pdf
112. Rey-Gamero C, Acosta-Ramírez N. El enfoque de competencias para los equipos. Una revisión de literatura. Rev. Gerenc. Polit. Salud Bogotá (Colombia). 2013 Julio; 12(25)
113. Organización Panamericana de la Salud- OPS. Llamado a la acción de Toronto. [Online].; 2015 [cited 2018 Enero 30. Available from:
http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/OPS_desafios_toronto_2005.pdf.
114. Villa Urbano José, Nieto-M Eugenia. Correspondencia entre competencias laborales y competencias esenciales en salud pública del médico veterinario, el psicólogo y el gerente en sistemas de información en salud en los equipos de salud pública de los municipios de las subregiones nordeste y Magdalena medio, Antioquia 2017 <http://hdl.handle.net/11182/377>

Anexo 1 Consentimiento Informado

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIONES	CÓDIGO: GIN-FOR-16
		VERSIÓN: 1
		FECHA ELABORACIÓN DEL FORMATO : 04/JUN/2015



Anexo 1

GRUPO DE INVESTIGACIÓN SALUD PÚBLICA

Título de la Investigación:

Correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en salud pública de los profesionales que integran los equipos de salud pública en seis departamentos de Colombia, 2016-2018.

Manizales 1 de agosto de 2018

Yo _____, una vez informado sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo a _____, **estudiante de la Maestría en salud pública** de la Universidad Autónoma de Manizales, para la realización de los siguientes procedimientos:

1. Aplicación de encuesta de caracterización sociodemográfica
2. Aplicación de la encuesta para recoger información relacionada con las funciones propuestas por el Marco Regional de funciones Esenciales en Salud Pública.
3. Entrevista abierta semiestructurada individual
4. Grupo focal.

Adicionalmente se me informó que:

- Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.
- No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación.
- Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. El archivo del estudio se guardará en la Universidad Autónoma de Manizales bajo la responsabilidad de los investigadores.
- Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros u otras instituciones educativas. Esto también se aplica a miembros de mi familia y terceras personas.


Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

Firma

Documento de identidad _____ No. _____ de _____

Huella índice derecho:

HUELLA

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIONES	CÓDIGO: GIN-FOR-16
		VERSIÓN: 1
		FECHA ELABORACIÓN DEL FORMATO : 04/JUN/2015

HOJA 2

RESUMEN

TITULO

Correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en salud pública de los profesionales que integran los equipos de salud pública en seis departamentos de Colombia, 2016-2018.

OBJETIVO GENERAL

Identificar la correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en salud pública en los profesionales que integran los equipos de salud pública en tres departamentos de Colombia, 2016-2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar socio demográficamente los equipos de salud pública en seis departamentos de Colombia.
- Identificar las competencias laborales que tienen los profesionales que integran los equipos de salud pública en tres departamentos de Colombia.
- Describir las competencias esenciales en salud pública que tienen los profesionales que integran los equipos de salud pública en tres departamentos de Colombia.

JUSTIFICACION:

Los resultados de esta investigación serán insumos para la toma de decisiones de las autoridades sanitarias territoriales al momento de conformar los equipos de salud pública de tal manera que respondan a las características territoriales de acuerdo a las propuestas realizadas por los expertos para una mejor práctica de la salud pública.

PROCEDIMIENTOS:

Selección de los informantes.
Solicitud de consentimiento informado
Recolección de la información

RIESGOS ESPERADOS:

Disponibilidad de tiempo de los informantes para diligenciar los instrumentos. Cambios políticos en la conformación de los equipos de salud pública.

BENEFICIOS:

Información actualizada para la toma de decisiones para la gestión de la salud pública en las entidades territoriales.

Anexo 2 Cuestionario sociodemográfico



Formato N° _____

CORRESPONDENCIA ENTRE LAS COMPETENCIAS LABORALES Y LAS COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA DE LOS PROFESIONALES QUE INTEGRAN LOS EQUIPOS DE SALUD PÚBLICA EN SEIS DEPARTAMENTOS DE COLOMBIA, 2016-2018

Fecha:		Territorio:		Entidad (indicar opciones con su respectiva numeración)	
Código:		Edad:		Sexo: <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Femenino	
Escolaridad: <input type="checkbox"/> 1. Pregrado <input type="checkbox"/> 2. Especialización <input type="checkbox"/> 3. Maestría <input type="checkbox"/> 4. Doctorado	Nombre del pregrado: Nombre del postgrado:	Fecha (año) del último título obtenido:	Cargo desempeñado en la entidad:		
Tiempo de experiencia en el sector salud: (en años cumplidos)	Tipo de contrato: <input type="checkbox"/> 1. Prestación de servicios <input type="checkbox"/> 2. A término fijo <input type="checkbox"/> 3. Indefinido Duración del contrato (En meses) _____	Salario mensual actual: \$ _____	Llegó a su cargo por: <input type="checkbox"/> 1. Convocatoria <input type="checkbox"/> 2. Designación <input type="checkbox"/> 3. Recomendación		
Razones de su contratación:					
Principales funciones que desempeña en ese cargo:			Sus funciones son: <input type="checkbox"/> 1. Disciplinares <input type="checkbox"/> 2. Multidisciplinares <input type="checkbox"/> 3. Ambas		
Qué otras profesiones o disciplinas integran el equipo					

Anexo 3 Carta de solicitud de información

Manizales agosto 1 de 2018

Doctor

Director Dirección territorial de salud

Asunto: Solicitud de acceso a la base de datos de la planta de persona vinculada a Salud pública

Apreciado doctor,

El portador de esta carta es xxxxxxxxxxxx, identificado con la cc xxxxxxxxxxxx. Él es estudiante de la Maestría en Salud Pública, MSP, de la Universidad Autónoma de Manizales, UAM y está participando en un proyecto multicéntrico de investigación denominado: Correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en salud pública de los profesionales que integran los equipos de salud pública en cinco departamentos de Colombia, 2016-2018.

Para avanzar en esta investigación solicitamos su autorización para acceder a la base de datos de las personas que están vinculadas a los equipos de salud pública en el departamento de xxxxxxxx y la agenda de las reuniones de estas personas para solicitar su participación en la recolección de la información.

La información que usted nos suministre será tratada preservando la confidencialidad y el anonimato y será custodiada por la Universidad Autónoma de Manizales.

Agradezco su atención y valioso apoyo a la investigación, cuyos resultados serán socializados con quienes usted disponga.

Atentamente,

Coordinadora académica MSP, UAM