

Maestría en Educación para la Salud



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Educación y Salud de Calidad
con Sentido Social

Tesis de grado

**FORMACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN PROFESIONALES DE
MEDICINA, EGRESADOS DE UNA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA EN
BOGOTÁ**

**JOSE ISRAEL GUZMÁN CORTÉS
JENNY PAOLA SALAMANCA PRECIADO**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS
ESCUELA DE EDUCACIÓN Y CIENCIAS SOCIALES
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD
BOGOTÁ**

2021

**FORMACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN PROFESIONALES DE
MEDICINA, EGRESADOS DE UNA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA EN
BOGOTÁ**

**JOSE ISRAEL GUZMÁN CORTÉS
JENNY PAOLA SALAMANCA PRECIADO**

Tesis de grado

Asesora

DOCTORA LORENA MARTÍNEZ DELGADO

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS
ESCUELA DE EDUCACIÓN Y CIENCIAS SOCIALES
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD
BOGOTÁ**

2021

Tabla de contenido

Lista de tablas y figuras	4
Dedicatoria y agradecimientos	5
Resumen	6
Palabras clave	7
Introducción.....	7
Justificación.....	9
Planteamiento del problema	10
Pregunta de investigación.....	12
Objetivo general	12
Objetivos específicos.....	12
Estado del arte	13
Antecedentes.....	34
Marco teórico.....	36
Marco conceptual	56
Marco legal.....	71
Metodología.....	83
Tipo de estudio	83
Búsqueda bibliográfica.....	84
Población y Muestra:	85
Técnica de recolección:	85
Instrumento.....	85
Consideraciones éticas.....	86
Presentación y discusión de resultados.....	91
Conclusiones.....	97
Recomendaciones	99
Bibliografía.....	99

Lista de tablas y figuras

Tabla 1: Competencias esenciales de los equipos de atención primaria de salud. (Nebot, 2009)

Tabla 2: Categorización de la información recolectada.

Dedicatoria y agradecimientos

A nuestras familias, por apoyarnos en el desarrollo de esta nueva etapa de formación académica.

A la Dra. Lorena Martínez Delgado, por toda la paciencia, la orientación, el apoyo y la tutoría que hizo realidad esta investigación.

A la nueva Escuela de Educación y Ciencias Sociales, en cabeza de la Dra. Martha Osorio, quien nos abrió las puertas para ser parte de la primera cohorte de la Maestría en Educación para la Salud.

Al Dr. Juan Carlos González, quien nos introdujo en el mundo de la Atención Primaria en Salud y nos dio la motivación para cumplir esta meta.

A la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, a sus directivas y en general a toda la comunidad Corpista, por todo el apoyo recibido desde que empezamos a ser miembros de esta familia.

Resumen

La Atención Primaria en Salud (APS) es una estrategia destinada a mejorar el grado de salud de las poblaciones adoptando una visión holística de la salud; esta visión va más allá del modelo biológico, el cual solo reconoce las causas básicas de la enfermedad desconociendo el estado psicosocial de las personas.

En Colombia, según la Ley 1438/2011, la APS es la estrategia clave de coordinación intersectorial que permite una atención integral e integrada con el fin de garantizar un mayor nivel de bienestar de la población. A pesar de esta visión, se evidencia que, en los procesos de formación médica, existe una desarticulación entre la teoría y la práctica, que está determinada por algunas problemáticas identificadas sobre los procesos de enseñanza-aprendizaje.

Yepes (2005), plantea que existe una equiparación errada de la APS con medicina exclusiva de prevención y promoción, contribuyendo al estigma de “medicina pobre para pobres” en el colectivo médico. Por otro lado, Pedraza (2004) evidencia que existe un claro déficit educativo en la formación médica de pregrado, predominando los elementos asistenciales sobre los contenidos científicos; esto sumado a la falta de formación del profesorado en APS, ha llevado a que el desarrollo científico de la APS no sea apreciado en la academia. En este contexto esta investigación tuvo como objetivo: Describir las percepciones de los egresados del programa de Medicina en cuanto a su formación en Atención Primaria en Salud.

Metodología. Para la revisión bibliográfica se realizó una búsqueda de la literatura, en bases de datos como PubMed, Scielo, Redalyc, Lilacs y ClinicalKey, entre otras; se buscaron términos relacionados con atención primaria en salud, educación médica, formación médica, estudiantes de medicina, entre otros. Investigación cualitativa, interpretativa y hermenéutica, que utilizó como técnica de recolección de la información la entrevista semiestructurada, validada por expertos, previa prueba piloto y diligenciamiento del consentimiento informado. Esta Investigación tuvo en cuenta todas las consideraciones éticas para la investigación en sujetos humanos como son: el informe Belmont, la declaración de Helsinki, la Resolución 8430 y los principios de la bioética.

Resultados. Participaron 32 egresados, dentro de la información recolectada se destacan los desarrollos de temáticas propias de la APS, como lo es la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Destacan los escenarios de práctica dentro de la comunidad, a pesar de esto, las respuestas de los participantes permitieron evidenciar la persistente brecha entre la teoría y la práctica.

Conclusiones. Es importante, durante la formación en APS, que el estudiante tenga claridad en los conceptos y actividades propias de la estrategia, lo que permitirá al egresado reconocer los alcances de la APS, y su utilidad en la prestación de servicios de salud.

Palabras clave

Atención primaria en salud, Educación Médica, Medicina preventiva, Medicina Comunitaria, Promoción de la salud, Percepción, Formación.

Introducción

En el año 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS) llevó a cabo en Alma Ata la conferencia sobre atención primaria en salud y la definió como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integral tanto del sistema de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (Organización Mundial de la Salud, 1978a).

Desde ese momento, la APS se estableció como un conjunto de valores, principios y enfoques destinados a mejorar el grado de salud de las poblaciones desfavorecidas, ofreciendo una manera de mejorar la equidad en el acceso a la atención de salud y la

eficiencia en la manera en que se usan los recursos (Organización Mundial de la Salud., 2008).

En Colombia, la estrategia no ha pasado desapercibida, para el Ministerio de Salud y Protección social, según la Ley 1438 de 2011, la APS:

Es una estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (2011a, p. 7).

Desde su origen, la estrategia establece que es necesario formar profesionales de la salud multidisciplinarios que puedan dar respuesta a las necesidades de la comunidad; para esto es necesario que el profesional en formación pueda integrar los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas.

Más recientemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la APS requiere equipos de profesionales multidisciplinarios del área de la salud que cuenten con aptitudes sociales y conocimientos biomédicos concretos e integrales (Organización Mundial de la Salud., 2008).

En la revisión bibliográfica al respecto, se ha encontrado que en las problemáticas relacionadas con la formación de talento humano en APS, existe una desarticulación entre los conceptos teóricos y las habilidades prácticas del profesional (Borrell Bentz, Organización Mundial de la Salud, & Organización Panamericana de la Salud, 2010; Pérez, Pérez, Labrador, & Castro, 2011).

Con esto en mente, es necesario que las instituciones de educación superior se comprometan con formar a los profesionales en medicina con los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas propios de la APS.

Por esta razón, se busca identificar las percepciones en los egresados del programa de medicina en cuanto a la formación en Atención Primaria en Salud.

Justificación

La APS es a nivel mundial considerada como el eje central del sistema de salud, liderada por médicos generales, los participantes en el mismo deben contar con las herramientas y conocimiento necesario para realizar adecuadas prácticas médicas (Organización Mundial de la Salud., 2008).

En el año 2005, se llevó a cabo el 46° Consejo Directivo de la OMS y OPS, allí en la declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la APS, se estableció la imperiosa necesidad de definir cuáles debían ser las características del recurso humano en salud para la implementación de sistemas de salud basados en APS, en las que se requieren equipos multidisciplinarios, en los que los profesionales estén capacitados para ofrecer atención integral a lo largo del tiempo, con conocimientos y habilidades en actividades preventivas y de promoción de la salud (Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud, 2005).

Por lo anterior, se requiere desde las Instituciones de Educación Superior formadoras de futuros profesionales en el área de la medicina, proporcionar a los estudiantes estrategias didácticas que permitan un aprendizaje que favorezca la integración teoría - práctica, de tal manera que el futuro profesional sea competente en APS y cuente con las herramientas necesarias, para liderar los equipos de salud.

La formación de los profesionales del área de la salud debe estar orientada hacia la APS; como se describió previamente, existe un consenso a nivel mundial sobre la importancia que tiene el modificar y adaptar los currículos en las escuelas de medicina para contar con profesionales altamente resolutivos, con la sensibilidad y responsabilidad social, y ética necesaria para dar respuesta a las necesidades en salud de la población.

Los actuales programas de medicina, tienen un alto porcentaje de formación en medios hospitalarios en donde es episódica y proporciona un aprendizaje, seleccionado no representativo de los problemas de salud más frecuentes y relevantes del ámbito individual.

La estrategia de la APS según Nebot (2009):

Contempla la capacitación de los recursos humanos como uno de los pilares esenciales para su desarrollo, considerándose prioritario el fortalecimiento de las competencias de aquellos profesionales que lideran el proceso de transformación (pág. 180).

La descripción de estos factores, permitirá identificar si los egresados pudieron comprender los conceptos básicos de la APS durante su formación y si estos conceptos son usados en su práctica diaria, además de conocer sus fortalezas y debilidades en los temas específicos de APS.

Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud, junto con los países miembros de esta organización, ha buscado desde hace más de tres décadas ofrecer lineamientos claros para que los sistemas de salud del mundo sean eficientes. Sin embargo, la mayoría de los sistemas de salud, incluso en los países desarrollados, no han alcanzado los objetivos planteados en Alma Ata.

Mucho se ha descrito desde diferentes perspectivas que pretenden explicar por qué no se ha podido implementar de manera real lo que se encuentra tan bien descrito en los lineamientos; al respecto, Giraldo & Vélez describen:

Diversos estudios reportan que, para alcanzar sistemas de salud basados en la APS, se deben superar barreras como la segmentación de los sectores público y privado, la falta de sostenibilidad financiera, la reducción de las desigualdades en salud, la visión fragmentada de los conceptos de salud y desarrollo, las reformas de salud que han dividido a la población, la participación comunitaria limitada, la escasa continuidad de las políticas de salud, la rectoría y el liderazgo estatal débil, los recursos humanos insuficientes en número y capacitación, la falta de capacidad resolutoria, de coparticipación y corresponsabilidad de los integrantes del equipo, la ausencia de evaluación de los resultados de la estrategia y la falta de flexibilización en la gestión que permitan la adaptación a cada realidad y contribuyan a la mejora de la coordinación entre los distintos recursos y niveles asistenciales (Giraldo & Vélez, 2013, p. 386).

Por otra parte, se han descrito diversas problemáticas desde la formación médica en APS, como lo es la visión biologicista y limitada del proceso salud – enfermedad, así como

la orientación académica y laboral hacia la especialidad, pero particularmente la desarticulación entre la teoría y la práctica, que no permite que el profesional desarrolle todas las habilidades y conocimientos necesarios que le permita comprender y ser parte activa de la estrategia (Borrell Bentz et al., 2010).

Colombia, siguiendo las recomendaciones a nivel mundial, en el año 2016 a través de sus ministerios de Salud y Educación, creó la Comisión para la transformación de la educación médica. En el análisis del contexto que realizó la Comisión, está descrito que en la actualidad los médicos generales entran al mercado laboral con limitaciones en su desempeño, con falta de seguridad frente al manejo de los pacientes, con conocimientos precarios en temas de salud pública, y con marcadas dificultades para la comunicación y para el trabajo en equipo; en resumen, médicos recién egresados con francas carencias en este tipo de competencias que son claves para la APS (Comisión para la transformación de la educación médica en Colombia (Org.), 2016, p. 5).

Por su parte, Pedraza (2004), evidencia que existe un claro déficit educativo en la formación médica de pregrado ya que predominan los elementos asistenciales sobre los contenidos científicos, pues hay una inexistencia de un área de conocimiento oficialmente reconocida en el ámbito académico; esto sumado a la falta de formación del profesorado en APS, ha llevado a que el desarrollo científico de la APS no sea apreciado en la academia:

La presencia de contenidos de atención primaria en salud en el currículo de medicina constituye una condición necesaria pero no suficiente para asegurar, primero, una formación pre-graduada de calidad y, en segundo lugar, promover el desarrollo de la investigación en ella (pág. 319).

Por lo tanto, la APS debería ser un componente claro de la formación de profesionales de la salud alrededor del mundo; sin embargo, muchos de los programas de pregrado en el área de la salud continúan perpetuando una noción problemática al enfocarse en tres puntos básicos: el individuo, su enfermedad, y la atención cada vez más especializada en ámbitos principalmente intrahospitalarios (Zurro, Cano Pérez, & Gené-Badia, 2014).

Teniendo en cuenta los lineamientos ofrecidos por organismos multilaterales en salud desde Alma Ata e incluso previos a esta, es contradictorio que se continúe la formación profesional sanitaria mayoritariamente bajo el modelo biomédico; esta contradicción debe

resolverse mediante reformas profundas a los planes de estudio de las facultades y escuelas de Medicina, para que contemplen la incorporación de la APS como un elemento que ha de impregnar los objetivos y el contenido del currículo formativo (Pupo Ávila, Hernández Gómez, & Presno Labrador, 2017).

Estas problemáticas relacionadas precisamente con la formación profesional en medicina, han generado una concepción errada de la APS, en la que muchos la identifican como atención exclusiva de primer nivel de atención o de primer nivel de complejidad, o como acciones sólo de prevención y promoción, lo que ha hecho que en el colectivo médico la APS sea identificada y asumida como “medicina pobre para pobres”(Yepes Delgado, 2005).

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las percepciones de los egresados de un programa de medicina de una Fundación Universitaria en Bogotá, frente a la formación en Atención Primaria en Salud?

Objetivo general

Describir las percepciones de los egresados de un programa de Medicina de una Fundación Universitaria en Bogotá frente a la formación en Atención Primaria en Salud.

Objetivos específicos

- Describir las percepciones de los egresados en cuanto a los contenidos y prácticas desarrolladas en Atención Primaria en Salud durante su proceso de formación
- Identificar las percepciones de los egresados frente a la utilidad de la atención primaria en salud en su quehacer diario profesional.

Estado del arte

La enseñanza de la Atención Primaria en Salud (APS), es un componente importante en los procesos de formación de estudiantes de Medicina a nivel mundial y un eje central en los Sistemas de Salud, dadas las condiciones de vida en los diferentes grupos poblacionales y la forma en que se organiza la atención en Salud en los diferentes países.

Por tanto, el currículo y de forma más explícita el modelo pedagógico, deben estar acordes con una propuesta de formación de profesionales en Medicina que desde la responsabilidad y el compromiso social permita abordar y dar respuesta a las necesidades de la población y desde los procesos de formación articule los contenidos teóricos desarrollados en el aula con los objetivos y actividades propuestos en las prácticas formativas.

Este trabajo de Investigación denominado “Formación en Atención Primaria en Salud en estudiantes de Medicina” se inscribe en la línea de Didácticas en saberes y disciplinas del Grupo Cibeles de la Escuela de Educación y Ciencias Sociales de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas y acorde a los propósitos de la Línea pretende fortalecer el proceso de formación de los futuros profesionales en su articulación teórico-práctica.

Es así que, para dar contexto a este propósito investigativo, este artículo presenta un recorrido histórico de lo que fue, ha sido y es la Atención Primaria en Salud.

La Atención Primaria en Salud (APS), su concepción y desarrollo se han convertido en un hito histórico a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud, desde su concepción como parte de las Naciones Unidas en 1948, ha desempeñado un liderazgo en salud a nivel global, se ha encargado de configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales (United Nations, 2020).

En 1978, el mundo conoció por primera vez de la mano de la OMS la Atención Primaria en Salud a través de la declaración de Alma-Ata, como una estrategia novedosa y científica para alcanzar el objetivo de mejorar la salud de las poblaciones y se establecieron las bases para brindar a los países tanto desarrollados como en vía de desarrollo, los lineamientos para ofrecer a sus poblaciones la atención en salud necesaria que respondiera a sus

necesidades y que tuviera en cuenta los recursos disponibles, tanto económicos, sociales, como humanos y profesionales.

A finales de los años 60 y principios de los 70, el mundo aún enfrentaba las consecuencias de la guerra fría, que dejaba a Estados Unidos y a la Unión Soviética en una crisis por su respectivo posicionamiento global; en este contexto político, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se enfocaba principalmente en el manejo de las enfermedades transmisibles, por lo que prevalecía el llamado “enfoque de salud vertical”, centrado en una sola enfermedad, (Estados Unidos en busca de erradicar la malaria y la Unión Soviética, la viruela) (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Varias críticas hacia ese enfoque de salud vertical surgieron, y con estas, también nuevas propuestas, como aquellas sugeridas en el libro de John Bryant “Health and the Developing World” (Salud y el mundo en desarrollo), libro que se convertiría en un punto de referencia en el campo de la salud internacional. En este, Bryant cuestionó los sistemas de salud limitados a la atención hospitalaria, y la falta del enfoque de prevención en salud, en países en desarrollo. Según Bryant, “Un gran número de personas en el mundo, quizás más de la mitad, no tienen acceso a atención en salud, y para muchos, la atención que reciben no responde a los problemas que tienen... Las necesidades en salud más graves no se pueden manejar con profesionales de salud con pistolas de pulverización y jeringas de vacunación” (Cueto, 2004).

Para finales de los años 60, la OMS publicó un documento que esbozaba los principios básicos para el desarrollo de servicios de salud; este, hacía un llamado a organizar de manera jerárquica las diferentes Instituciones de Salud, atendidas por un rango de profesionales en diversas ramas de la Salud Pública. El entonces director general de la OMS, Marcolino Candau, resaltó la importancia de la efectividad de las actividades planeadas por la organización, así como la necesidad de modelos de salud integrales con enfoque preventivo. (Litsios, 2004). Para ese momento, entró en escena la Comisión Médica Cristiana (CMC), una organización que buscaba ofrecer algunos lineamientos para aquello que deberían hacer los diferentes países con el fin de mejorar sus servicios de salud.

Esta Comisión, se estableció en 1968 como una ayuda al Consulado Mundial de Iglesias entorno a los programas médicos en países en vía de desarrollo. Su concepción surgió

debido a que la asistencia en salud que prestaban las iglesias se había concentrado en servicios de hospitalización, y que por lo tanto tenían un impacto limitado sobre las necesidades en salud de las personas, pues cerca del 95% de las actividades de la iglesia eran de tipo “curativo”, cuando aquellos pacientes estaban hospitalizados por condiciones y patologías que eran prevenibles (Litsios, 2004).

La comisión apoyó el rol que los cristianos debían tener en la lucha contra la inequidad, por lo que, desde su creación, se dio prioridad a lo que se llamó atención en salud íntegra (comprehensive health care), lo que significaba un esfuerzo planeado para ofrecer atención médica y de salud, intentando responder a un mayor número de necesidades en salud de la comunidad solo con los recursos disponibles, y siguiendo prioridades establecidas.

Dentro de la variedad de experiencias basadas en la comunidad que tuvo la Comisión, se destacaron varios esfuerzos que dieron paso a lo que más adelante se entenderían como los determinantes sociales de la salud, dentro del concepto de atención primaria. (Christian Medical Commission, 1970). Pero es importante resaltar que, así como la Comisión de Cristianos, también jugó un papel fundamental en la gestación de la APS los servicios médicos rurales de China, los llamados “doctores descalzos”, estos servicios ganaron popularidad gracias a la inclusión en ese momento de la China Comunista en el Sistema de las Naciones Unidas, lo que incluye a la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Cueto, 2004).

Mientras todas estas acciones y asistencias comunitarias se gestaban, Kenneth W. Newell, miembro de la OMS desde 1967, recolectó experiencias similares de trabajo con la comunidad en el libro *Health by the People* (La Salud por el Pueblo), en el que resaltaba la importancia de los programas de salud integrales, y en que los recursos disponibles para la comunidad, deben estar en equilibrio con los recursos disponibles para la atención en salud, lo que demostraba como, en países en desarrollo varias de las experiencias recolectadas podían ser exitosas en circunstancias económicamente precarias.

Para 1972, Kenneth Newell, presidió junto con la UNICEF el Comité en Políticas de Salud, donde se evaluaron los servicios básicos de salud existentes, dando origen a la división para el Fortalecimiento de los Servicios de Salud (Litsios, 2002). Mientras todo esto sucedía en Europa, en Canadá se preparaba el Reporte de Lalonde (Lalonde, 1974),

documento donde el concepto de Promoción de la Salud cobra importancia , junto con la propuesta de los determinantes de la salud.

Para 1973, el doctor Halfdan T. Mahler de Dinamarca, llegó a la dirección general de la OMS, y fue reelegido hasta 1988. Bajo su dirección la OMS publicó el Estudio Orgánico sobre Métodos para Promover el Desarrollo de los Servicios Básicos de Salud (Organización Mundial de la Salud, 1973), documento que se convertiría en la base de una nueva colaboración entre la OMS y UNICEF, con Mahler trabajando junto con Henry Labouisse, director ejecutivo de UNICEF en el momento, y quien tenía sus propias experiencias de trabajo con la comunidad y de educación en salud.

Ese trabajo en conjunto, se vio materializado en el documento Enfoques alternativos para satisfacer las necesidades básicas de salud en los países en desarrollo, documento que en sus conclusiones resalta:

En el primer apartado de este reporte, algunos aspectos de lo que podrían considerarse servicios de salud convencionales, fueron señalados como elementos de falla en los sistemas actuales de salud para cumplir con las necesidades básicas en salud en países en desarrollo... ..este estudio puede considerarse lo suficientemente preciso y completo como para servir de base a diversas conclusiones generales, siendo la más importante que, a pesar de los inmensos problemas y las abrumadoras situaciones económicas, es posible, utilizando los recursos disponibles, satisfacer determinadas necesidades básicas de salud de las poblaciones de los países en desarrollo, logrando una mejor cobertura sanitaria y así mejorar los niveles de salud (UNICEF & Organización Mundial de la Salud, 1975).

Este documento fue objeto de discusión en la 28ª asamblea Mundial de la Salud, en la que se declaró que la construcción de programas nacionales de Atención Primaria era una prioridad urgente. Fue en esta asamblea, en la que Mahler propuso por primera vez la meta de Salud Para Todos para el Año 2000, lo que se convirtió en una consigna integral para la APS. Allí Mahler declaró: “Se han producido muchas evoluciones y revoluciones sociales porque las estructuras sociales se estaban desmoronando. Hay indicios de que las estructuras científicas y técnicas de la salud pública también se están desmoronando”(Cueto, 2004).

La referencia al año 2000 que Mahler usó, significaba para él que, a partir de esa fecha, todos los países del mundo habrían desarrollado las estrategias políticas adecuadas y estarían ejecutando medidas concretas para el logro de este objetivo social, aunque en diferentes plazos (Tejada de Rivero, 2003).

Según el propio Mahler:

El objetivo no era erradicar todas las enfermedades y dolencias para el año 2000; sabíamos que eso habría sido/sería imposible. Nuestro objetivo era centrar la atención del mundo en las desigualdades sanitarias y tratar de alcanzar un nivel aceptable de salud, distribuido equitativamente en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Como parte de ese objetivo, y a pesar de las dificultades, hubo experiencias exitosas, por ejemplo, múltiples países participaron creando el Plan Ampliado de Inmunización (PAI), para reducir la mortalidad causada por enfermedades prevenibles mediante la vacunación (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Tras la propuesta por parte de la Unión Soviética de ser anfitriones de la próxima conferencia internacional, en 1976 la junta ejecutiva acuerda llevar a cabo la Conferencia Internacional en Atención Primaria en Salud en la ciudad de Alma-Ata.

El evento histórico para la Atención Primaria en Salud fue la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud que tuvo lugar en Alma-Ata del 6 al 12 de septiembre de 1978, la cual contó con la participación de más de 3000 delegados de 134 gobiernos y 67 de organizaciones multilaterales / ONG. Alma-Ata fue la capital de la República Soviética de Kazajstán, ubicada en la región asiática de la Unión Soviética. Según uno de sus organizadores, el encuentro trascendería la “procedencia de un grupo de agencias de salud” y “ejercería presión moral” para la Atención Primaria en Salud (Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud, 2012).

La Declaración de Alma-Ata que surgió de esta conferencia, expresando la necesidad de una acción urgente por parte de la comunidad mundial, establece que:

La salud, que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad; es un derecho humano fundamental y que la consecución del nivel

de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario (Organización Mundial de la Salud, 1978b).

El recorrido del desarrollo conceptual acerca del término *Salud* fue fundamental para la declaración de Alma-Ata; para 1946 la constitución de la OMS incorporaba parcialmente la definición de salud de la declaración, propuesta inicialmente por el croata pionero de la salud pública Andrija Stampar. Ya en Alma-Ata se agregó a la definición la concepción de la salud como un derecho humano fundamental, y que alcanzar el mayor nivel de salud es la meta más importante, y que necesita de la acción conjunta de varios sectores sociales y económicos que apoyen al sector salud (Tejada de Rivero, 2003).

Adicionalmente en la declaración se delimitó un conjunto de principios con miras de proteger y promover la salud de todas las personas articulando la atención primaria en salud como el principio rector de un sistema de salud integral.

Desde Alma-Ata, han sido muchos los esfuerzos que se han realizado a nivel mundial para brindar esa respuesta a las necesidades básicas sanitarias en las que la APS ha sido esencial.

Tras el gran impacto que tuvo la APS en las décadas de los 1970 y 1980, se creía que el objetivo de Salud para Todos en el Año 2000 era alcanzable, pues la situación de la salud mundial había mejorado notablemente, lo que traía consigo un optimismo tras disminuir las tasas de enfermedades mortales infantiles.

Por ejemplo, en Latinoamérica, durante los 80, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) llamó a la acción frente a diversas problemáticas en salud. En 1981, se empezaron a conocer los primeros casos de SIDA en la región de las Américas, lo que llevó a la OPS, a alertar al resto del mundo sobre la propagación de esta epidemia; de igual manera, en el contexto del Decenio Internacional de Abastecimiento de Agua Potable, la OPS recalcó la necesidad de mejorar la calidad del suministro de agua en la región; y en su momento también lanzó una iniciativa para vacunar a gestantes y niños en un alto al fuego en el conflicto de El Salvador (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Como respuesta a los llamados de la OPS frente a situaciones similares a las mencionadas, en 1986, se llevó a cabo la 22ª Conferencia Sanitaria Panamericana, allí se

hizo énfasis en centrar la cooperación técnica presupuestal en salud, por áreas prioritarias, principalmente en el desarrollo de la infraestructura básica necesaria para ofrecer servicios bajo la Atención Primaria en Salud, y la identificación de grupos poblacionales vulnerables (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Para los 90, se aprueba la Declaración de Caracas con el objetivo de reestructurar la atención psiquiátrica en América Latina dentro de los sistemas de salud locales y se centra en las redes comunitarias y Sociales, lo que refleja un claro enfoque de las herramientas de atención primaria.

Pero a nivel mundial, los años 90 trajeron consigo un escenario menos alentador, con recesiones económicas y disputas políticas alrededor del mundo, lo que significó para muchos países en desarrollo un retroceso en salud. Parte de esto se explica por la necesidad de infraestructuras de salud sostenibles, que requerían disminuir la brecha social y las inequidades en salud entre ricos y pobres (Ebrahim, 2001).

Por lo anterior, se observó que era necesario una re-organización de los objetivos en salud para la APS en el siglo 21, Ebrahim J.G. los describe como:

- Mejoras en los índices y resultados en salud.
- Mejor supervivencia medida por la expectativa de vida, mortalidad materno-infantil
- Servicios de salud equitativos
- Reversión de las tendencias mundiales de 5 grandes pandemias (malaria, tuberculosis, VIH/SIDA, Enfermedades relacionadas con el cigarrillo, violencia y trauma)
- Erradicación y eliminación de ciertas enfermedades específicas (Lepra y Enfermedad de Chagas, Sarampión, Filariasis, Tracoma, Deficiencia de Vitamina A y Yodo para el año 2020)
- Abordar los determinantes sociales de la salud
- Mejorar el acceso al agua potable, saneamiento, alimentación y vivienda
- Promover estilos de vida saludables
- Fomentar el desarrollo de Sistemas de Salud Sostenibles

- Promover políticas de apoyo similares al de Salud para Todos, así como su acción mediante una buena gestión, un marco institucional y legal.
- Mejorar el acceso a la atención en salud integral, de buena calidad basada en funciones esenciales de salud pública durante todos los ciclos vitales.
- Sistemas de Alertas en Salud apropiados a nivel local y nacional.
- Investigar las políticas y los mecanismos institucionales a nivel global, regional y nacional (Ebrahim, 2001).

A pesar de ser un concepto amplio y a su vez cambiante en el tiempo, la APS sí dejó experiencias exitosas durante la década, como lo fue el hecho de que para el año 1994 la región de las Américas certificara la erradicación de la Poliomiélitis, igualmente para el año 1995 se confirmó la eliminación de la ceguera por oncocercosis en la región. También es de resaltar que la expectativa de vida llegó a los 75.6 años, se afianzó el compromiso con los objetivos del nuevo milenio de Naciones Unidas, se formó la Coalición Interamericana para la prevención de violencia, promoviendo un ambiente de solidaridad, tolerancia y respeto por los derechos de los demás (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

En Colombia, durante los años 90 se inicia la reglamentación y puesta en marcha del nuevo sistema de seguridad social y dentro de este, el nuevo modelo de aseguramiento en salud, con la Ley 100 de 1993, la cual intenta inicialmente dar respuesta a uno de los objetivos de la APS, brindar una mayor cobertura en salud a la población, y ofrecer atención en salud integral. Dicha Ley en sus artículos 152 y 154 establece respectivamente:

ARTICULO 152. Objeto. Los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención...

ARTICULO 154. Intervención del Estado... ...Con el fin de lograr la ampliación progresiva de la cobertura de la Seguridad Social en Salud permitiendo progresivamente el acceso a los servicios de educación, información y fomento de la salud y a los de protección y recuperación de la salud a los habitantes del país (Congreso de la Republica de Colombia, 1993).

Esta ley, es el primer paso que da Colombia hacia un sistema de salud enfocado en la Atención Primaria en Salud.

Para el año 2003, El Dr. Tejada, en su documento describe lo que para él en su momento fue la nueva era para la APS:

Las condiciones que llevaron al objetivo social y político de “Salud para todos” y a la estrategia de APS aún existen, y son, de hecho, aún más pronunciadas. Siguen existiendo enormes inequidades e injusticias sociales que dejan a grandes segmentos de la población sin atención integral de salud. La pobreza va en aumento y los pocos recursos de que disponen las sociedades para la educación y la salud se invierten y gastan en su mayoría de manera equivocada e injusta. La confusión entre salud y tratamiento médico curativo que se centra en unas pocas enfermedades inexplicablemente aún prevalece. Los sistemas de salud no se han descentralizado de manera eficaz y tanto la “participación ciudadana” como el “control social” en salud siguen siendo conceptos distorsionados. En el mundo unipolar globalizado de hoy, donde la soberanía nacional está cada vez más amenazada, una de las pocas formas en las que los países aún pueden controlar su propio destino es mediante el desarrollo de democracias genuinas, descentralizadas y participativas. Hoy en día es imprescindible trasladar, o, mejor dicho, devolver el poder político para la toma de decisiones sociales a su punto de origen, es decir, la ciudadanía. La atención integral de la salud por todos y para todos, es quizás la mejor manera de expresar el llamado de Alma-Ata a una genuina atención primaria de salud, es una necesidad no solo para la salud sino también para el futuro de los países que aspiran a seguir siendo estados nacionales soberanos en mundo cada vez más injusto (Tejada de Rivero, 2003).

En este panorama, y en el contexto de la APS para el año 2005, se llevó a cabo una reunión en Montevideo, con más de 100 participantes de 30 países de la región, y de diversas organizaciones, donde se discutió lo que se llamó “La Renovación de la APS en las Américas”, documento publicado como la declaración de Montevideo por la Organización Panamericana de la Salud. En este documento una vez más se afianza el compromiso de todos los Gobiernos de las Américas para renovar la APS, entendida como la base de los Sistemas de Salud de la región, como lo afirmaron en el año 2007 Macinko, Montenegro, Nebot Adlle, & Etienne:

Los resultados científicos demuestran que la APS es un componente clave para alcanzar la efectividad de los sistemas de salud y puede adaptarse a los diversos contextos sociales, culturales y económicos de los diferentes países. El nuevo contexto mundial hace que cambien las necesidades en salud de la población, por lo que es necesario adaptar los servicios y sistemas de salud para que puedan dar una respuesta adecuada a esas nuevas necesidades (Macinko, Montenegro, Nebot Adell, & Etienne, 2007).

En el documento mencionado, Macinko y colaboradores, de la mano con el grupo de Trabajo de APS de la Organización Panamericana de la Salud, se proponen una serie de lo que ellos denominan como líneas estratégicas esenciales con el fin de que estas sean aceptadas y adoptadas por los sistemas de salud basados en APS, que se rigen por los principios propios de la estrategia como la equidad, la solidaridad y el derecho a disfrutar y mantener el grado máximo de salud posible. Esta propuesta pretende fortalecer aquellos sistemas de salud que están haciendo los cambios necesarios para hacer la transición hacia sistemas basados en APS.

La Atención Primaria en Salud se ha enfrentado cada año, cada década, con nuevos desafíos, como la falta de equidad, las dificultades de acceso a los servicios de salud por ausencia de cobertura universal, entre otros; pero existe una dificultad marcada al dotar a los sistemas de salud con talento humano capacitado, en número suficiente y con las habilidades necesarias para implementar la estrategia (Giraldo & Vélez, 2013).

En el año 2008, la OMS bajo la dirección de la Dra. Margaret Chan, publica el Informe Mundial de Salud: Reformas Basadas en Atención Primaria en Salud “Ahora mas necesaria que nunca”; en este se menciona que las reformas planteadas no son más que un subconjunto de las reformas propias de la APS, pero que se han quedado cortas en los alcances de la estrategia. Adicional a esto, mencionan que la APS ha tenido una simplificación excesiva de lo que es realmente la APS comparada con la atención en salud convencional. Al respecto se describe que:

La atención primaria se ha definido, descrito y estudiado ampliamente en los contextos en que se dispone de recursos suficientes, a menudo en relación con especialistas en medicina de familia o medicina general. Los programas correspondientes a esas descripciones son mucho más ambiciosos que los planes inaceptablemente restrictivos y

desalentadores para la atención primaria que se han propuesto a los países de ingresos bajos:

- La atención primaria es un ámbito al que las personas pueden llevar toda una serie de problemas de salud; es inaceptable que en los países de ingresos bajos la atención primaria sólo se ocupe de unas cuantas «enfermedades prioritarias»;
- La atención primaria es una base desde la que se guía a los pacientes por todo el sistema de salud; es inaceptable que en los países de ingresos bajos la atención primaria se reduzca a un simple puesto sanitario o a un agente de salud comunitario aislado;
- La atención primaria facilita las relaciones entre pacientes y médicos, y los pacientes participan en la adopción de decisiones sobre su salud y atención sanitaria; además, crea vínculos entre la atención de salud individual y las familias y comunidades de los pacientes; es inaceptable que en los países de ingresos bajos la atención de salud se reduzca a un canal unidireccional de prestación de servicios para intervenciones de salud prioritarias;
- La atención primaria abre oportunidades a la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, así como a la detección temprana de enfermedades; es inaceptable que en los países de ingresos bajos la atención primaria sirva sólo para tratar dolencias comunes;
- La atención primaria requiere equipos de profesionales sanitarios: médicos, personal de enfermería y personal auxiliar con aptitudes sociales y conocimientos biomédicos concretos y especializados; es inaceptable que en los países de ingresos bajos la atención primaria sea sinónimo de atención prestada por personal no profesional con escasos conocimientos técnicos a los pobres de zonas rurales que no pueden permitirse nada mejor;
- La atención primaria requiere inversiones y recursos suficientes, pero se revela luego como una buena inversión en comparación con las demás opciones disponibles; es inaceptable que en los países de ingresos bajos la atención primaria se tenga que financiar con pagos directos, partiendo del supuesto equivocado de que es barata y los pobres deben poder permitírsela (Organización Mundial de la Salud., 2008).

Desde el año 2010, la expectativa de vida supera los 77 años, Belice, Bolivia, Ecuador, El Salvador, Paraguay y Uruguay avanzan con reformas de sus sistemas de salud basados en la APS. Se aprueba la Estrategia para el desarrollo de las competencias del personal de salud, en los Sistemas de Salud basados en la APS (Organización Mundial de la Salud, 2007).

En Colombia, en el año 2011, con la Ley 1438 se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se dictan otras disposiciones y adopta la definición de la APS como:

La estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema de Salud. Hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud. Constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana (Congreso de la República de Colombia, 2011b).

En el año 2015, Cuba hace historia por ser el primer país del mundo en eliminar la transmisión de HIV y sífilis de madre a hijo, certificada por la OMS. En el 2016 La Región de las Américas se declara libre de sarampión (Organización Mundial de la Salud, 2007).

Un par de años después, en el 2017, se realiza el Foro “Salud Universal en el Siglo XXI” en donde:

El objetivo de la Comisión fue elaborar recomendaciones para la directora de OPS que permitieran hacer efectivo el derecho a la salud de las personas, entendido como un derecho humano fundamental, a partir del análisis de los avances y los desafíos que tienen los sistemas de salud en la Región de las Américas. El presente documento refleja el posicionamiento de la Comisión en torno a la Atención Primaria en Salud (APS) y la búsqueda de soluciones para hacer efectivo el derecho a la salud, además del enfoque

utilizado para orientar el debate, el análisis y las recomendaciones sobre cómo garantizar este derecho (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Para Colombia, en el año 2015, se promulgó la Ley Estatutaria en Salud, la cual reafirma la salud como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y lo colectivo. En esta Ley, se establecen algunas regulaciones basadas en los lineamientos de la APS, en esta se lee:

ARTICULO 5. Obligaciones del Estado. El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá...
...Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema; Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales... ...f) Velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población; g) Realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo del ciclo de vida de las personas... ...Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población...(Congreso de la República, 2015).

Posterior a esto en el año 2016, nace la Política de Atención integral en salud, y el Modelo de atención integral en salud, en donde se muestra, como eje del sistema, la Atención Primaria en Salud, en miras de promover la salud y detectar la enfermedad.

La Política de Atención Integral en Salud (PAIS), busca integrar la estrategia de la APS en el sistema de salud colombiano, en esta se establece dentro de su marco estratégico el uso de cuatro estrategias:

Atención Primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria: La APS es la estrategia básica y es la integradora entre las necesidades de la población, la respuesta del sistema y los recursos disponibles en la sociedad como elemento esencial para la viabilidad en la progresividad del ejercicio del derecho. Una APS con enfoque de salud

familiar y comunitaria que sirve de interfaz entre la necesidad de desarrollo de nuevas competencias del recurso humano y equipos interdisciplinarios empoderados en el desarrollo de sus capacidades para dar una respuesta social dirigida hacia la persona, la familia y la comunidad.

El cuidado, debe ser entendido como las capacidades, decisiones y acciones que el individuo y el Estado adoptan para proteger la salud del individuo, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea, es decir las responsabilidades del ciudadano consigo mismo y con la comunidad. No es posible esperar resultados en salud si el propio individuo y la comunidad no adoptan conductas y prácticas que los protejan frente a los riesgos de salud.

La gestión integral del riesgo en salud, como estrategia de articulación entre la salud pública, el aseguramiento y la prestación de servicios de salud. Su finalidad es la minimización del riesgo y el manejo de enfermedad.

El enfoque diferencial en la atención, adaptando el modelo a las particularidades de los territorios, las características de la población y las estructuras de servicios disponibles considerados como factores críticos de éxito en el desempeño del Sistema de Salud.

La atención primaria en salud (APS) es la estrategia básica y es la integradora entre las necesidades de la población, la respuesta del sistema y los recursos disponibles en la sociedad como elemento esencial para la viabilidad en la progresividad del ejercicio del derecho. Una APS con enfoque de salud familiar y comunitaria que sirve de interfaz entre la necesidad de desarrollo de nuevas competencias del recurso humano y equipos interdisciplinarios empoderados en el desarrollo de sus capacidades para dar una respuesta social dirigida hacia la persona, la familia y la comunidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Como lo menciona Martín Zurro en su documento: Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria, el enfoque de la APS adoptado por la Política de Atención Integral en Salud, tiene varias connotaciones:

- Se orienta a fomentar la salud y calidad de vida de la población y no solo a la recuperación de la enfermedad.

- Privilegia la promoción de la salud sobre el tratamiento de la enfermedad, promoviendo la cultura del auto cuidado y la responsabilidad del Estado con la acción sectorial e intersectorial de manera continua, pertinente y oportuna, para la afectación de determinantes sociales de la salud.
- Deriva su acción de los principios de intersectorialidad, colaboración y participación, sobre los dominios de lo profesional y de la recepción pasiva de servicio.
- Se suministra preferentemente con la participación de equipos de salud multidisciplinarios, integrales y pertinentes desde la esfera sociocultural, más que a partir de la práctica individual.
- Incluye de manera transversal los diferentes componentes del sistema, la interculturalidad y tiene en cuenta las prácticas tradicionales, alternativas y complementarias.
- Promueve la atención integral, integrada y continua.
- Fortalece la capacidad resolutive de los servicios básicos de salud, así como la pertinencia y oportunidad con mecanismos diferenciales de prestación del servicio en zonas dispersas y alejadas.
- Fomenta la construcción intersectorial de planes y modelos territoriales de salud con orientación familiar y comunitaria, que responden a las particularidades regionales
- Requiere de la adscripción poblacional y territorial a equipos de personal de salud multidisciplinario.
- La estrategia de Atención Primaria en Salud busca generar bienestar y abordar el riesgo de salud desde las condiciones de la comunidad y de cada uno de sus integrantes. Superpone los objetivos de las personas y la comunidad sobre los de los agentes y reorienta su intervención (Martín Zurro & Cano Pérez, 2011).

Germán Moreno, en su documento “El nuevo modelo de Atención Integral en Salud – MIAS- para Colombia. ¿La solución a los problemas del sistema?, describe como el nuevo Modelo incluye diez componentes claves:

- Se parte de la caracterización de la población, según curso de vida y grupos de riesgo;

- Se definen rutas integrales de atención en salud en promoción y mantenimiento de la salud, grupos de riesgo y eventos específicos de atención;
- Se propone la gestión integral del riesgo en salud, identificando los grupos de riesgo, seguimiento de cohortes, diseñando modelos predictivos, evaluando la efectividad de los servicios y garantizando la interoperabilidad de los sistemas de información;
- Se plantea una delimitación territorial que comprende lo urbano, la alta ruralidad y la población dispersa;
- Las redes integradas de prestadores de servicios de salud con su componente primario y complementario;
- La definición del rol del asegurador hacia la gestión del riesgo financiero, interacción con otros actores y la gestión de las redes de prestación de servicios;
- El modelo propone una redefinición del esquema de incentivos, para favorecer la integralidad en la atención y los resultados en salud;
- Un sistema de información centrado en el ciudadano, la familia y la comunidad;
- El componente de recurso humano propone la formación y armonización para el desarrollo del modelo y mejoramiento de las condiciones laborales.
- El último componente se dirige al fortalecimiento de la investigación, innovación, y apropiación del conocimiento específicamente en los temas relacionados con rectoría del sistema, sostenibilidad financiera, gestión de recursos, sistemas de información, políticas públicas, acceso uso y calidad del servicio y en Salud Pública (Germán Moreno, 2016).

En el año 2018, a 40 años de la Declaración de Alma-Ata, en que los líderes mundiales adquirieron el compromiso histórico de lograr la salud para todos mediante la APS, se publica la Declaración de Astaná, Kazajistán en el contexto de la Conferencia Mundial sobre la Atención Primaria de Salud, llevada a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), allí se ratifican los compromisos con la APS como parte de los esfuerzos por alcanzar la salud y el bienestar para todos de acuerdo con la Declaración de Alma-Ata y de comprometer a los Estados participantes a reforzar la APS para alcanzar la cobertura sanitaria universal y los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) (Torres-Lagunas, 2018).

La declaración, hace énfasis en la necesidad de tomar medidas encaminadas a reforzar tres componentes específicos de la APS, con una mayor equidad, calidad y eficiencia, expresando que:

Necesitamos una APS que:

- Empodere a las personas y las comunidades para que se sientan dueñas de su salud, defiendan las políticas que la promueven y la protegen, además de que asuman el papel de arquitectos de la salud y los servicios sociales que contribuyen con la salud;
- Aborde los determinantes sociales, económicos, ambientales y comerciales de la salud por medio de acciones y políticas que estén basadas en la evidencia, que abarquen a todos los sectores y;
- Asegure un sistema de salud pública y una atención primaria fuertes a lo largo de la vida de las personas, como elementos centrales de la prestación de servicios integrados (Organización Mundial de la Salud, 2018).

En este recorrido de 42 años, se pueden identificar las grandes oportunidades y beneficios que ha tenido la Atención Primaria en Salud, incluso antes de su concepción, pero a su vez los grandes desafíos que ha enfrentado hasta el momento, desafíos cuyas circunstancias siguen estando presentes en la actualidad, y que deben ser referentes en los procesos de formación, para que así, con tantas mentes brillantes al servicio de la salud a nivel mundial puedan llegar a convertirse en proezas superadas, o seguirán siendo parte del mejoramiento continuo que necesita el mundo alrededor de la atención en salud.

Dentro de estos desafíos, se encuentra el hecho de que, durante mucho tiempo la APS no contó con una formación académica específica, pues fue considerada innecesaria debido a que cualquier médico podía cubrir este quehacer. Sin embargo, con el paso del tiempo, la tecnificación de los sistemas de salud, y las reformas políticas en miras a la APS, evidenciaron la necesidad de la existencia de programas académicos específicos donde se debe enseñar los conceptos, herramientas y metodologías propias de la atención primaria; dicha educación como lo menciona Zurro en 2016, se debe iniciar desde el pregrado, y mantenerse en postgrado y en la educación continuada (Zurro, 2016).

Los profesionales de la salud recién egresados, deben contar con las herramientas necesarias en APS de acuerdo a cada sistema de salud, esto es vital en países como Colombia, puesto que la atención hospitalaria que predomina en la actualidad es momentánea, poco resolutive, y sin representación de la comunidad ni de sus problemas.

Los estudiantes deben adquirir experiencia en lo teórico y en la práctica de un modelo de salud integrado, enfocando la persona en su contexto social, teniendo clara la importancia que tienen los aspectos preventivos y de promoción de la salud, que le permitan desenvolverse en el terreno de la incerteza diagnóstica y terapéutica, tan habitual en la Atención Primaria.

CONCEPTOS

Atención primaria en salud: Atención que brinda servicios de atención médica integrados y accesibles por parte de médicos que son responsables de abordar una gran mayoría de las necesidades de atención médica personal, desarrollar una asociación sostenida con los pacientes y practicar en el contexto de la familia y la comunidad (U.S. National Library of Medicine, 1972; Vanselow, Neal; Donaldson, 1995).

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país.

Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.(Organización Mundial de la Salud, 1978a).

Cuidados que proporcionan manutención básica de la salud, servicios terapéuticos y coordinación de todas las necesidades y servicios comunitarios (Descriptores en Ciencias de la Salud, 1974).

Médico, atención primaria: Proveedores de atención inicial a pacientes. Estos médicos derivan a los pacientes cuando es apropiado para atención secundaria o especializada (U.S. National Library of Medicine, 2011).

Educación médica: Se utiliza para artículos generales relacionados con la educación médica (U.S. National Library of Medicine, 2020a).

Por supuesto debe ser un profesional capaz de realizar actividades de promoción y prevención; pero la competencia que más caracteriza al médico es la de diagnóstico y tratamiento y con un perfil de transición epidemiológica como el que tenemos en Colombia nuestro médico no solo tiene que saber sobre enfermedades infecciosas y carenciales, sino que debe formarse en crónicas y degenerativas y en trauma y violencia. En general esta confluencia de patologías ha permitido que tengamos un médico competente en el escenario nacional y también internacionalmente. La formación del médico debe obedecer a un compromiso de responsabilidad social (Ricardo & Ricardo, 2011).

Educación, Medicina, Licenciatura: El período de educación médica en una escuela de medicina. En los Estados Unidos sigue al título de bachillerato y precede a la concesión del doctor en medicina (U.S. National Library of Medicine, 1973).

Educación, Medicina, Posgrado: Programas educativos para graduados médicos que ingresan a una especialidad. Incluyen formación especializada formal, así como trabajo académico en las ciencias médicas básicas y clínicas, y pueden conducir a una certificación de la junta o un título médico avanzado (U.S. National Library of Medicine, 1966).

Educación para la salud: Educación que aumenta la conciencia e influye favorablemente en las actitudes y conocimientos relacionados con la mejora de la salud a nivel personal o comunitario (U.S. National Library of Medicine, 2020a).

La educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud (Organización Mundial de la Salud, 1998).

Enseñanza que aumenta la conciencia e influye favorablemente en la actitud para la mejoría de la salud tanto individual como colectiva.

Enfoques y técnicas usadas para fomentar hábitos sanitarios cotidianos en la comunidad y para inculcar conocimientos y prácticas de comportamiento higiénico como elementos primarios de salud en el desarrollo personal y de la nación (Descriptores en Ciencias de la Salud, 1966).

Promoción de la salud: Fomentar los comportamientos de los consumidores con mayor probabilidad de optimizar los potenciales de salud (físicos y psicosociales) a través de información de salud, programas preventivos y acceso a atención médica (U.S. National Library of Medicine, 1980).

La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud (Organización Mundial de la Salud, 1998).

Estímulo al consumidor para perfeccionar el potencial de salud (física y psicosocial), a través de información, programas de prevención, y acceso a atención médica (Descriptores en Ciencias de la Salud, 1980).

Medicina Preventiva: Especialidad médica que se ocupa principalmente de la prevención de enfermedades (prevención primaria) y la promoción y preservación de la salud del individuo (U.S. National Library of Medicine, 2020b).

Prevención primaria: Prácticas específicas para la prevención de enfermedades o trastornos mentales en personas o poblaciones susceptibles. Estos incluyen promoción de la salud, incluida la salud mental; procedimientos de protección, como control de enfermedades contagiosas; y monitoreo y regulación de contaminantes ambientales. La prevención primaria debe distinguirse de la prevención secundaria y la prevención terciaria (U.S. National Library of Medicine, 1979).

La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia (Organización Mundial de la Salud, 1998).

Medicina Comunitaria: Rama de la medicina preocupada por la salud integral del individuo en el ámbito del hogar y en la comunidad, y con la aplicación de la atención integral a la prevención y tratamiento de enfermedades en toda la comunidad (U.S. National Library of Medicine, 1977).

Formación: La formación es un elemento constitutivo de la condición humana que tiene lugar en cada persona a partir de ‘un proceso mediante el cual se adopta una determinada forma, y ese proceso es el propio de la vida. Nos educamos al existir’. Sin embargo, para completar el proceso de formación desde las vivencias personales ‘se necesitaría que cada ser recorriera en su vida el acumulado de humanidad y esto sería imposible; por ello, las sociedades han delegado en la institución educativa la tarea de contribuir al proceso de formación de quienes van llegando al mundo’(Campo & Rodríguez, 1999).

Según Morales-Ruíz, en su artículo sobre la formación integral menciona:

Desde el punto de vista legal, la formación integral se encuentra consagrada como un principio de la educación universitaria en Colombia, en el artículo 1.º de la Ley 30 de 1992, el cual establece que ‘la educación superior es un proceso permanente que posibilita el desarrollo de las potencialidades del ser humano de una manera integral... y tiene por objeto el pleno desarrollo de los alumnos y su formación académica o profesional’, y está categorizada, en el artículo 6.º de la misma Ley, como uno de los objetivos de la educación superior y de las instituciones educativas que tienen la misión de prestar dicho servicio (Morales-Ruiz, 2009).

Percepción: De acuerdo a lo descrito por Vargas Melgarejo, en el artículo titulado “Sobre el concepto de percepción”:

Una de las principales disciplinas que se ha encargado del estudio de la percepción ha sido la psicología y, en términos generales, tradicionalmente este campo ha

definido a la percepción como el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización (Vargas Melgarejo, 1994).

Antecedentes

Manzano y Novoa (2013) describieron la percepción general de los estudiantes frente a los contenidos aprendidos en APS, durante su formación académica en varias universidades de Colombia encontrando:

Este indicador tuvo como objetivo evaluar, mediante una escala, la percepción que manifestaron los estudiantes en relación a los conocimientos en APS adquiridos durante su formación académica. De los doce elementos evaluados en el instrumento, el 31,74% de los estudiantes de la Universidad Javeriana manifestaron tener la información/conocimientos suficientes, el 50,35% afirmaron haber recibido la información/tener los conocimientos, pero no suficientes, el 17,38% expresaron no tener la información/conocimientos y el 0,53% restante no saben o no responden. Con respecto a la percepción en la Universidad Nacional, el 17,86% expresaron tener suficiente información/conocimientos, el 46,03% afirmaron tener información/conocimientos, pero no suficientes, el 31,75% que no habían recibido la información/conocimientos y el 4,37% restante no saben o no responden.

En la discusión presentan:

Independiente de las limitaciones anteriormente descritas, la presente investigación pretendió identificar los conocimientos en APS de los estudiantes de medicina que se encontraban finalizando su proceso de formación académica. Según el desempeño general de la prueba, el 88.24% de los estudiantes que participaron en esta investigación, obtuvieron un desempeño bajo en relación a los conocimientos básicos de los elementos esenciales de la APS propuestos por la OPS en la matriz de competencias de los equipos básicos (OPS, 2008), evidenciándose una relación, entre el planteamiento teórico basado

en la literatura y los resultados obtenidos. Si bien este modelo de evaluación no incluye todos los aspectos definidos en la matriz de competencias (actitudes y habilidades) para los equipos básicos de APS, ni se puede afirmar que este modelo evalúe todos los conocimientos de dicha matriz, podría ser una herramienta útil para establecer un panorama general de los conocimientos por cada elemento esencial de la APS en la formación médica de pregrado (Manzano & Novoa, 2013).

Parada-Lezcano (2016) describe la visión de los docentes y estudiantes de la educación en Atención Primaria en Salud, La percepción de que se necesitan médicos generales y especialistas al mismo tiempo es coherente con la historia de la realidad en Chile; Esta situación se fundamenta en la arraigada noción de que la Medicina Familiar y Comunitaria será temporal y/o incómoda, en donde se mantiene la idea en los programas para médicos de APS es temporal, buscando la especialización más adelante.

También es muy intenso el discurso sobre la escasez de mano de obra especializada y la necesidad explícita de este tipo de médicos por parte de la mayoría de la población. Este discurso continúa en el modelo biomédico, hospitalario y comercializado de la atención de la salud chilena, donde la APS no existe en la industria aseguradora y privada y la gente 'elige libremente' al especialista que quiere. Excepcionalmente, los planes privados incluyen médicos de familia o redes cerradas de un nivel similar al de la APS pública (Parada-Lezcano et al., 2016).

Los profesores perciben que los alumnos valoran positivamente que la formación tiende a la especialización futura. Sin embargo, se observó un discurso del alumno crítico y crítico, que visualiza la distancia entre los contenidos impartidos y la futura práctica profesional, generando grados de incertidumbre desconocidos y/o subestimados por los docentes (Parada-Lezcano et al., 2016).

El reconocimiento de las pocas instancias de formación en APS y la realización de la mayoría de las prácticas en hospitales complejos es poderoso y se toma como una realidad objetiva difícil de modificar; hecho al que habría que rendirse, percibiendo que va en contra de lo que conviene, se desea, se recomienda.

Las inconsistencias entre enunciados institucionales (perfiles) y procesos de formación explican el impacto que el currículo informal y el currículo oculto representan en la

educación médica en el país. Lo que se aprende en las escuelas no es solo lo que dicen los programas o lo que se enseña en el aula, laboratorio o entorno clínico (Parada-Lezcano et al., 2016).

En conclusión, las escuelas investigadas no capacitan profesionales para el ejercicio preferido en APS, se configura un escenario desfavorable para el encuadre de los lineamientos de la OPS: creencia de que el país requiere especialistas y médicos generales de igual importancia; inconsistencias para practicar el enfoque general establecido en los perfiles de egreso; escasos espacios para la formación de la APS; reproducción cultural hegemónica, al margen del currículo informal y oculto. La evidencia encontrada es preocupante, ya que está documentado que los sistemas de salud basados en la APS logran mejores indicadores socio-sanitarios, un mayor grado de eficiencia y contienen mayores costos de atención médica (Parada-Lezcano et al., 2016).

Marco teórico

La búsqueda de la felicidad está basada, en gran medida en el grado de salud de las personas; la definición actual de salud fue descrita en la Constitución de la OMS en el año 1946 y adoptada en 1948, describiendo:

Los principios básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas, y la seguridad de todos los pueblos:

- La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.
- La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.
- Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos.

- La desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común.
- El desarrollo saludable del niño es de fundamental importancia; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo.
- La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.
- Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo (Organización Mundial de la Salud, 1948).

En los años 40 y 50 la búsqueda de la Salud, como el completo bienestar fue llevada solamente a las enfermedades transmisibles, esto sucedió durante la guerra fría, en donde las superpotencias buscaban erradicar el paludismo (Estados Unidos de América) y la viruela (Unión soviética); durante el decenio de 1960, diferentes países miembros de la OMS evidenciaron la falta de apoyo a los servicios de salud, allí se busca un equilibrio entre programas verticales (centrados en una sola enfermedad) y el enfoque horizontal (centrado en los sistemas de salud) (Organización Mundial de la Salud, 2008).

En 1978, en la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, del 6-12 de septiembre de 1978 se llevó a cabo la declaración de Alma Ata:

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma Ata en el día de hoy y considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, hace la siguiente declaración:

La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención

de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud (Organización Mundial de la Salud, 1978a).

Allí nace la importancia de sistemas de salud centrados en las personas y las comunidades, teniendo en cuenta, además los determinantes sociales en salud.

Diez años después, nace otra gran estrategia, en miras de mejorar el bienestar de las personas con la primera conferencia internacional sobre la promoción de la Salud.

Con el paso de los años, diferentes autores empiezan a evaluar las definiciones descritas, en 1995 se brinda una definición por un grupo de expertos sobre la atención primaria:

La atención primaria es la provisión de servicios de atención médica integrada y accesible por parte de médicos que son responsables de abordar una gran mayoría de las necesidades de atención de salud personal, desarrollando una asociación con los pacientes y la práctica en el contexto de la familia y la comunidad (Vanselow, Neal; Donaldson, 1995).

El mayor cambio radica en la palabra “integrada” la cual lleva la definición a mostrar la necesidad de servicios de salud integrales, coordinados y continuos (evitando interrupciones); la APS tiene la capacidad de abordar todos los problemas en salud, sin importar el ciclo vital del paciente; esto hace que sea de suma importancia la coordinación de todos los servicios e información de salud, para satisfacer las necesidades del paciente. Es además, muy importante la continuidad de la atención del individuo y su familiar por el equipo de salud, presentando una comunicación oportuna y efectiva; Además, se enfatiza en la importancia de que al menos un miembro del equipo desarrolle no solo una relación médico-paciente si no una relación mucho más estrecha, incluso personal (Vanselow, Neal; Donaldson, 1995).

Para finales del siglo XX, reevaluando los objetivos de “Salud para todos en el 2000” la OMS realiza la Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI.

Dicha declaración brinda la importancia de la necesidad de promover la salud en el nuevo siglo:

- Prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI.
- Promover la responsabilidad social por la salud

- Las instancias decisorias deben comprometerse firmemente a cumplir con su responsabilidad social. Es preciso que los sectores público y privado promuevan la salud siguiendo políticas y prácticas que:
 - Eviten perjudicar la salud de otras personas, protejan el medio ambiente y aseguren el uso sostenible de los recursos,
 - Restrinjan la producción y el comercio de bienes y sustancias intrínsecamente nocivos, como el tabaco y las armas, así como las tácticas de mercado y comercialización perjudiciales para la salud,
 - Protejan al ciudadano en el mercado y al individuo en el lugar de trabajo,
 - Incluyan evaluaciones del efecto sobre la salud enfocadas en la equidad como parte integrante de la formulación de políticas...
 - Aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud. En muchos países, la inversión actual en salud es insuficiente y a menudo ineficaz; el aumento de la inversión en el desarrollo de la salud exige un enfoque verdaderamente multisectorial, que comprenda más recursos para los sectores de educación, vivienda y salud. Una mayor inversión en salud y la reorientación de la existente en las esferas nacional e internacional puede fomentar mucho el desarrollo humano, la salud y la calidad de la vida.
 - Consolidar y ampliar las alianzas estratégicas en pro de la salud: la promoción de la salud exige alianzas estratégicas en pro de la salud y el desarrollo social entre los diferentes sectores en todos los niveles del gobierno y de la sociedad. Es preciso fortalecer las alianzas estratégicas establecidas y explorar el potencial de formación de nuevas redes.
 - Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo:
 - La promoción de la salud es realizada por y con la gente, sin que se le imponga ni se le dé. Amplía la capacidad de la persona para obrar y la de los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los factores determinantes de la salud.
 - La ampliación de la capacidad de las comunidades para la promoción de la salud exige educación práctica, adiestramiento para el liderazgo y acceso a recursos. El empoderamiento de cada persona requiere acceso seguro y más

constante al proceso decisorio y los conocimientos y aptitudes indispensables para efectuar cambios.

- Consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud. Para consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud es preciso buscar nuevos mecanismos de financiamiento en las esferas local, nacional y mundial. Hay que crear incentivos para influir en las medidas tomadas por los gobiernos, organizaciones no gubernamentales, instituciones educativas y el sector privado para asegurarse de maximizar la movilización de recursos para la promoción de la salud.
- Los "ámbitos, espacios y/o entornos para la salud" son la base organizativa de la infraestructura necesaria para la promoción de la salud. Los nuevos desafíos que presenta la salud significan que se necesita crear nuevas y diversas redes para lograr colaboración intersectorial (Organización Mundial de la Salud, 1997).

Junto con los nuevos desafíos propuestos mundialmente, además de las diferentes acciones realizadas y a realizar, para el año 1998 la OMS reescribe el enfoque de la atención primaria, el cual abarca: la equidad, la implicación/participación de la comunidad, la intersectorialidad, la adecuación de la tecnología y costes permisibles.

Como conjunto de actividades, la atención primaria de salud debe incluir como mínimo la educación para la salud de los individuos y de la comunidad sobre la magnitud y naturaleza de los problemas de salud e indicar los métodos de prevención y el control de estos problemas. Otras actividades esenciales son la promoción de suministros adecuados de alimentos y una nutrición correcta, el abastecimiento de agua potable y un saneamiento básico; la asistencia sanitaria materno-infantil, incluida la planificación familiar; la inmunización, el tratamiento adecuado de enfermedades y lesiones comunes; y el suministro de medicamentos esenciales. Con la definición anterior, se busca en gran medida abordar muchos de los prerrequisitos sanitarios, además existe un amplio campo para la promoción de la salud, tanto espontánea como en el contacto diario entre el personal de atención primaria de salud y los individuos de su comunidad. Mediante la educación para la salud de los usuarios y la abogacía por la salud en beneficio de su comunidad, el personal de atención primaria de salud está en una situación óptima para apoyar las necesidades

individuales y para influir en la formulación de las políticas y programas que afectan a la salud de su comunidad (Organización Mundial de la Salud, 1998).

El paso de los sistemas de salud hacia un modelo enfocado en atención primaria requiere la formación de recursos humanos destinados para ello; esto hace que se presenten grandes desafíos de superar. En el 2003 la Organización Panamericana de la Salud ratificó la vigencia y validez de la APS como uno de los pilares esenciales para el logro de “Salud Para Todos” y el avance hacia el logro de las Metas de Desarrollo del Milenio, entre ellos:

- Contar con políticas nacionales de salud que claramente definan la APS como su base, a las que se pueda alinear a su vez la política de recursos humanos.
- Elevar la capacidad de los países de organizar procesos concertados de decisión e implementación de políticas de recursos humanos orientadas a garantizar disponibilidad local de personal de salud para APS como eje del sistema.
- Estimular la implementación de estructuras financieras sostenibles para garantizar la disponibilidad y retención de equipos multidisciplinarios en los países, en los servicios de salud y particularmente en el nivel primario de la atención.
- Desarrollar la Fuerza de Trabajo en salud pública mediante la creación de conocimiento científico y respetabilidad académica para los temas de APS y Salud Pública con la reorientación de los espacios de aprendizaje desde el pregrado hasta las especialidades, con el redireccionamiento de fondos de investigación y el fortalecimiento de los programas de educación universitaria y de educación permanente en el trabajo.
- Encontrar los mecanismos para que las Escuelas e instituciones formen profesionales con una visión distinta de su rol en los sistemas de salud.
- Establecer sistemas de contratación, pago e incentivos que valoricen la atención primaria como un eje central del sistema y una forma de desarrollo profesional
- Ejercer liderazgo activo a través de abogacía y trabajo con los grupos de interesados a fin de reorientar los presupuestos públicos de manera que el nivel primario de atención consiga prioridad en la asignación de recursos.
- Desarrollar capacidades institucionales que mejoren el desempeño de los servicios de salud, mediante el desarrollo de procesos sistemáticos de educación permanente

para la creación de nuevas competencias inherentes al desarrollo de los sistemas y servicios de salud basados en APS (OPS/OMS, 2003).

Los autores Bonal y Casado en el año 2004 describen como los espacios de la atención primaria deberían ser considerados como un entorno idóneo de aprendizaje para los estudiantes de medicina, estos entornos hacen evidente para el estudiante que el paciente no solo se le debe ver como una persona aislada, pues permite a su vez evidenciar su entorno comunitario, en estos espacios se puede aprender actividades de prevención, entender la realidad de la historia natural de la enfermedad, el abordaje bio-psico-social, así como la importancia de la relación médico-paciente y el seguimiento a lo largo del tiempo, también muestra el razonamiento clínico inicial, la gestión de la atención, la toma de decisiones éticas cotidianas, el aprender como abordar las enfermedades agudas y crónicas, especialmente las más prevalentes y frecuentes en cada ciclo vital y su detección temprana. Los centros de salud presentan una estructura docente, en donde se permite el desarrollo de actividades pre graduales, y en estos espacios se aprende el trabajo en equipo, y su interacción en éste le permitirá considerar aspectos éticos en sus actos clínicos (Bonal Pitz & Casado Vicente, 2004).

Para el mismo año, en el Reino Unido se describe el impacto que tiene en los estudiantes de medicina que estudian en centros de atención primaria, describiendo las siguientes evidencias de impacto:

- El contacto temprano con el paciente, mejora la comprensión de los estudiantes sobre los comportamientos profesionales.
- El aprendizaje clínico en condiciones estructuradas es tan eficaz como en el hospital
- Aprendizaje valioso adicional y diferente de habilidades de diagnóstico.
- Reducción del sesgo hacia las opciones de carrera hospitalaria.
- Modelos de conducta positivos para la práctica clínica.
- Expectativas más orientadas al paciente por parte de los estudiantes de su propia práctica de la medicina (Howe, 2005).

De igual manera, describen lo que para los autores se consideran “los ingredientes necesarios” para las tutorías en atención primaria exitosa:

- Una atención primaria que haga visible la naturaleza personal y continua de la relación médico-paciente y permita destacar la historia del paciente.
- Médicos de cabecera que estén bien posicionados para enseñar habilidades de consulta, en particular aquellos involucrados en el uso del tiempo de manera efectiva.
- Médicos de cabecera que muestren a sus alumnos los componentes básicos de la relación médico-paciente.
- Personal de atención primaria que pueda aprovechar las habilidades de la práctica centrada en el paciente para lograr un aprendizaje efectivo del estudiante, pues estas habilidades son de valor potencial para la enseñanza en general

Lo más importante, según Howe, al tener esto se podrá evidenciar la importancia de la enseñanza en los entornos descritos pues los estudiantes "nunca olvidarán a un buen maestro" (Howe, 2005).

Paralelamente a este momento, la OMS y la OPS reafirman la importancia de la atención primaria con la Declaración de Montevideo; en la que es de resaltar:

El fortalecimiento de los recursos humanos en materia de salud: Es necesario incorporar prácticas y modalidades de atención primaria de salud en el perfeccionamiento de todos los niveles de los programas de adiestramientos educativos y continuos. Las prácticas de contratación y retención deben incluir los elementos fundamentales, a saber, motivación, ascensos, entornos de trabajo estables, condiciones laborales que tengan en cuenta a los empleados y oportunidades de contribuir de manera importante a la atención primaria de salud. Asimismo, es fundamental que se reconozca la plantilla de los profesionales y para profesionales, y de los trabajadores formales e informales, así como las ventajas que supone el enfoque de equipo.

El establecimiento de condiciones estructurales que permitan la renovación de la atención primaria de salud: Los sistemas sanitarios que se basan en la atención primaria de salud requieren la ejecución de políticas apropiadas y marcos institucionales legales y estables, y una organización simplificada y eficaz del sector sanitario que velen por que su funcionamiento y administración sean eficaces, de modo que puedan responder

rápidamente frente a los desastres, las epidemias u otras situaciones de emergencia relacionadas con la atención sanitaria, incluidas las que se presentan en las épocas de cambios políticos, económicos o sociales (Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud, 2005).

Un par de años después, para el año 2007, la OMS, describe una vez más, los desafíos presentados en la gestión de recursos humanos en pro de la transición a un sistema de salud basado en APS y sus consecuencias, resaltando lo siguiente:

- Desafíos:
 - Los profesionales de salud tienen menor motivación y remuneración que otros profesionales.
 - El número de trabajadores de la salud con la adecuada calificación son insuficientes para proveer cobertura universal.
 - El trabajo en equipo no tiene el desarrollo ni el estímulo suficientes.
 - Los profesionales calificados prefieren trabajar en hospitales y en grandes urbes.
 - No hay un adecuado sistema de apoyo y supervisión.
 - La formación de pregrado y postgrado del personal de salud no responde a los requerimientos de la práctica de la APS.
 - La migración de los trabajadores de la salud más capacitados hacia países de mayor desarrollo (fuga de cerebros) obstaculiza la aplicación de estas reformas en muchos países de la Región.
- Consecuencias
 - La cobertura universal requerirá un gran número de profesionales capacitados en atención primaria.
 - Los recursos humanos deben programarse de acuerdo con las necesidades de la población.
 - La capacitación de los recursos humanos debe articularse con las necesidades de salud y ser sostenible.
 - Deben adoptarse políticas que conduzcan a elevar la calidad del desempeño del personal de salud.

- Deben caracterizarse las capacidades del personal (perfil y competencias) y se debe ajustar el perfil de cada trabajador a una labor específica.
- Se requieren mecanismos de evaluación continua que permitan ajustar los perfiles a los puestos de trabajo y faciliten la adaptación de los trabajadores de salud a los nuevos escenarios y a las necesidades cambiantes de la población.
- Las políticas deben apoyar el abordaje multidisciplinar de la atención integral.
- La definición de trabajador de salud debe abarcar, además de los médicos, los estomatólogos y enfermeros, a quienes trabajan en los sistemas de información, gestión y administración de los servicios de salud (Organización Mundial de la Salud, 2007).

Continuando con la importancia de la formación de los recursos humanos en salud para la APS, Nebot (2009) describe competencias individuales que son consideradas como las más idóneas para la atención primaria de salud (Tabla 1). Adicionalmente, Nebot recalca las características específicas de la APS que deben estar inmersas en los contenidos teóricos que deberían alcanzar los profesionales de salud.

- Características específicas de la APS
 - Enfoque integral: Vida, Género, culturas, individuo, familia, comunidad, trabajo en equipo.
 - Coordinación entre niveles: Sistemas de referencia y contrareferencia.
 - Área clínica: Trato al paciente, Atención centrada en el individuo y la familia, Atención preventiva, curativa, rehabilitadora y cuidados paliativos, Seguimiento compartido, Emergencias, Atención domiciliaria.
 - Comunicación: Entre profesionales, Entre profesionales de la salud e individuos, Con la comunidad, Manejo de conflictos, Anuncio de malas noticias, Gestión del conocimiento.
 - Uso de sistemas de información: Uso de internet
 - Medicina basada en pruebas (Guías clínicas)
 - Salud pública y promoción de la salud
 - Conocimiento en epidemiología.

- Enfermedades de declaración obligatoria, brotes, campañas de vacunación.
- Hábitos y estilos de vida
- Área de gestión
- Funciones administrativas y gerenciales: Liderazgo, supervisión y coordinación.
- Negociación.
- Gestión de la calidad, reclamo
- Planificación y evaluación

Tabla 1

Competencias esenciales de los equipos de atención primaria de salud. (Nebot et al., 2009)

Conocimientos	Habilidades para:
Identificación de barreras de acceso. Reconocimiento y análisis de actores Estrategias para alcanzar la cobertura universal	Aplicar estrategias que reduzcan barreras de acceso, amplíen la cobertura y reduzcan las inequidades
Atención integral, integrada y continua Técnicas y procedimientos para la atención intra y extramural Mecanismos de referencia y contrarreferencia Ciclo vital individual y familiar	Identificar necesidades percibidas y no percibidas por el individuo y la familia Abordar el ciclo vital

<p>Situación de salud de la comunidad, sus determinantes y condicionantes</p> <p>Promoción de la salud y prevención de la enfermedad</p>	<p>Promover el autocuidado de la salud en la comunidad, según las enfermedades prevalentes</p> <p>Promover el aprendizaje sobre la APS por parte del equipo de salud y la comunidad</p> <p>Establecer compromisos o alianzas para la producción social de la salud</p> <p>Liderar y participar en las iniciativas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para la comunidad</p>
<p>Buenas prácticas</p> <p>Nuevas tecnologías</p>	<p>Brindar atención apropiada, basada en la evidencia en distintos escenarios</p> <p>Aplicar los procedimientos de manera oportuna y eficiente</p> <p>Definir las responsabilidades de cada uno de los miembros del equipo</p>
<p>Uso de la red de servicios de atención</p> <p>Identificación y definición de necesidades de servicios</p> <p>Priorización de intervenciones</p>	<p>Identificar fuentes de información y actores clave en la comunidad</p> <p>Recolectar, analizar y utilizar la información adecuada y pertinente</p> <p>Identificar y definir las necesidades de salud de la comunidad</p> <p>Establecer prioridades de intervención</p>

<p>Identificación de actores e instituciones en la comunidad</p> <p>Comunicación entre los miembros del equipo y la comunidad</p>	<p>Estimular la participación activa de la comunidad en la gestión del sector salud.</p> <p>Optimizar la información, comunicación y educación</p>
<p>Políticas públicas y marcos legales vinculados con el sector salud</p> <p>Identificación de grupos de poder locales</p>	<p>Analizar la coherencia entre las políticas públicas y el trabajo multidisciplinar en APS</p> <p>Propiciar el desarrollo de políticas locales a través de la participación ciudadana</p>
<p>Nociones de gestión administrativa</p> <p>Identificación de organizaciones sociales, gremiales y sus actores Registros específicos en APS</p>	<p>Desarrollar planificación estratégica, investigación operativa y evaluación del desempeño</p> <p>Seguir el proceso de gestión administrativa Involucrar a —y trabajar activamente con— los líderes reconocidos</p>
<p>Identificación y análisis de inequidades existentes</p> <p>Resolución de inequidades en salud, marcos políticos y legales</p>	<p>Identificar y corregir inequidades a través del desarrollo de políticas y programas</p> <p>Incorporar la participación social en la resolución de las inequidades</p>
<p>Proceso de acogida al individuo/familia.</p> <p>Entrevista clínica Identificación y resolución de problemas</p>	<p>Brindar un trato digno y respetuoso</p> <p>Acoger al individuo dentro del sistema de salud</p>

	<p>Desarrollar una buena comunicación, a nivel individual y colectivo Identificar problemas que repercuten en el proceso salud-enfermedad</p>
<p>Conocimiento y definición de roles y responsabilidades dentro del equipo</p> <p>Código ético de los trabajadores de la salud</p>	<p>Apoyar y participar en el proceso de formación permanente de los miembros del equipo</p> <p>Elaborar, desarrollar y participar en procesos del trabajo en equipo: comunicación, colaboración, coordinación, negociación y solución de conflictos, participación, toma de decisiones</p>

Dentro del mismo documento, Nebot menciona que para que la APS pueda llegar a ser el eje articulador del sistema de salud que tiene como objetivo, es necesario que el recurso humano cuente con una formación integral que les brinde las herramientas para que puedan responder a las necesidades de las comunidades, al respecto aclara:

Tal responsabilidad implica capacidad para trabajar en equipo, conocimientos técnicos para brindar atención médica apropiada y habilidades para comunicarse con los otros miembros del equipo y con la comunidad. Y tan importante como lo anterior, los profesionales que brindan estos servicios deben contar con líderes y tomadores de decisión que conozcan y entiendan los beneficios potenciales de la APS, no sólo en términos de mejora del estado de salud de la población, sino también contribuyendo a un funcionamiento más eficiente del sistema sanitario (Nebot et al., 2009).

En el año 2010, se desarrolla el Proyecto de Desarrollo de Recursos Humanos para la salud, como asesora de este proyecto, la Dra. Borrell describe:

Un sistema de salud basado en la APS se apoya en recursos humanos apropiados que incluyen a quienes proveen los servicios, a los trabajadores comunitarios, a los

gerentes y al personal administrativo. Ellos deben tener una combinación correcta de habilidades y conocimientos, observar los estándares éticos y tratar a todas las personas con dignidad y respeto. Lograr la disponibilidad de este tipo de recurso humano demanda planeación estratégica e inversión de largo plazo en capacitación, empleo, formas de retención del personal y en la elevación y fortalecimiento de los conocimientos y de las habilidades de que disponen los trabajadores de la salud (Borrell Bentz et al., 2010, p. 8).

En el mencionado proyecto, se discuten algunos elementos e ideas propias de la educación médica que deben seguir siendo objeto de reflexión, tales como:

- La necesidad de generar un nuevo modelo científico biomédico y social que proyecte y fundamente un nuevo paradigma educativo en función del individuo y de la sociedad;
- La necesidad de un nuevo sistema de valores que trascienda la influencia de los cambios de la práctica, reconstruya la ética del ejercicio profesional y garantice la función social de atender las necesidades de salud de la población;
- La conveniencia de desarrollar estrategias de trabajo interdisciplinario y metodologías problematizadoras, que puedan enfocar con mayor profundidad y nuevos criterios de priorización la temática fundamental;
- Encarar el desarrollo de la integración docente asistencial- investigativa con la estrategia de atención primaria como objeto de investigación y aprendizaje, a fin de poner a prueba el conocimiento de la Universidad con la sociedad, alejándose de la utilización del espacio comunitario como simple campo de práctica;
- Superar la contradicción entre la formación de especialistas y generalistas, lo que obligaría a la educación médica a enfrentar críticamente la determinación tecnológica del criterio médico de calidad que afecta tanto la ética profesional como la equidad.
- Movilizar a la Universidad para, a partir de una concepción ética de la vida, poder cumplir con el nuevo contrato social que reconstruya las bases solidarias del ejercicio profesional y reduzca las diferencias sociales favoreciendo la cobertura universal y justicia social (Borrell Bentz et al., 2010).

En el año 2011, el artículo titulado “Aproximación de la universidad, a la situación de salud de la población y a los servicios de salud”, (Pérez et al.,2011) describe las bases conceptuales que deben estar presentes en la educación médica para formar profesionales de salud de altísima calidad científica, humana y moral, detallando que es necesario:

Reafirmar que la proyección de los planes de estudio debe realizarse a partir de las necesidades de salud que serán atendidas por el egresado, en vez de en función de los intereses, requerimientos y contenidos de las especialidades, las cuales no se constituyen en asignaturas independientes.

Continuar la formación del médico general con herramientas teóricas-metodológicas y de actuación profesional, que le permitan enfrentar los problemas de salud en Cuba y en los lugares donde trabaje, basado en los principios de la salud de nuestro país y que se corresponda con las necesidades sociales.

Disponer de una sólida preparación científico-técnica y ético-humanista, con el interés de brindar una atención médica integral al niño, al adulto, a la mujer y al anciano en la comunidad, con una perspectiva de especialización posterior.

Continuar la utilización de la atención primaria de salud, como escenario principal de formación, sin renunciar a los escenarios del hospital y otros.

Continuar el desarrollo de las formas de organización de la enseñanza incorporadas con el Policlínico Universitario, para la formación desde la APS.

Establecer como única variante de internado el rotatorio, y establecer en este las necesarias complementaciones entre ambos niveles de atención (APS-Hospitales) (Pérez et al., 2011).

Otro de los autores que más ha descrito las necesidades de formación de profesionales de la salud para la APS, es Martín Zurro, quien detalla en sus publicaciones cuáles deberían ser los perfiles de formación, al respecto menciona:

El recurso humano quien tiene a cargo la atención familiar y comunitaria necesita adquirir competencias específicas, eso hace que este tipo de atención se reconozca como una disciplina y especialidad en el campo de las ciencias de la salud, tanto en la formación pregraduada como post graduada; varios factores como el envejecimiento de

la población, y con ello el aumento de las patologías crónicas y sus descompensaciones, el aumento de la supervivencia de las personas, además de los múltiples factores de las causas de las necesidades y problemas en salud, están introduciendo grandes cambios en los perfiles profesionales de los miembros de los equipos de salud, lo que se traduce en una necesidad de ampliar la red de profesionales que pueden y deben intervenir en la APS. Desde la teoría, los profesionales de atención primaria, atención familiar y comunitaria son médicos y enfermeras, ellos contienen los elementos necesarios para el manejo de la salud y enfermedad, además de la resolución de problemas que no se pueden ubicar sobre un diagnóstico concreto. Los profesionales de referencia, observan todas las dimensiones de cada persona, sus problemas y necesidades, para realizar un abordaje integral en los cuidados de promoción, prevención, rehabilitadores y clínicos. Esto hace que deban adquirir conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para interpretar y priorizar estas intervenciones a partir del análisis de las condiciones de vida y las dinámicas familiares, laborales y de la comunidad en que vive, y decidir conjuntamente con la persona atendida cuándo, cómo y dónde deben participar en el proceso asistencial otros especialistas (Martín Zurro & Cano Pérez, 2011).

Unos años más tarde, Martín Zurro y sus colaboradores, vuelve a describir que es necesario que los estudiantes de Ciencias de la Salud tengan la posibilidad de tener contacto con la APS en el pregrado para que, al mismo tiempo que comienzan a considerarla en el mismo nivel de respetabilidad científica, técnica y social que a otros campos de actuación profesional, tengan la introducción teórica y práctica necesaria que les permita, en el posgrado, realizar con el máximo grado de aprovechamiento su formación especializada (Zurro et al., 2014).

Rosas, Zarate y Fuentes, describen que para que la APS sea un éxito, es necesario que la sociedad acepte su rol dentro del sistema de salud, y que sea parte esencial de las políticas en salud. A su vez mencionan que:

Es más adecuado que la Atención Primaria sea ofrecida por profesionales formados predominantemente en centros de Atención Primaria, centrándose en la salud global de las personas y las comunidades con la finalidad de dar atención básica de salud efectiva, teniendo en cuenta el entorno en que aparece, donde el paciente vive. De igual manera,

es necesario desterrar esa tendencia creciente en varios segmentos de nuestra población en la que la atención del médico especialista es mejor que la del médico generalista o de Atención Primaria. Estos y otros atributos de la Atención Primaria deben ser cumplidos en los escenarios comunitarios para lograr mejores resultados sanitarios (Rosas Prieto, Narciso Zarate, & Cuba Fuentes, 2013).

En el 2017, la OMS realizó 29a conferencia sanitaria panamericana y la 69a sesión del comité regional de la OMS para las Américas en Washington, D.C., EUA, del 25 al 29 de septiembre del 2017; esta conferencia se centró en la tercera línea estratégica de acción, en la que recalca la necesidad de:

- Potenciar la transformación de la educación de las profesiones de la salud, centrándola en los principios de la misión social de las instituciones académicas de las ciencias de la salud. Esto requiere formar recursos humanos para la salud con una visión integral, comprometida con la salud de las comunidades más vulnerables y con una fuerte inserción en la práctica de los servicios del primer nivel de atención y en espacios sub-atendidos.
- Aumentar el acceso a la formación profesional en el área de salud de los grupos poblacionales de comunidades sub-atendidas mediante la descentralización de la oferta formativa y la reorientación de los criterios de selección y admisión, con una perspectiva intercultural y de pertinencia social. Las instituciones formadoras deben evitar la concentración en las zonas urbanas e impulsar carreras con nuevos perfiles profesionales que permitan mejorar la promoción, la prevención y la atención en el área de la salud, especialmente en el ámbito rural y las zonas sub-atendidas.
- Avanzar en los procesos de planificación y regulación de la formación de los especialistas, definiendo las especialidades prioritarias y el número de especialistas requeridos por los sistemas nacionales de salud. Para alcanzar los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y de la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud en la Región, se precisa expandir sustancialmente la formación en salud familiar y comunitaria, así como promover los equipos interprofesionales dentro de las redes integradas de servicios de salud.

- Establecer estrategias de formación y gestión docente para los programas académicos y de formación continua en las áreas de salud, que incluyan procesos de docencia-servicio y desarrollo profesional alineados con el modelo de atención en salud.
- Desarrollar políticas de educación permanente de los recursos humanos para la salud, diversificando las metodologías, incorporando la educación virtual e innovando en el uso de las tecnologías para acompañar los procesos de cambio hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. La educación permanente debe dirigirse a las brechas en el conocimiento y el aprendizaje, apoyar el desarrollo de habilidades, y promover el desarrollo de competencias técnicas, programáticas, gerenciales y administrativas.
- Concertar con el sector educativo para dar respuesta a las necesidades de los sistemas de salud en transformación hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.
- Promover acuerdos de alto nivel entre los sectores de educación y salud para alinear las estrategias de formación de los recursos humanos hacia el acceso universal de la salud y la cobertura universal de salud, y cambiar así el paradigma de la educación en este ámbito. Para ello se requiere la rectoría del Estado y la articulación permanente de las autoridades nacionales de salud y de educación con las instituciones académicas y las comunidades.
- Regular la calidad de la formación para los profesionales de la salud a través de sistemas de evaluación y de acreditación de carreras e instituciones formadoras, cuyos estándares prioricen el conocimiento científico-técnico junto a criterios de competencias sociales en el perfil de los egresados y el desarrollo de programas de aprendizaje contextualizados, promoviendo la participación activa de todas las personas que están en proceso de formación, en todos los niveles. Dichas competencias deben ser culturalmente apropiadas, con enfoque de género, y ofrecer respuestas para la resolución adecuada y socialmente aceptable de los problemas de salud de los diversos grupos poblacionales (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

En 2018, se publicó la declaración de Astana sobre la APS, en esta la OMS menciona:

Afirmamos vehementemente nuestro compromiso con el derecho fundamental de todo ser humano al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinciones de ningún tipo. En la conmemoración del cuadragésimo aniversario de la Declaración de Alma-Ata, reafirmamos nuestro compromiso con todos sus valores y principios, en particular la justicia y la solidaridad, y subrayamos la importancia de la salud para la paz, la seguridad y el desarrollo socioeconómico, y su dependencia mutua.

El éxito de la atención primaria de la salud dependerá de lo siguiente:

Desarrollo de conocimientos y capacidades. Utilizaremos los conocimientos, tanto científicos como tradicionales, para fortalecer la atención primaria de la salud, mejorar los resultados de salud y garantizar el acceso de todas las personas a la atención adecuada en el momento oportuno y en el nivel de atención más apropiado, respetando sus derechos, necesidades, dignidad y autonomía. Continuaremos investigando y compartiendo conocimientos y experiencias para crear capacidad y mejorar la prestación de los servicios y la atención sanitaria.

Recursos humanos para la salud:

Crearemos un trabajo decente y estableceremos una remuneración adecuada para los profesionales de la salud y demás personal sanitario que trabajen en el nivel de la atención primaria de la salud para responder eficazmente a las necesidades de salud de las personas en un contexto multidisciplinario. Seguiremos invirtiendo en la educación, la formación, la contratación, el desarrollo, la motivación y la retención del personal de la atención primaria de la salud, velando por que tenga una combinación adecuada de competencias. Nos esforzamos por retener al personal de la atención primaria de la salud y garantizar su disponibilidad en las zonas rurales, remotas y menos desarrolladas. Afirmamos que la migración internacional del personal sanitario no debe socavar la capacidad de los países, especialmente de los países en desarrollo, para satisfacer las necesidades sanitarias de sus poblaciones (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Marco conceptual

La Atención Primaria en Salud es definida por la OMS como la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad, a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el documento de formación médica orientada hacia la APS, menciona que adicional a las dificultades propias de la formación académica, existe una falta de compromiso social de muchas instituciones educativas en la formación de médicos, lo que se traduce en escasos conocimientos y habilidades por parte de los profesionales para el manejo de la APS en la realidad de países como Colombia. Esto quedó evidenciado en un sondeo realizado en América Latina, en el que se concluyó que en las universidades existe un débil componente de evaluación de competencias específicas de la estrategia (APS) debido a que los aspectos analizados se enfocan usualmente en evaluar de manera exclusiva los componentes clínicos, descuidando los componentes sociales y económicos. (Organización Panamericana de la Salud, 2008)

En 2013, se realizó un estudio acerca de los conocimientos y percepciones en atención primaria en salud de estudiantes de medicina de décimo semestre en dos universidades de Bogotá, Colombia, allí, las autoras concluyen que el 49% de los estudiantes incluidos en esta investigación expresaron tener insuficientes conocimientos o información sobre APS, y que cerca del 22% expresaron la ausencia total de conocimientos sobre la estrategia, por lo que se determinó que existe una relación entre la escasez de conocimiento y una posible falta de profundización en algunas temáticas enfocadas en APS en los planes de estudio de las universidades, sin llegar a afirmar que estos contenidos no sean abordados en la formación académica del estudiante. En el mismo documento, se lee:

El perfil del médico en formación no debe enfocarse únicamente hacia una orientación biologicista, o asistencial con conocimientos y habilidades en el campo clínico, pues es fundamental fortalecer la educación médica desde la perspectiva de una formación integral cuyos conocimientos, destrezas y actitudes en su ejercicio profesional, respondan a criterios de atención basados en un modelo como lo es el de la Atención

Primaria, cuya mirada holística acerca del proceso salud–enfermedad, permita influir en el bienestar del individuo, familia y comunidad con la mayor calidad posible, participando activamente en el mantenimiento y recuperación de la salud. (Manzano & Novoa, 2013).

De acuerdo a esto, los profesionales en medicina se forman con francas falencias entorno a APS; buscando explicar qué factores pueden influir en su formación médica en APS, se analizarán las percepciones que tienen los egresados frente a los contenidos, escenarios de práctica y estrategias didácticas usadas durante su formación académica alrededor de la APS.

En cuanto a las estrategias didácticas, Curry (1991) las define como procedimientos o recursos utilizados por el docente para promover aprendizajes significativos, aclara que:

No sólo hay que tener en cuenta el Estilo de Aprendizaje de los estudiantes, se debe repercutir seriamente en los Estilos de Enseñar. Se trata de que el docente tenga muy en cuenta cómo son los Estilos de Aprendizaje de los alumnos, desde el primer “borrador” del diseño educativo hasta el último momento de la impartición de la clase y la evaluación (1991, p. 275).

Yancen (2013), menciona que debería existir un emparejamiento entre los estilos de aprendizaje del estudiante y las estrategias didácticas de los docentes, sin embargo, aclara que este emparejamiento depende del propósito que persigue el plan de estudios. Al respecto dice:

El emparejamiento será más adecuado cuando el objetivo sea rendir en una determinada y creativo. Pero de lo que no cabe duda es de la necesidad por parte de los docentes de comprender cómo aprenden sus alumnos, para mejorar la efectividad y la eficacia de los programas de formación y desarrollo.

(Yancen et al., 2013)

El ministerio de salud en conjunto con la Academia Nacional de Medicina describe cuales son las competencias específicas que debe tener el médico general, de las cuales muchas son encaminadas a las acciones propuestas por la APS (Se describen las necesarias):

Pediatría:

- Actuar dentro del marco general de los derechos del niño, en reconocimiento de su esfera bio-psicosocial y con actitud de compromiso para la intervención oportuna de los problemas graves del niño.
- Brindar apoyo integral al niño y su familia para el manejo de las alteraciones graves de la salud, la comprensión de la muerte y el manejo del duelo.
- Educar a pacientes, padres, maestros y cuidadores, para el fomento de la salud física y mental del lactante, el preescolar, el escolar y el adolescente, mediante una comunicación efectiva y ética, respetando la autonomía del paciente y su familia.
- Utilizar técnicas de educación para mejorar las capacidades de la comunidad relacionadas con el cuidado de su salud, y fortalecer las competencias del equipo de salud.
- Promover en padres y cuidadores la identificación y control de los factores de riesgo de la salud mental del niño, como el fortalecimiento de los factores protectores de la salud mental del niño y su entorno familiar y social.
- Identificar signos y síntomas de problemas y trastornos mentales en el niño y orientar su manejo oportuno.
- Desarrollar acciones técnicas y educativas para la prevención de los accidentes y las enfermedades más comunes de la infancia.
- Desarrollar programas básicos de atención primaria en el niño, tales como crecimiento y desarrollo, Infección Respiratoria Aguda –IRA-, Enfermedad Diarreica Aguda –EDA-, Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI-.
- Diagnosticar la situación de salud de la población infantil.
- Diagnosticar la patología más común en pediatría, tomando como base una historia clínica y un examen físico y mental completo y apropiado al niño y a su edad.
- Detectar la patología congénita o adquirida relacionada especialmente con el desarrollo neurosensorial, motor, visión y audición.
- Utilizar racionalmente técnicas y procedimientos diagnósticos.

- Realizar atención médica individual en forma ambulatoria y mediante hospitalización, interpretando los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales que están influyendo en un proceso patológico, de acuerdo con los conceptos universales de la medicina y los fenómenos regionales que estén influyendo en cada caso.
- Prestar una atención integral al niño y participar en programas de prevención, promoción, atención y rehabilitación infantil.
- Proponer un plan de manejo integral para el tratamiento y rehabilitación de las alteraciones relacionadas con la infancia.
- Planificar, orientar, ejecutar y evaluar programas de salud con base en el conocimiento de la comunidad.
- Gestionar con las instituciones de salud e institutos afines, los recursos necesarios para la ejecución de los programas.
- Promover y participar activamente en los programas tendientes al desarrollo del individuo, la familia y la comunidad.
- Orientar la solución de problemas que no esté en condiciones de resolver adecuadamente.

Adolescencia

- Participar en la ejecución de iniciativas nacionales, locales y globales en áreas de:
 - Salud sexual y reproductiva (embarazo en adolescentes e ITS/VIH).
 - Salud mental (problemas y trastornos del afecto, trastornos de adicción, trastornos de ansiedad).
 - Salud visual y auditiva.
 - Prevención de accidentes (seguridad vial, seguridad en prácticas deportivas).
 - Control en el uso del tabaco.
 - Enfermedades no transmisibles (obesidad).
- Participar en la construcción del capital social local, para promover el fortalecimiento de las redes locales.

- Aplicar herramientas para evaluar los determinantes estructurales de la salud a nivel local (acceso a educación, acceso a servicios de salud, oportunidades de empleo, equidad de género).
- Aplicar herramientas para conocer los determinantes intermediarios/proximales de la salud a nivel local (conexión de los adolescentes con su familia, comunidad e institución educativa).
- Aplicar los cinco elementos para la construcción de capacidad en el diseño e implementación de los programas de prevención (con proyección comunitaria, escolar o familiar).
- Diseñar y/o participar en la ejecución de programas comunitarios (basados en evidencia) para reducción de factores de riesgo y fortalecimiento de factores protectores:
 - Políticas y programas que abordan riesgos estructurales (acceso a anticoncepción, regulación en el acceso a alcohol y tabaco).
 - Programas para riesgos familiares o individuales (p. ej. fortalecimiento de rendimiento académico, acompañamiento a madres adolescentes, fortalecimiento en el vínculo madre-hijo).
 - Programas para riesgo escolar o individual (p. ej. aprendizaje cooperativo, habilidades cognitivas-sociales, entrenamiento a profesores: programa para prevención del consumo de sustancias).
 - Programa para riesgo de pares o individual (p. ej. toma de decisiones, habilidades comunicativas, habilidad en resolución de problemas: conductas sexuales de riesgo, consumo de sustancias).
 - Programas ajustados a la edad, al contexto cultural y regional del país.
- Participar en el diseño y/o desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas.
- Prescribir esquemas de inmunización específica para la edad (inmunoprofilaxis).
- Prescribir métodos anticonceptivos –posterior a la realización de consejería– conforme la preferencia del paciente y los criterios médicos de elegibilidad de la OMS.
- Elaborar guía anticipatoria en familias con hijos en adolescencia temprana.
- Participar en los programas para la detección precoz de enfermedades:

- Tamizaje para depresión y enfermedades afectivas.
- Tamizaje para la detección de obesidad.
- Tamizaje para la detección de tabaquismo.
- Tamizaje para la detección de consumo de alcohol y otras adicciones.
- Test para la detección de escoliosis.
- Consejería para la prevención de enfermedades de transmisión sexual.
- Consejería en planificación familiar.
- Detección de violencia intrafamiliar o abuso/violencia sexual.
- Identificación de bajo rendimiento escolar, deserción/abandono escolar o riesgo del mismo.
- Identificación de víctimas o ejecutores de matoneo escolar.
- Identificar y establecer canales de comunicación con entidades locales encargadas de la vigilancia y garantía de derechos en la adolescencia: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF-, comisaría de familia, ONG, Consejo Municipal de Política Social, Secretaría de Educación, Secretaría de Salud.
 - Diagnosticar condiciones de salud prevalentes y establecer sospecha diagnóstica de las menos frecuentes y de condiciones que amenacen la vida: trastornos de la conducta alimentaria, acné, talla baja, pubertad precoz, alteraciones del ciclo menstrual, síndrome de hombro doloroso, patología de rodilla, abuso de sustancias, pertenencia a pandillas.
- Aplicar herramientas para evaluación de factores de riesgo y factores protectores presentes en instituciones educativas, familia, comunidad y grupo de pares.
- Intervenir integralmente las enfermedades prevalentes en las personas según ciclo vital y contexto familiar y comunitario: acné, alteraciones del ciclo menstrual, síndrome de hombro doloroso, patología de rodilla, obesidad.
- Participar en la implementación de intervención en comunidad de acuerdo con los hallazgos encontrados en el análisis de construcción de capacidad.

Salud Sexual y Reproductiva, Atención primaria y preventiva de la salud:

- Realizar valoración ginecológica: trastornos menstruales, hemorragia uterina anormal, alteraciones mamarias, riesgo de osteoporosis.

- Realizar tamizajes específicos: toma de citología vaginal, evaluación preconcepcional, pruebas en Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).
- Realizar asesoría y atención específica frente a anticoncepción: inserción y remoción de Dispositivo Intrauterino e inserción y remoción de esteroide contraceptivo implantable y prevención de ITS.
- Identificar los factores de riesgo de salud mental y promover el fortalecimiento de los factores protectores.
- Identificar los signos y síntomas de problemas y trastornos mentales, y orientar su manejo.
- Identificar y atender a la víctima de violencia de género (sexual y de cualquier tipo), y orientar su manejo interprofesional e interdisciplinario.

Obstetricia

- Realizar valoración y asesoría preconcepcional. ? Realizar control prenatal e interpretar las pruebas diagnósticas comunes en el contexto de los cambios fisiológicos normales del embarazo.
- Instruir acerca de las acciones promotoras de salud mental durante el embarazo y la crianza.
- Identificar la presencia de complicaciones durante la gestación.
- Valorar el progreso del trabajo de parto.
- Inducir el trabajo de parto con prostaglandinas u oxitocina.
- Realizar valoración del bienestar fetal intraparto.
- Elaborar una historia clínica minuciosa, describiendo las características y evolución de las contracciones uterinas y ruptura de las membranas.
- Realizar un examen físico en pacientes postparto e identificar y tratar las complicaciones maternas más comunes que ocurren durante el puerperio.
- Reconocer, y referir según sea indicado, los trastornos afectivos postparto.
- Prescribir métodos anticonceptivos reversibles y asesorar a las pacientes en relación con la esterilización permanente.
- Realizar consejería a las pacientes en relación con futuros embarazos.
- Atender el parto espontáneo.

- Realizar extracción manual de la placenta.
- Evacuar hematoma vulvar y vaginal, y reparar laceraciones del tracto genital.

Ginecología

- Obtener una historia clínica completa para evaluar la hemorragia uterina anormal.
- Realizar un examen físico dirigido para investigar la etiología de la hemorragia uterina anormal.
- Interpretar los resultados de algunas pruebas diagnósticas específicas para determinar la causa de la hemorragia uterina anormal.
- Tratar la enfermedad pélvica inflamatoria con las opciones antimicrobianas y quirúrgicas apropiadas.
- Interpretar pruebas tales como ultrasonografía endovaginal o abdominal, para confirmar el diagnóstico de una masa pélvica.
- Describir y tratar las complicaciones que pudieran resultar del tratamiento de un aborto espontáneo.
- Valorar el riesgo de la osteoporosis con base en la historia clínica, la exploración y las pruebas específicas.
- Manejar condiciones perimenopáusicas y menopáusicas.

Geriatría: Competencias específicas de desempeño laboral para el médico general en la atención al adulto mayor.

- Evaluar los aspectos clínicos, mentales, funcionales y sociales de la salud de los pacientes de edad avanzada.
- Identificar los factores de riesgo y promover el fortalecimiento de los factores protectores de la salud mental del adulto mayor en la persona, su familia y la comunidad.
- Distinguir el proceso normal de envejecimiento de sus manifestaciones patológicas.
- Dar prioridad a los problemas clínicos, procedimientos diagnósticos y terapéuticos que más impacto tengan sobre la conservación o recuperación de las funciones y favorezcan la autonomía del anciano.

- Aplicar los principios de la rehabilitación a las condiciones que limiten la autonomía del adulto mayor.
- Elaborar un plan de atención según los problemas identificados, tomando como puntos preferentes de decisión, la esperanza de vida, la situación funcional de base y el pronóstico y la calidad de la vida futura, utilizando apropiadamente para ello los recursos médicos y paramédicos disponibles en el hospital y en la comunidad.
- Conocer los principios y prácticas del cuidado ambulatorio crónico de los pacientes con enfermedades no curables, progresivas, así como el cuidado de pacientes al final de la vida.
- Conocer la organización y los servicios de apoyo disponibles para el cuidado de los pacientes adultos mayores en el hospital y en la comunidad.
- Conocer los propósitos y funciones de los diferentes miembros del equipo multidisciplinario que participa en el cuidado del paciente adulto mayor.
- Ser capaz de comunicarse con el paciente de edad avanzada.
- Tener una actitud optimista durante el cuidado del adulto mayor.
- Conocer, respetar y defender los derechos de los adultos mayores.
- En todo caso, buscará y atenderá con los profesionales de trabajo social, factores que puedan estar relacionados con maltrato al adulto mayor.

Medicina Interna

- Identificar factores sociales, económicos y ambientales que influyen en el individuo y la comunidad para tomar decisiones relacionadas con la salud.
- Mejorar el conocimiento de la persona, la familia y la comunidad sobre temas relacionados con la salud.
- Promover la ejecución de las políticas públicas de salud.
- Determinar los factores de riesgo para la salud en las personas y en la comunidad.
- Manejar programas de salud pública y sistemas de salud.
- Realizar seguimiento a los programas de salud individual o comunitaria.
- Documentar el adecuado proceso diagnóstico de la situación de salud o enfermedad, individual y colectiva.

- Establecer el estado de salud o enfermedad física y mental del individuo, la familia o la comunidad.
- Realizar en todo paciente examen físico y mental completos, y consignar los hallazgos en la historia clínica pertinente, incluyendo un diagnóstico integral.
- Seleccionar las formas de intervención de acuerdo al diagnóstico establecido y la severidad del proceso que se enfrenta.
- Decidir el tipo de intervención necesaria y la posibilidad de su aplicación directa o la necesidad de movilizar otros recursos del sistema, ejerciendo su autonomía profesional y autorregulación.
- Prescribir el tipo de manejo terapéutico adecuado para el individuo y la comunidad, con indicaciones precisas y oportunas.
- Establecer y ordenar el manejo inicial de la patología más prevalente.
- Brindar la mejor ayuda a las personas y a la comunidad, anteponiendo los intereses generales a los particulares.
- Orientar sus pautas de comportamiento y conducta con la comunidad y las personas por los valores de la solidaridad.
- Defender una actitud cooperativa en sus relaciones con colegas y otros profesionales de la salud.
- Adquirir habilidades de comunicación necesarias para la atención del paciente y la comunidad, así como para lograr un óptimo desarrollo profesional.
- Intercambiar información verbal y no verbal cognitiva y emotiva con las personas, la familia y la comunidad, para establecer una relación de apoyo mutuo.
- Producir documentos siguiendo criterios de coherencia y cohesión argumentativa. ?
Mantener el conocimiento y habilidades, y actualizarse en los avances de la ciencia médica.
- Diseñar planes de educación en salud según los fines y las características de la comunidad.
- Promover la adopción de procesos educativos con criterios de responsabilidad social para el mejoramiento de la calidad de vida.
- Verificar el impacto educativo de promoción y prevención de la salud de acuerdo con los proyectos institucionales y el contexto social, económico y cultural.

- Aplicar métodos científicos y asumir un pensamiento crítico para resolver problemas relacionados con la salud individual y colectiva.
- Buscar e interpretar textos científicos con sentido crítico para resolver problemas relacionados con el ejercicio médico.
- Aplicar resultados de investigación debidamente comprobados.
- Asumir compromisos grupales que favorezcan la salud de los individuos y la comunidad.
- Integrar sinergias regidas por un principio de efectividad con arreglo al interés grupal.
- Respetar a sus colegas y demás profesionales, pacientes y comunidad para promover relaciones positivas de mutua colaboración

Medicina Crítica:

- Mantener la vía aérea y preservar la estabilidad cardiovascular en el paciente crítico.
- Realizar intubación oro traqueal.
- Realizar apoyo ventilatorio.
- Evaluar el paciente grave y proponer su tratamiento inicial.
- Realizar reanimación cardiopulmonar/cerebral según ciclo vital y fundamentos técnico científicos vigentes.
- Diagnosticar y manejar la insuficiencia respiratoria aguda.
- Diagnosticar el shock e instaurar tratamiento oportuno.
- Diagnosticar el estado neurológico e instaurar el tratamiento inicial. ? Diagnosticar y establecer tratamiento inicial de problemas y trastornos mentales agudos.
- Realizar manejo básico de traumatismos y quemaduras.
- Diagnosticar y manejar síndromes coronarios agudos.
- Controlar el flujo sanguíneo, la oxigenación y el estado ácido base.
- Diagnosticar infecciones y seleccionar los antibióticos para el manejo de las infecciones potencialmente mortales.
- Diagnosticar y establecer tratamiento inicial en problemas graves del embarazo.
- Diagnosticar y establecer tratamiento inicial en problemas graves en niños.
- Aplicar los principios de ética médica y aspectos normativos vigentes en la atención de urgencias.

- Realizar desfibrilación/y cardioversión.
- Colocar catéteres arteriales periféricos y realizar venodisección.
- Mantener condiciones fisiológicas del donante de órganos y tejidos, y diagnosticar muerte cerebral, en el marco de los protocolos y guías de manejo vigentes.
- Manejar el protocolo de la trombo- profilaxis venosa.
- Diagnosticar las complicaciones del paciente diabético e instaurar el manejo inicial.

Cirugía

- Proponer medidas para disminuir los diferentes tipos de trauma.
- Diagnosticar las patologías quirúrgicas básicas e iniciar un tratamiento mientras se toma una conducta definitiva por el médico especialista.
- Orientar la valoración, tratamiento y seguimiento por el especialista.
- Realizar ecografía para identificar líquido en las cavidades pericárdica y abdominal.
- Identificar posibles lesiones neurológicas críticas que ameritan la intervención precozmente del neurocirujano.
- Solicitar e interpretar estudios radiológicos simples.
- Aplicar las medidas de asepsia y antisepsia.
- Realizar manejo inicial del paciente traumatizado.
- Manejar patologías críticas frecuentes como el shock, el neumotórax a tensión, por ejemplo.
- Realizar procedimientos básicos: administración de líquidos parenterales, venodisección, cricotiroidotomía, sondeo nasogástrico y vesical, tubo de tórax a drenaje cerrado.
- Corregir alteraciones hidroelectrolíticas.
- Realizar suturas básicas.
- Realizar drenajes de colecciones en sitios de trauma o en zonas quirúrgicas.
- Orientar el curso de rehabilitación en los pacientes que lo requieran.

Medicina Alternativa

El médico colombiano debe tener conceptos claros de lo que se ha denominado Medicina Alternativa, Complementaria o Integrativa, con el fin de poder asesorar a los

pacientes en su utilización y orientar su integración con la medicina convencional bajo la concepción de una sola medicina:

- Describir la concepción del ser humano fundamentada en la armonía de las estructuras materiales y espirituales integradas en el cuerpo y la mente, en la materia y el espíritu.
- Describir los principios de la terapéutica orientada a mantener un cuerpo y una mente sanos mediante la armonía entre el ser humano, la naturaleza y la vida.
- Reconocer los fundamentos de las racionalidades médicas y los sistemas médicos complejos, diferenciando su estructura morfológica, estructura vital, doctrina y fundamentos, sistemas diagnósticos y sistemas terapéuticos.
- Describir el desarrollo histórico y la esencia de cada una de las disciplinas consideradas como sistemas médicos complejos: medicina clásica, homeopatía, medicina tradicional china y acupuntura, medicina neural terapéutica, osteopatía y quiropraxis, medicina ayurvédica, medicina tradicional indígena, entre otras.
- Interpretar el concepto de integración terapéutica como un proceso de intervenciones ordenadas y jerarquizadas en el marco de una sola medicina.
- Orientar a pacientes y familiares sobre la adecuada utilización de cada una de estas disciplinas.
- Compartir y explicar estos conceptos con médicos, otros profesionales de la salud, pacientes y familiares.
- Identificar las bases fundamentales de otras disciplinas reconocidas en el campo de la medicina alternativa.
- Describir las técnicas, métodos y recursos utilizados en la investigación en medicina alternativa.
- Identificar las características de la oferta y prestación de servicios de medicina alternativa en Colombia: aspectos legales, recursos, desarrollos técnico-científicos y políticos.
- Diseñar procesos educativos dirigidos a los individuos, la familia y la sociedad, teniendo en cuenta los fundamentos de la medicina alternativa.

- Orientar la utilización de los servicios de salud a que tiene derecho el paciente y la familia.

Salud mental

- Identificar los factores de riesgo y factores protectores de la salud mental de las personas según ciclo vital: recién nacido, primera infancia, escolar, adolescencia, adulto joven, adulto y adulto mayor.
- Analizar críticamente la situación de salud mental de las personas, las familias y comunidades, y sus determinantes económicos, socioculturales, educativos y políticos.
- Promover el control de los factores de riesgo y el fortalecimiento de los factores protectores de la salud mental de las personas, optimizando la acción intersectorial y la participación social.
- Elaborar la historia clínica integrada que incluya: contexto socio-familiar, enfermedad actual (descripción del episodio presente y de los anteriores en caso de trastornos crónicos), rasgos de personalidad, examen mental, diagnóstico que exprese lo somático y lo psicológico, y la conducta a seguir.
- Identificar signos y síntomas de las alteraciones mentales diferenciando aquellos que responden a situaciones vitales extremas: problemas de salud mental en personas sanas y aquellos que corresponden a trastornos de salud mental.
- Reconocer los trastornos mentales más prevalentes, hacer una impresión diagnóstica por síndromes, evaluar la pertinencia de su remisión a niveles más especializados y diferenciar aquellos casos de ocurrencia cotidiana que deberán ser medicados y controlados por el médico general. Participar en el control y seguimiento ambulatorio de los pacientes psiquiátricos que hayan sido remitidos al especialista y regresan a su entorno familiar.
- Participar, como integrante de equipos de salud que atienden situaciones de emergencia, en la evaluación integral de las víctimas y en la implementación de apoyo psicológico de urgencia a las mismas.
- Participar en la implementación y utilización de estrategias para la conservación de la salud mental, en el marco de los lineamientos del Sistema de Salud.

- Optimizar la comunicación y el trabajo en equipo para mejorar la conservación y recuperación de la salud mental de las personas.

Salud pública

- Participar en la implementación de políticas que garanticen efectiva y equitativamente los servicios de salud con todos los componentes que definen la calidad de la atención, incorporando el enfoque de riesgo en todos los procesos de atención.
- Reconocer los objetivos, componentes y metas de las dimensiones prioritarias de la salud pública y participar en la implementación y desarrollo de sus estrategias: salud ambiental, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, convivencia y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, vida saludable y condiciones no transmisibles, salud pública en emergencias y desastres, y salud en el entorno laboral.
- Reconocer los objetivos y componentes de las dimensiones transversales del Plan Decenal de Salud Pública y participar en la implementación de sus estrategias.
- Realizar gestión diferencial de poblaciones vulnerables (desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes, envejecimiento y vejez, salud y género, salud en población étnica, discapacidad y víctimas del conflicto armado).
- Fortalecer la autoridad sanitaria para la gestión de la salud. ? Identificar las necesidades psicosociales individuales, familiares y comunitarias en la población.
- Participar en la priorización de necesidades de salud física y mental de la población, desde la evidencia, la experiencia y el contexto en su comunidad.
- Apoyar la definición de objetivos, metas, acciones e indicadores con base en las prioridades evidenciadas, las acciones concertadas con los diferentes sectores y otros actores sociales, las necesidades de salud física y mental y las normas establecidas.
- Concertar, formular e implementar planes de acción transectoriales, para mejorar la salud física y mental de la población (Ministerio de salud y protección social & Academia nacional de medicina, 2016).

Marco legal

La formación profesional en Salud, se encuentra reglamentada por las normas, de educación específicamente, sin embargo, desde el punto de vista legal, se deben dar respuesta a las necesidades que surgen en legislación en salud.

La Ley 115 de 1994 define la educación como proceso de formación permanente, personal, cultural y social que se fundamenta en una concepción integral de la persona humana, de su dignidad, de sus derechos, y de sus deberes. Además, Señala las normas generales para regular el Servicio Público de la Educación que cumple una función social acorde con las necesidades e intereses de las personas, de la familia y de la sociedad. Se fundamenta en los principios de la Constitución Política sobre el derecho a la educación que tiene toda persona, en las libertades de enseñanza, aprendizaje, investigación y cátedra y en su carácter de servicio público. (Congreso de la República de Colombia, 1994; Consejo Nacional de Acreditación, 2021)

Esta ley categoriza los niveles de educación en preescolar, básica media, no formal e informal, la cual es dirigida a todos los grupos poblacionales, incluyendo campesinos, grupos étnicos, personas en discapacidad, con capacidades excepcionales y personas que requieran rehabilitación social. (Congreso de la República de Colombia, 1994)

La educación Superior está regulada por la **Ley 30 de 1992**. Las características generales más importantes de la educación superior en Colombia son:

Es entendida como un servicio público que puede ser ofrecido tanto por el Estado como por particulares, y se realiza con posterioridad a la educación media.

Se han definido varios tipos de Instituciones según su naturaleza y objetivos (Instituciones Técnicas Profesionales, Instituciones Tecnológicas, Instituciones Universitarias y Universidades).

Existe un Sistema Nacional de Aseguramiento de la Calidad.

El Estado garantiza la calidad del servicio educativo a través de la práctica de la suprema inspección y vigilancia de la Educación Superior.

Conaces y sus salas organizadas por campos del conocimiento, es el organismo encargado de estudiar el cumplimiento de condiciones mínimas de calidad y dar su

concepto ante el Ministerio de Educación para el otorgamiento del Registro Calificado de los programas.

Existe un Sistema Nacional de Acreditación del cual hace parte el Consejo Nacional de Acreditación creado por la Ley 30 de 1992 el cual tiene la responsabilidad de dar fe pública de los altos niveles de calidad de las instituciones de educación superior y sus programas académicos.

Las políticas y planes para el desarrollo de la Educación Superior son, primeramente, propuestos por el Consejo Nacional de Educación Superior (Cesu), organismo con funciones de coordinación, planificación, recomendación y asesoría, integrado por representantes de todas las instancias relacionadas con la educación superior.

La misma Ley organiza la educación formal en niveles de preescolar, básica (primaria y secundaria) y media, no formal e informal, dirigida a niños y jóvenes en edad escolar, a adultos, a campesinos, a grupos étnicos, a personas con limitaciones físicas, sensoriales y psíquicas, con capacidades excepcionales, y personas que requieran rehabilitación social (Consejo Nacional de Acreditación, 2021).

En salud, la reglamentación actual empieza con la Ley 100 de 1993, el mismo crea el sistema de seguridad social integral. Este reúne un conjunto de entidades, leyes, procedimientos en pro de que toda persona y comunidad se le garantice una calidad de vida que esté acorde con la dignidad humana. El sistema comprende obligaciones del estado y la sociedad, para garantizar la cobertura de las prestaciones económicas, de salud y servicios complementarios. Dicho sistema incluye pensiones, salud, riesgos laborales y servicios sociales complementarios.

Dicha Ley define la Seguridad Social integral:

Es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad (Congreso de la República de Colombia, 1993).

El Libro dos de la Ley 100 de 1993, reglamenta el sistema general de seguridad social en salud, desarrolla los fundamentos que lo rigen, determina su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación. Los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso a toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

Sus principios son: Equidad, Obligatoriedad, Protección Integral, Libre escogencia, Autonomía de instituciones, descentralización administrativa, participación Social, Concertación, Calidad (Congreso de la República de Colombia, 1993),

Se debe buscar la intervención del estado para lograr los siguientes fines: Asegurar el carácter obligatorio de la Seguridad Social en Salud y su naturaleza de derecho social para todos los habitantes de Colombia; Lograr la ampliación progresiva de la cobertura de la Seguridad Social en Salud permitiendo progresivamente el acceso a los servicios de educación, información y fomento de la salud y a los de protección y recuperación de la salud a los habitantes del país; Establecer la atención básica en salud que se ofrecerá en forma gratuita y obligatoria, en los términos que señale la Ley; Organizar los servicios de salud en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad (Congreso de la República de Colombia, 1993).

Sus características básicas incluyen: Todos los habitantes en Colombia deberán estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales; Todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud recibirán un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominado el Plan Obligatorio de Salud; Las instituciones prestadoras de salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud dentro de las entidades promotoras de salud o fuera de ellas; Las entidades promotoras de salud podrán prestar servicios directos a sus afiliados por medio de sus propias instituciones prestadoras de salud, o contratar con instituciones prestadoras y profesionales independientes o con grupos

de práctica profesional, debidamente constituidos (Congreso de la República de Colombia, 1993).

La siguiente Ley, nace en 2015, siendo estatutaria, para regular el derecho fundamental a la salud. Su artículo 2 recalca:

Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado (Congreso de la República, 2015).

Desde este momento, ante la ley, encontramos grandes avances, como por ejemplo el reconocimiento de los determinantes sociales (Punto cardinal en la atención primaria en salud). Su artículo 9 describe

Determinantes sociales de salud. Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que inciden en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud. El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud y determinará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados.

Parágrafo. Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los

destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud (Congreso de la República, 2015).

La Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de la Salud) tiene por objetivo “garantizar el derecho a la salud, regular y establecer sus mecanismos de protección”. Fue promulgada como un nuevo contrato social entre el Estado y la sociedad, con el fin de compaginar tanto la naturaleza como el contenido del derecho fundamental a la salud y constituye una oportunidad para reorientar las prioridades del Sistema, así como su operación hacia el beneficio del ciudadano.

La Ley Estatutaria hizo un giro esencial cuando situó el derecho a la salud en el ámbito del Sistema de Salud y no del Sistema de Seguridad Social en Salud y reconoció además su carácter de derecho social fundamental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

El objetivo general de la Política de Atención Integral en Salud es orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”, para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015 (Congreso de la República, 2015; Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Considerados los determinantes sociales en salud, son cuatro las estrategias centrales de la Política de Atención Integral en Salud: 1. La atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, 2. Cuidado, 3. La gestión integral del riesgo en salud y 4. El enfoque diferencial de territorios y poblaciones. 1. La atención primaria en salud (APS) es la estrategia básica y es la integradora entre las necesidades de la población, la respuesta del sistema y los recursos disponibles en la sociedad como elemento esencial para la viabilidad en la progresividad del ejercicio del derecho. Una APS con enfoque de salud familiar y comunitaria que sirve de interfaz entre la necesidad de desarrollo de nuevas competencias del recurso humano y equipos interdisciplinarios empoderados en el desarrollo de sus capacidades para dar una respuesta social dirigida hacia la persona, la familia y la comunidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Estas estrategias permiten la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública de acuerdo con la situación de salud de las personas, familias y comunidades, soportada en procesos de gestión social y política de carácter intersectorial, las cuales deben aplicarse con cada uno de los contextos poblacionales y territoriales específicos, así como contar con un enfoque diferencial. El instrumento que adopta las estrategias y las transforma en procesos se consolida como un modelo de atención integral en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Dicha Política promueve la APS como estrategia básica buscando, mediante tecnologías y métodos sociales, clínicos y científicos, proveer asistencia esencial, continua e integral a las personas, familias y comunidades en condiciones de cercanía como “primer elemento de asistencia sanitaria” que se garantiza por ser de alta calidad, costo efectiva y prestación de servicios multidisciplinarios (Organización Mundial de la Salud, 1978a). La atención primaria tiene un alcance mayor que el componente asistencial de los servicios curativos tal como lo plantea la OMS en su informe de 2008, e involucra la territorialización, el fortalecimiento de la participación social efectiva que empodera a la población en la toma de decisiones, la gestión intersectorial y la integralidad de los servicios individuales y colectivos con un enfoque de salud familiar y comunitaria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

En el caso colombiano, la Ley 1438 de 2011 establece como definición:

“La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema de Salud. Hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud. Constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción

intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana” (Congreso de la República de Colombia, 2011a).

La estrategia de Atención Primaria en Salud busca generar bienestar y abordar el riesgo de salud desde las condiciones de la comunidad y de cada uno de sus integrantes. Superpone los objetivos de las personas y la comunidad sobre los de los agentes y reorienta su intervención.

Para la Política de Atención Integral en Salud existe un doble circuito donde se intersectan: 1. Las acciones de cuidado que el individuo y la comunidad emprenden para mantener la salud y las intervenciones del Estado, tanto de tipo prestacional (dirigidas al individuo) como colectivas (dirigidas a la comunidad) y 2. Un segundo circuito de resultados esperados, donde se ponderan las ganancias en bienestar con la reducción de los riesgos en salud de la comunidad o persona. Finalmente, es la estrategia que permite construir el sistema de salud verticalmente desde el individuo hacia las instituciones del sistema y horizontalmente con la integralidad de las intervenciones que generan salud. En el caso colombiano la estrategia de Atención Primaria en Salud tendrá un énfasis en el enfoque de la salud familiar y comunitaria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Posterior a ello, en el año 2019 es publicado el decreto 2626 por el ministerio de Salud, el cual “Modifica la Política de Atención Integral en Salud PAIS, y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial - MAYTE” buscando un mayor empoderamiento de los entes territoriales con acompañamiento el ministerio, el mismo continúa con las estrategias propuestas por la Política de atención integral en salud, definiendo la primera:

Estrategia de Atención Primaria en Salud. Esta estrategia permite la coordinación intersectorial, para brindar una atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación de la persona en todos los niveles de complejidad. y en las acciones individuales y colectivas, a fin de garantizar, un mayor nivel de bienestar en los usuarios sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del sistema de salud (Ministerio de salud y protección social, 2019).

La educación médica debe buscar la formación según las necesidades del sistema de salud, teniendo en cuenta los determinantes sociales de cada comunidad, en el año 2016, el ministerio de salud en compañía de diferentes entidades enfatiza las competencias que debe tener el médico general enmarcando:

Este médico básico se le deben reconocer plenas capacidades para elaborar una historia clínica, realizar un examen físico completo, proponer una impresión diagnóstica y ordenar exámenes y pruebas aclaratorias, así como realizar intervenciones de promoción, prevención, rehabilitación y paliación y, por supuesto, efectuar tratamientos acordes con sus conclusiones diagnósticas. En suma, se trata de recuperar, restaurar y fortalecer la capacidad de reconocimiento y resolución de situaciones de salud que el médico básico tuvo y de las cuales nunca debió haber sido despojado.

... el grupo interinstitucional de medicina define que el Médico en Colombia debe ser:

Un profesional poseedor de una sólida formación humanística, filosófica, científica y social, fundamentada en aspectos pertinentes de ciencias básicas generales, ciencias básicas médicas, ciencias clínicas, ciencias sociales y de las áreas del conocimiento y de la práctica clínica.

Apto para el reconocimiento de situaciones de salud y para actuar en función de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en sus expresiones individual y colectiva, según sean los ámbitos de su desempeño profesional, haciendo el mejor uso de los medios disponibles a su alcance.

Competente para reconocer, interpretar e intervenir, de manera individual, interprofesional e interdisciplinar, los determinantes biológicos, ambientales y sociales de la salud, con sujeción a los principios fundamentales de la ética y la bioética y con visión humanística de la relación médico-paciente y su proyección a la persona, la familia y la sociedad. De acuerdo con el contexto nacional e internacional, ha de ejercer, con entereza y sentido de justicia social, con actitud crítica y liderazgo, sus responsabilidades profesionales, así como sus derechos y prerrogativas de autonomía y auto-regulación.

Consciente de su responsabilidad, de actualizar y mantener su idoneidad profesional de acuerdo con los avances del conocimiento y los progresos de la ciencia y la tecnología, así como con los cambios ambientales, del contexto social, económico y político.

Capaz de reconocer las limitaciones profesionales y la necesidad de mantener y actualizar su competencia profesional en el marco nacional e internacional.

Las competencias específicas son:

Promoción de la salud: Realizar acciones con el fin de mejorar el comportamiento individual y colectivo en relación con la conservación y recuperación de la salud, en el marco de las políticas públicas y de acuerdo con el contexto socio-económico y cultural de la población.

Utiliza técnicas educativas para promover estilos de vida saludable en las personas, la familia y la comunidad.

Participa en la ejecución de programas de salud pública de acuerdo con lineamientos técnicos y políticas públicas de salud.

Crea entornos favorables para la promoción de la salud del individuo, de la familia y de la comunidad.

Fomenta los espacios y mecanismos de participación social para la identificación e intervención de las necesidades en salud y sus determinantes.

Optimiza los recursos intersectoriales para mejorar las condiciones de salud, del individuo, la familia y la comunidad.

Prevención de la enfermedad: Realizar actividades encaminadas a evitar, retardar la enfermedad, o atenuar sus consecuencias, según la evidencia científica, condiciones y características de la población.

Participa en el diseño y desarrollo de programas de salud orientados a prevenir las enfermedades prevalentes en los individuos y colectivos.

Participa en los programas para la detección precoz de enfermedades.

Promueve las acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para la prevención y atención integral, humanizada y de calidad desde los enfoques de derechos, de género y diferencial.

Participa en las acciones del Sistema de Vigilancia en Salud Pública bajo los lineamientos establecidos por la autoridad competente.

Diagnóstico de la salud a nivel individual y colectivo: Establecer diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo de la condición de salud del individuo, la familia y la comunidad de acuerdo con la mejor evidencia disponible y teniendo en cuenta los determinantes sociales.

Diagnostica condiciones de salud prevalentes y establece sospecha diagnóstica de las menos frecuentes y de condiciones que amenacen la vida.

Reconoce y analiza críticamente las condiciones y determinantes de la salud del individuo, la familia y la comunidad.

Utiliza las ayudas diagnósticas, con fundamentos semiológicos y desde criterios de racionalidad técnica y científica.

Interpreta resultados de las pruebas diagnósticas de manera integral, según condición clínica de cada paciente y evidencia disponible.

Indica e interpreta imágenes diagnósticas simples según parámetros técnicos establecidos.

Orienta la valoración y seguimiento del paciente por otros profesionales desde criterios de oportunidad, calidad y seguridad en la atención.

Realiza anamnesis y examen físico completo, atendiendo características biopsicosociales de la persona.

Elabora la historia clínica según criterios técnicos, éticos y legales, y optimizando la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación.

Realiza procedimientos para la obtención de muestras y estudios básicos.

Evalúa integralmente el paciente crítico y categoriza las urgencias médicas y quirúrgicas para orientar prioridades en la atención Individualiza las condiciones de salud, interpretando los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales que influyen en el proceso patológico, de acuerdo con los conceptos universales de la medicina y características de contexto particular en cada caso.

Tratamiento médico: Brindar tratamiento integral y continuo a las personas con alteraciones de salud prevalentes no complicadas, y tratamiento inicial en situaciones o

alteraciones agudas y crónicas complicadas, con base en la evidencia científica, aplicando principios bioéticos, humanísticos y legales, optimizando el trabajo interprofesional y las Tecnologías de la Información y Comunicación.

Selecciona las formas de intervención según la severidad del diagnóstico y la evaluación del riesgo-beneficio y costo-beneficio de la intervención.

Interviene integralmente las enfermedades prevalentes en las personas según ciclo vital y contexto familiar y comunitario.

Realiza reanimación cardiopulmonar/cerebral, según ciclo vital, tecnología disponible y criterios de oportunidad.

Decide el alcance de su intervención y la necesidad de movilizar otros recursos del sistema, en el marco de su autonomía y autorregulación profesional.

Ejecuta procedimientos médicos y quirúrgicos indispensables para la atención inicial de emergencias médicas.

Prescribe el manejo terapéutico para el individuo y la comunidad, con indicaciones precisas y oportunas, atendiendo las características, necesidades y expectativas del individuo, la familia y la comunidad.

Rehabilitación: Obtener la mayor recuperación de una persona discapacitada en los aspectos funcional, físico y mental, para promover su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás miembros de la comunidad.

Establece el pronóstico inicial y orienta el curso de rehabilitación necesario en los pacientes que lo requieran.

Elabora el plan básico de rehabilitación integral para el individuo, orientado a la solución de problemas concretos y objetivos preestablecidos, de acuerdo con su realidad física, psíquica y la de su entorno sociocultural y económico.

Coordina el equipo del nivel básico de atención, que provee las acciones conducentes a la recuperación o paliación del paciente

Optimiza los recursos interdisciplinarios e intersectoriales para la rehabilitación del paciente.

Competencias específicas salud pública: Participar en la implementación de políticas que garanticen efectiva y equitativamente los servicios de salud con todos los componentes que definen la calidad de la atención, incorporando el enfoque de riesgo en todos los procesos de atención.

Reconocer los objetivos, componentes y metas de las dimensiones prioritarias de la salud pública y participar en la implementación y desarrollo de sus estrategias: salud ambiental, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, convivencia y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, vida saludable y condiciones no transmisibles, salud pública en emergencias y desastres, y salud en el entorno laboral.

Reconocer los objetivos y componentes de las dimensiones transversales del Plan Decenal de Salud Pública y participar en la implementación de sus estrategias. Realizar gestión diferencial de poblaciones vulnerables (desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes, envejecimiento y vejez, salud y género, salud en población étnica, discapacidad y víctimas del conflicto armado).

Fortalecer la autoridad sanitaria para la gestión de la salud.

Identificar las necesidades psicosociales individuales, familiares y comunitarias en la población.

Participar en la priorización de necesidades de salud física y mental de la población, desde la evidencia, la experiencia y el contexto en su comunidad.

Apoyar la definición de objetivos, metas, acciones e indicadores con base en las prioridades evidenciadas, las acciones concertadas con los diferentes sectores y otros actores sociales, las necesidades de salud física y mental y las normas establecidas.

Concertar, formular e implementar planes de acción transectoriales, para mejorar la salud física y mental de la población (Ministerio de salud y protección social & Academia nacional de medicina, 2016).

Metodología

Tipo de estudio

Investigación cualitativa, interpretativa y hermenéutica. Lo que permite comprender las actividades humanas desde los significados e intenciones de los sujetos que intervienen en un escenario dado.

La investigación cualitativa, concierne la manera en la que las personas comprenden y experimenten el mundo a su alrededor (Mason, 1996). Como lo dicen (Strauss & Corbin, 1990) se puede entender esa comprensión del mundo por parte de las personas, por sus historias, comportamientos, y por sus interacciones dentro de un contexto social.

La investigación cualitativa permitió describir el punto de vista, y el sentir de los participantes, sobre sus propios mundos en torno a la APS; así mismo permitió entender esa realidad particular a partir de la percepción de los participantes. Al respecto, Strauss & Corbin manifiestan que en la investigación cualitativa “ la descripción es la base de la interpretación de los datos, esta incorpora conceptos de una manera implícita y no solo describe acontecimientos y sucesos, sino que se extiende al análisis de manera que también incluya interpretaciones para explicar por qué, cuando, donde, qué y cómo suceden los acontecimientos” (Strauss & Corbin, 1990).

La interpretación de lo descrito, pone en paralelo lo captado o entendido por parte del investigador, con lo expresado significativamente por los participantes; es en la subjetividad del investigador, en donde cae la responsabilidad de la interpretación, pues quien interpreta no debe simplemente reproducir lo que dice el participante, sino que tiene que hacer un análisis que le permita interpretar los datos, sin dejar de lado la autenticidad de la situación en la que este se encuentra como conocedor del lenguaje de las dos partes. A propósito de esto, Rodríguez citando a Gadamer alude a:

Una condición ubicua del intérprete sobre el interlocutor, es decir, coloca en la subjetividad razonablemente crítica del intérprete, la responsabilidad de la interpretación, cuando aclara que el trabajo de este no es simplemente reproducir lo que dice en realidad el interlocutor, sino que tiene que hacer valer su opinión de la manera

que le parezca necesaria, teniendo en cuenta la autenticidad de la situación dialógica en que sólo él se encuentra como conocedor del lenguaje de las dos partes. Habermas, desde esta perspectiva, establece la mediación entre el intérprete y su subjetividad, su riqueza interior, su pensamiento, con aquello que se apropia al interpretar un texto determinado al estar interesado en el mismo. Así, el investigador interpreta al comprender, cuando se aproxima, se involucra teóricamente y explícita las situaciones (Rodríguez, 2000).

En relación con esto, Almorín presenta una aproximación a la definición del concepto de Hermenéutica tomando como base los postulados de Gadamer:

Este por principio aborda el significado del término comprender, que es indispensable para la hermenéutica misma y que el autor refiere a tres notas: Primera: el comprender entraña tres momentos: uno tiene que ver con el “entender”, el siguiente con el “interpretar o explicar”, y el tercero, con el “aplicar” Segunda: el comprender implica que: a) se da un cambio tanto en la conciencia que comprende como en lo que es comprendido, y b) participa toda la formación histórica del sujeto. Tercera: el comprender es esencia del ser humano; se da de una manera dialéctica en su relación con el medio (Rodríguez, 2000).

Búsqueda bibliográfica

Como parte de la revisión bibliográfica se realizó una búsqueda de la literatura, en bases de datos como PubMed, Scielo, Redalyc, Lilacs y ClinicalKey, entre otras; se buscaron términos relacionados con atención primaria en salud, educación médica, formación médica, estudiantes de medicina, entre otros.

En la búsqueda inicial, se encontraron 35,910 resultados a los que se aplicaron varios filtros, se revisaron 278 documentos, dentro de los cuáles, se encontraron 31 reportes o informes de organizaciones como la OMS, 174 artículos de revista, 11 documentos de tesis, 23 libros o capítulos de libro y 39 documentos como leyes, páginas web o entrevistas.

Población y Muestra:

Egresados del programa de pregrado en Medicina de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas a partir del año 2014, año en que se realizaron los últimos ajustes y modificaciones relacionadas con el currículo del programa. Los participantes recibieron información del proceso investigativo, se realizó aclaración de dudas frente a su participación en la misma y posteriormente de manera voluntaria firmaron el consentimiento informado.

La muestra fue a conveniencia hasta que se alcanzó la saturación de la información, dado que el objetivo del muestreo en un estudio cualitativo, es obtener los datos que permitan comprender el fenómeno de interés, la selección de los participantes se realizó de forma intencional.

Técnica de recolección:

Los datos se recogieron por medio de entrevistas semiestructuradas.

La entrevista, como lo describe (Troncoso-Pantoja & Amaya-Placencia, 2017) es:

Una de las herramientas para la recolección de datos más utilizadas en la investigación cualitativa, permite la obtención de datos o información del sujeto de estudio mediante la interacción oral con el investigador. También está consciente del acceso a los aspectos cognitivos que presenta una persona o a su percepción de factores sociales o personales que condicionan una determinada realidad. Así, es más fácil que el entrevistador comprenda lo vivido por el sujeto de estudio... ..Dentro de estas, están las entrevistas semiestructuradas, de mayor flexibilidad pues empiezan con una pregunta que se puede adaptar a las respuestas de los entrevistados... ..Estas entrevistas semiestructuradas suelen ser una manera de indagar las motivaciones que subyacen detrás de las decisiones y los comportamientos de las personas, así como sus actitudes y creencias, y las consecuencias que han tenido en sus vidas. A menudo proveen información valiosa, que el investigador no contemplaba.

Instrumento

Como instrumento para la recolección, se elaboró un guion de entrevista semiestructurada. La recolección de la información fue virtual, previa prueba piloto y validación de experto. Para guardar la confidencialidad y privacidad de los participantes,

los datos fueron codificados con las iniciales de los participantes y un número ascendente. Se realizó una matriz de Excel que permitió transcribir la información, analizar y establecer categorías, y subcategorías, las cuales fueron construidas desde las respuestas dadas por los participantes, a partir de las preguntas orientadoras establecidas en el guion.

Consideraciones éticas

La resolución 8430 de 1993 Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y que para el caso de esta investigación se considera sin riesgo.

Según los autores Tom L. Beauchamp y James F. Childress, defienden los siguientes cuatro principios:

- Respeto de la autonomía

La palabra «autonomía» proviene del griego y significa «autogobierno». Se usa por primera vez para referirse a la capacidad de autogobierno de las ciudades-estado griegas independientes.

Para Beauchamp y Childress, el individuo autónomo es el que «actúa libremente de acuerdo con un plan autoescogido». Según afirman estos autores, todas las teorías de la autonomía están de acuerdo en dos condiciones esenciales: a) la libertad, entendida como la independencia de influencias que controlen, y b) la agencia, es decir, la capacidad para la acción intencional.

- No-maleficencia

El principio de no-maleficencia hace referencia a la obligación de no infringir daño intencionadamente. Este principio se inscribe en la tradición de la máxima clásica *primum non nocere* («lo primero no dañar»). Aunque la máxima como tal no se encuentra en los tratados hipocráticos, sí que existe una obligación de no maleficencia expresada en el juramento hipocrático. Así, sobre el uso del régimen para el beneficio de los pacientes, este juramento dice: «si es para su daño (...) lo impediré.

- Beneficencia

Si la no-maleficencia consiste en no causar daño a otros, la beneficencia consiste en prevenir el daño, eliminar el daño o hacer el bien a otros. Mientras que la no-maleficencia implica la ausencia de acción, la beneficencia incluye siempre la acción. Beauchamp y Childress distinguen dos tipos de beneficencia: la beneficencia positiva y la utilidad. La beneficencia positiva requiere la provisión de beneficios. La utilidad requiere un balance entre los beneficios y los daños.

- Justicia

Las desigualdades en el acceso al cuidado de la salud y el incremento de los costes de estos cuidados han ocasionado en el ámbito de la sanidad el debate sobre la justicia social. La máxima clásica de Ulpiano dice que la justicia consiste en «dar a cada uno lo suyo». De un modo similar, Beauchamp y Childress entienden que la justicia es el tratamiento equitativo y apropiado a la luz de lo que es debido a una persona. Una injusticia se produce cuando se le niega a una persona el bien al que tiene derecho o no se distribuyen las cargas equitativamente (Siurana Aparisi, 2010).

Para la presente investigación tendrán en cuenta los principios de la Bioética de Beneficencia, No maleficencia, Justicia y Autonomía.

Los derechos de autor se establecen según Ley 44 de 1993 (febrero 5) “Por la cuál se modifica y adiciona la ley 23 de 1982 y se modifica la ley 29 de 1944” (Senado de la República de Colombia, 1993)

El informe de Belmont indica los principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento.

Esta declaración contiene una distinción entre investigación y práctica, una discusión de los tres principios éticos básicos, y observaciones sobre la aplicación de estos principios.

- Límites entre práctica e investigación.

En la mayoría de casos, el término "práctica" se refiere a intervenciones cuyo fin es acrecentar el bienestar de un paciente individual o de un cliente, y hay motivos razonables para esperar un éxito. El fin de la práctica médica es ofrecer un diagnóstico, un tratamiento preventivo o una terapia a individuos concretos. Como contraste, el

término "investigación" denota una actividad designada a comprobar una hipótesis, que permite sacar conclusiones, y como consecuencia contribuya a obtener un conocimiento generalizable (expresado, por ejemplo, en teorías, principios, y declaraciones de relaciones). La investigación se describe generalmente en un protocolo formal que presenta un objetivo y un conjunto de procedimientos diseñados para alcanzar este objetivo.

La investigación y la práctica pueden ser llevadas a cabo conjuntamente cuando la investigación va encaminada a la valoración de la seguridad y eficacia de un tratamiento. Esto no debería confundirse con la necesidad de revisión que una actividad pueda o no tener; la regla general es que en cualquier actividad donde haya un elemento de investigación, esta actividad debería someterse a revisión para la protección de los sujetos humanos.

- Principios éticos básicos.

La expresión "principios éticos básicos" se refiere a aquellos criterios generales que sirven como base para justificar muchos de los preceptos éticos y valoraciones particulares de las acciones humanas. Entre los principios que se aceptan de manera general en nuestra tradición cultural, tres de ellos son particularmente relevantes para la ética de la experimentación con seres humanos: Los principios de respeto a las personas, de beneficencia y de justicia.

- Respeto a las personas

El respeto a las personas incluye por lo menos dos convicciones éticas. La primera es que todos los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, y la segunda, que todas las personas cuya autonomía está disminuida tienen derecho a ser protegidas. Consiguientemente el principio de respeto a las personas se divide en dos prerrequisitos morales distintos: el prerrequisito que reconoce la autonomía, y el prerrequisito que requiere la protección de aquellos cuya autonomía está de algún modo disminuida.

- Beneficencia

Se trata a las personas de manera ética no sólo respetando sus decisiones y protegiéndolas de daño, sino también esforzándose en asegurar su bienestar. Esta forma

de proceder cae dentro del ámbito del principio de beneficencia. El término "beneficencia" se entiende frecuentemente como aquellos actos de bondad y de caridad que van más allá de la obligación estricta. En este documento, beneficencia se entiende en sentido más radical, como una obligación. Dos reglas generales han sido formuladas como expresiones complementarias de los actos de beneficencia entendidos en este sentido: (1) No causar ningún daño, y (2) maximizar los beneficios posibles y disminuir los posibles daños.

- Justicia

¿Quién debe ser el beneficiario de la investigación y quién debería sufrir sus cargas? Este es un problema que afecta a la justicia, en el sentido de "equidad en la distribución", o "lo que es merecido". Se da una injusticia cuando se niega un beneficio a una persona que tiene derecho al mismo, sin ningún motivo razonable, o cuando se impone indebidamente una carga. Otra manera de concebir el principio de justicia es afirmar que los iguales deben ser tratados con igualdad.

- Aplicaciones

La aplicación de los principios generales de la conducta que se debe seguir en la investigación nos lleva a la consideración de los siguientes requerimientos: consentimiento informado, valoración de beneficios y riesgos, selección de los sujetos de investigación.

1. Consentimiento informado.
2. Valoración de riesgos y beneficios
3. Selección de los sujetos

(Observatori de Bioètica i Dret, 1979)

El Código de Núremberg describe las Normas éticas sobre experimentación en seres humanos fue publicado el 20 de agosto de 1947, como producto del Juicio de Núremberg (agosto 1945 a octubre 1946), en el que, junto con la jerarquía nazi, resultaron condenados varios médicos por gravísimos atropellos a los derechos humanos. Dicho texto tiene el mérito de ser el primer documento que planteó explícitamente la obligación de solicitar el

Consentimiento Informado, expresión de la autonomía del paciente. Sus recomendaciones son las siguientes:

1. Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano.
2. El experimento debe ser útil para el bien de la sociedad, irremplazable por otros medios de estudio y de la naturaleza que excluya el azar.
3. Basados en los resultados de la experimentación animal y del conocimiento de la historia natural de la enfermedad o de otros problemas en estudio, el experimento debe ser diseñado de tal manera que los resultados esperados justifiquen su desarrollo.
4. El experimento debe ser ejecutado de tal manera que evite todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario.
5. Ningún experimento debe ser ejecutado cuando existan razones a priori para creer que pueda ocurrir la muerte o un daño grave, excepto, quizás en aquellos experimentos en los cuales los médicos experimentadores sirven como sujetos de investigación.
6. El grado de riesgo a tomar nunca debe exceder el nivel determinado por la importancia humanitaria del problema que pueda ser resuelto por el experimento.
7. Deben hacerse preparaciones cuidadosas y establecer adecuadas condiciones para proteger al sujeto experimental contra cualquier remota posibilidad de daño, incapacidad y muerte.
8. El experimento debe ser conducido solamente por personas científicamente calificadas. Debe requerirse el más alto grado de destreza y cuidado a través de todas las etapas del experimento, a todos aquellos que ejecutan o colaboran en dicho experimento.
9. Durante el curso del experimento, el sujeto humano debe tener libertad para poner fin al experimento si ha alcanzado el estado físico y mental en el cual parece a él imposible continuarlo. Durante el curso del experimento, el científico a cargo de él debe estar preparado para terminarlo en cualquier momento, si él cree que, en el ejercicio de su buena fe, habilidad superior y juicio cuidadoso, la continuidad del experimento podría terminar en un daño, incapacidad o muerte del sujeto experimental (*Código de Nuremberg*, 1947).

Presentación y discusión de resultados

Caracterización Sociodemográfica:

El promedio de edad de los participantes fue de 28.1 años, egresados del programa de Medicina entre el año 2016 y 2018. La actividad laboral predominante fue Consulta Externa (11 Personas), Servicio de Urgencias (6 personas), Servicios de Hospitalización (5 personas), Salas de Cirugía (1 persona), Medicina laboral (1 persona), Sin laborar (1 persona), Medicina domiciliaria (3 personas), Actividades epidemiológicas (1 persona), Asesoría telefónica (1 persona), Docencia (1 persona), y labores de investigación (1 persona).

Tras analizar las respuestas de los participantes a partir de las transcripciones realizadas, se construyeron las categorías y subcategorías, algunas de las expresiones, coincidentes frente a las mismas serán citadas de manera codificada en la tabla y otras serán retomadas en el momento en que se realiza la discusión de los resultados. A continuación, la tabla la categorización de los datos recolectados:

Tabla 2

Categorización de la información recolectada.

Categoría	Subcategorías	Algunas Expresiones de los participantes
Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	Atención integrada de enfermedades prevalentes de la infancia - AIEPI Vacunación Enfermedades crónicas Programa de crecimiento y desarrollo Atención a gestantes	AM3: “Se debe mejorar la enseñanza de la prevención de las enfermedades crónicas” LR19: “En la práctica el conocer sobre vacunación, atención del niño sano, planificación familiar me ayuda mucho pues soy médico de un

	Planificación familiar Salud mental	programa de Prevención y promoción”
Sistema General de Seguridad Social en Salud		SB29: “Debemos aprender más sobre el sistema de salud, para que cuando salgamos a ejercer, sepamos a que nos enfrentamos”
Consulta médica	Consulta externa Consulta de Urgencias	AV4: “La consulta en las unidades de suba fue fundamental para adquirir seguridad frente al paciente”
Técnicas de comunicación		EI17: “Las clases de técnicas de comunicación, nos ayudaron mucho para tener herramientas a la hora de orientar a los pacientes y de comunicarnos con ellos como individuos y como miembros de la comunidad”
Medicina Social y Comunitaria		LR19: “Es muy importante hacer consulta integral en el ambiente comunitario, dado que allí se conocen los determinantes sociales que llevan a la enfermedad”

Centros de práctica	Colegios Jardines Casas de tercera edad Centros médicos Medios hospitalarios	NB24: “La Atención primaria la aprendimos visitando colegios, poblaciones vulnerables como víctimas de violencia o conflicto, asistencia a geriátricos, rotación en clínica”
Relación médico paciente	Empatía Atención Integral Visión Bio-Psico-Social	JM16: “En mi trabajo, la visión Bio-Psico-Social hace que pueda diagnosticar mejor a mis pacientes”

Dado que los profesionales de la salud ejercen su rol como integrantes del sistema general de seguridad social en salud al ser agentes prestadores de servicios en salud, su formación académica ha estado direccionada hacia los objetivos estratégicos del sistema de acuerdo a lo determinado en la Ley 100 de 1993; sin embargo, en la actualidad y desde la Ley 1438 de 2011, se busca un cambio de enfoque para el sistema iniciando con la definición de la APS, por lo que ese cambio debe ser tenido en cuenta en los programas de formación para profesionales de la salud (Congreso de la República de Colombia, 1993, 2011a).

En ese sentido, la mitad de los participantes entrevistados reconocen haber cursado contenidos y actividades relacionadas con APS, que fueron desarrolladas como mínimo durante un semestre.

A propósito de los cambios que se presentan dentro del sistema de salud, el participante SB29 menciona: “Debemos aprender más sobre el sistema de salud, para que cuando salgamos a ejercer, sepamos a que nos enfrentamos”

En la búsqueda de migrar hacia un sistema basado en APS, el Ministerio de Salud propuso un nuevo modelo de atención integral territorial (MAITE), en el que se describe:

La APS permite la coordinación intersectorial, para brindar una atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación de la persona en todos los niveles de complejidad. y en las acciones individuales y colectivas, a fin de garantizar, un mayor nivel de bienestar en los usuarios sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del sistema de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

Teniendo en cuenta lo descrito previamente, los participantes identifican de manera específica haber desarrollado durante su formación, actividades prácticas asociadas a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, detallando temáticas como la Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), el plan ampliado de inmunización, abordaje de enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes mellitus), y puericultura.

Dichos contenidos y actividades, fueron desarrollados principalmente en ambientes comunitarios (Colegios, Jardines, Fundaciones, Hogares Geriátricos), y en una menor proporción en unidades de primer nivel a través de consulta ambulatoria. Sólo dos participantes reconocen el medio hospitalario como lugar de enseñanza de estas temáticas. Esto se puede interpretar como una poca profundización sobre los temas asociados, al subestimar los alcances de la APS, pues como lo menciona Julio, Vacarezza, & Sosa (2011) la APS es aplicable en todos los niveles de atención, desde el equipo de salud que trabaja en el primer nivel, hasta en la gestión de servicios de alta complejidad en el tercer nivel. De igual manera, esto evidencia que continúa existiendo la mencionada desarticulación entre la teoría y la práctica, pues a pesar de que los participantes identifican haber desarrollado actividades en ambientes comunitarios, no reconocen la relación de este tipo de prácticas con los conceptos teóricos específicos de la APS como estrategia.

Los autores Bonal y Casado en el año 2004 describieron cómo los espacios de la atención primaria deberían ser considerados como un entorno idóneo de aprendizaje para los estudiantes de medicina; estos entornos muestran no solo a la persona, sino que también evidencia su entorno comunitario; en estos ambientes se puede aprender actividades de prevención, y de paso entender la realidad e implicaciones de la historia natural de la enfermedad, el abordaje bio-psico-social, además de la importancia de la relación médico-

paciente y el seguimiento a lo largo del tiempo, así, se permite un acercamiento al razonamiento clínico inicial, a la gestión de la atención, toma decisiones éticas cotidianas, abordaje de enfermedades agudas y crónicas, especialmente las más prevalentes y frecuentes en cada ciclo vital y su detección temprana. De esta manera los centros de salud presentan una estructura docente, en donde se permite el desarrollo de actividades pre graduales, como el trabajo en equipo y su interacción en éste, lo que también permitirá considerar aspectos éticos en los actos clínicos (Bonal Pitz & Casado Vicente, 2004). Sin embargo, y como se mencionó previamente, es importante entender que las prácticas de la APS también se pueden desarrollar en ámbitos hospitalarios, en diferentes niveles de complejidad (Julio et al., 2011).

La APS, más allá de temas específicos, también aborda otro tipo de habilidades, Nebot (2009) muestra la necesidad de adquirir competencias individuales como la comunicación asertiva con el paciente y con los demás profesionales de la salud. De acuerdo a esto, el participante EI7 describe la importancia de la comunicación como apartado de la práctica de la Atención Primaria: “Las clases de técnicas de comunicación, nos ayudaron mucho para tener herramientas a la hora de orientar a los pacientes y de comunicarnos con ellos como individuos y como miembros de la comunidad”

Es claro que un modelo sanitario como el colombiano, que busca integrar la APS al sistema de salud, debe comprender la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país, pues esta estrategia deberá ser el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad (Organización Mundial de la Salud, 1978a).

Según lo anterior, la APS debe estar inmersa en el sistema de salud; en el caso de Colombia, y con las nuevas normativas, la prestación de servicios de salud ya está realizando a través de actividades sanitarias propias de la APS, sin embargo, en las entrevistas realizadas en este estudio, 12 participantes describen no realizar ninguna actividad relacionada con la APS, a pesar de que 9 de ellos laboran en algún tipo de consulta (Externa, domiciliaria, virtual). Por lo que se puede interpretar, que para los entrevistados existe una falta de claridad frente a las actividades sanitarias realizadas que

están implícitas dentro de la estrategia de APS, lo que coincide con el estudio de (Rodríguez-Villamizar, Vera-Cala, Rivera, Rojas, & Uribe, 2017), en el que un grupo de trabajadores bajo el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) reconocen debilidades en las labores relacionadas con APS.

Por el contrario, el grupo restante de participantes (15) sí reconocen realizar alguna actividad relacionada con la estrategia de APS. Dentro de estos, el participante MR22 describe “...He sido médico responsable del programa de control prenatal, donde cada día debo buscar factores de riesgo en mis pacientes, desde su aspecto demográfico dado a que viven en áreas rurales dispersas, como por ejemplo no cuentan con todos los servicios sanitarios, muchas veces no cuentan con agua potable, entonces en esos casos se evalúa y se explica a los padres la importancia de como poder tener una calidad de vida tanto a nivel familiar aportando a ello a un bienestar a su bebé”

En el año 2005, se llevó a cabo el 46° Consejo Directivo de la OMS y OPS, allí en la declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la APS, se estableció la imperiosa necesidad de definir cuáles debían ser las características del recurso humano en salud para la implementación de sistemas de salud basados en APS, en las que se requieren equipos multidisciplinarios, en los que los profesionales estén capacitados para ofrecer atención integral a lo largo del tiempo, con conocimientos y habilidades en actividades preventivas y de promoción de la salud (Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud, 2005).

Según Bonal y Casado:

La consideración de la atención primaria como entorno idóneo de aprendizaje para los alumnos de medicina viene determinada por el hecho de que en la comunidad el alumno está en una posición privilegiada para aprender las actividades preventivas clínicas, comprender la realidad del proceso salud-enfermedad y su abordaje holístico y global, así como la complejidad e importancia de la relación médico-paciente y de la longitudinalidad de la atención a lo largo del tiempo, del razonamiento clínico en el contexto de incertidumbre, de la gestión de la atención y de las decisiones bioéticas cotidianas y más comunes... .. el equipo de atención primaria es idóneo para

comprender el trabajo en equipo, su interacción en éste le permitirá considerar aspectos éticos en sus actos clínico (Bonal Pitz & Casado Vicente, 2004).

Por estas razones, los egresados describen otro tipo de competencias (No solo académicas) como son la integralidad en la atención, la relación médico-paciente y la Empatía; Los participantes EI7 y WR32 afirman la importancia de transmitir adecuadamente la información, la atención enmarcada en la visión biopsicosocial de cada persona; Por último, el participante NB24 describe “La importancia de la empatía, escucha y compasión como ítems de la APS y fortalezas inculcadas durante la enseñanza”

La gran mayoría de los participantes identifican algunas actividades de la APS como fortaleza en su práctica diaria, sin embargo permanece en el ambiente la creencia que la APS es medicina de pobre para pobres (Yepes Delgado, 2005), siendo menospreciada por algunos profesionales de la salud, como consecuencia se reconoce la promoción de la salud y la prevención de a enfermedad además del manejo integral de las enfermedades prevalentes como una debilidad para varios encuestados.

Según los participantes, la mejor manera de adquirir los conocimientos y habilidades de la Atención primaria en Salud es aumentar la práctica en entornos clínicos y comunitarios en acciones específicas como la Promoción de la Salud y la Prevención de la enfermedad, dicha práctica debe realizarse en acompañamiento de profesionales con experiencia en esta área; idealmente logrando seguimiento que garantice la continuidad de la atención desde el entorno hospitalario que se mantenga en el ámbito comunitario.

Al respecto, el participante MR22, menciona: “Para mí, siempre la mejor estrategia será salir a la comunidad, evidenciar por nuestros propios medios la situación a la cual se enfrentan las personas, compartir cada espacio de la vida de nuestros pacientes a nivel individual, familiar, social y comunitario, pues eso hará que cada médico tenga pertenencia y experimente lo aprendido en los libros llevándolo a la vida real”.

Conclusiones

Es evidente que los conocimientos relacionados con APS que describen los participantes no son homogéneos, pues cada participante tiene una visión fragmentada de la estrategia y desconocimiento de sus alcances, a pesar de haber cursado programas específicos durante

su formación de pregrado. Esto refleja que persiste la brecha existente entre las actividades prácticas realizadas, incluso en ambientes comunitarios, pues no se reconocen con claridad los contenidos teóricos propios de la APS.

Debido a la visión fragmentada de la estrategia de APS, son pocos los participantes que reconocen la utilidad integral que puede ofrecer la APS en su quehacer diario. Esta fragmentación impide, entre otros factores, que se pueda tener la visión integral de las personas en su contexto bio-psico-social.

El realizar prácticas en ambientes comunitarios es percibido por los participantes como una fortaleza, pues esto les permite reconocer la realidad persona, familia y comunidad frente al continuo proceso salud – enfermedad. Es claro, que el contacto con el paciente dentro de su propia comunidad, mejora la comprensión del estudiante sobre los determinantes sociales de la salud, lo que brinda una aproximación hacia el potencial y la utilidad que tiene la APS.

La APS es considerada como la mejor estrategia para mejorar la salud de las personas, sin embargo, al ser menospreciada por algunos profesionales de la salud, considerándose únicamente para ambientes de primer nivel o limitándola a la Promoción y prevención, se debilita su uso en el quehacer diario, convirtiéndose en una gran debilidad para los sistemas de salud.

De acuerdo a los hallazgos de esta investigación, es evidente que para que el estudiante, reconozca los alcances y la utilidad que tiene la formación integral en APS, y para que a su egreso pueda contar con todas las habilidades y conocimientos necesarios para trabajar en un sistema de salud basado en atención primaria, es importante que las prácticas en ámbitos comunitarios estén presentes a lo largo de la carrera, así mismo, dichas prácticas deben estar engranadas con la teoría, para que estos profesionales puedan realmente ser partícipes de la implementación de la APS y de esta manera poder brindar mejores servicios de salud a la población.

Adicionalmente, esa formación integral, sólo será posible, si se cuenta con docentes capacitados y que a través del ejemplo puedan darle el reconocimiento científico y académico que merece la APS; después de todo como lo menciona Howe (2005) los estudiantes "nunca olvidarán a un buen maestro".

Recomendaciones

El presente trabajo solo describe la percepción de los egresados, mostrando las bases para seguir evaluando y mejorando la formación en APS de los programas de medicina. El actual escrito es el primer paso de un largo camino para lograr tener médicos altamente capacitados en APS que puedan responder a las necesidades del sistema, mejorando el grado de salud de las personas, familias y comunidades.

Bibliografía

- Bonal Pitz, P., & Casado Vicente, V. (2004). La medicina de familia como disciplina académica y la atención primaria como entorno de aprendizaje. *Aten Primaria*, 34(8), 433–436.
- Borrell Bentz, R. M., Organización Mundial de la Salud, & Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Enfoques, problemas y perspectivas de la formación de los recursos humanos en salud. Proyecto de Desarrollo de Recursos Humanos para la salud.*
- Campo, R., & Rodríguez, M. (1999). La formación integral como posibilitadora de lo humano. *Formas En Educación*, 1, 1–32.
- Christian Medical Commission. (1970). Christian Medical Commission. In *First Meeting*. Geneva.
- Código de Nuremberg*. (1947). <https://doi.org/10.1001/jama.1996.03540200077043>
- Comisión para la transformación de la educación médica en Colombia (Org.). (2016). Documento de recomendaciones para la transformación de la educación médica en Colombia, (1), 1–42. Retrieved from [http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/2017/MARZO/Documento Final Comision.pdf](http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/2017/MARZO/Documento%20Final%20Comision.pdf)
- Congreso de la República. Ley estatutaria en Salud No. 1751 de 2015 (2015). Colombia. Retrieved from [http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley 1751 de 2015.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)
- Congreso de la Republica de Colombia. Ley 100 de 1993 (1993). Bogotá.

Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993 (1993). Bogotá: Congreso de la República de Colombia.

Congreso de la República de Colombia. Ley 115 de 1994 - Ley general de educación (1994). Bogotá D.C. Retrieved from https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85906_archivo_pdf.pdf

Congreso de la República de Colombia. Ley 1438 de 2011 (2011). Colombia. Retrieved from [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY 1438 DE 2011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY_1438_DE_2011.pdf)

Congreso de la República de Colombia. Ley 1438 de 2011 (2011). Colombia. Retrieved from [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY 1438 DE 2011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY_1438_DE_2011.pdf)

Consejo Nacional de Acreditación. (2021). El sistema de educación superior de Colombia. Retrieved January 28, 2021, from <https://www.cna.gov.co/1741/article-187279.html>

Cueto, M. (2004). The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *American Journal of Public Health, 94*(11), 1864–1874.

Curry, L., & Adams, C. (1991). Patterns of Learning Style Across Selected Medical Specialties. *Educational Psychology, 11*(3–4), 247–277.
<https://doi.org/10.1080/0144341910110304>

Descriptores en Ciencias de la Salud. (1966). Educación en Salud. Retrieved September 8, 2020, from https://beta.decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=28480&filter=ths_termall&q=Health Education

Descriptores en Ciencias de la Salud. (1974). Atención Primaria de Salud. Retrieved September 8, 2020, from https://beta.decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=11756&filter=ths_termall&q=Atencion Primaria de Salud / Primary Health Care

Descriptores en Ciencias de la Salud. (1980). Promoción de la Salud. Retrieved September 8, 2020, from https://beta.decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=6444&filter=ths_termall&q=Promoci on de la salud / Health Promotion

- Ebrahim, J. (2001). Primary Health Care in the 21 st century *Atenção Primária em Saúde no século 21. Rev. Bras. Saúde Matern Infant, Re, 1(3)*, 199–201.
- Germán Moreno. (2016). El nuevo modelo de Atención Integral en Salud – MIAS- para Colombia . ¿ La solución a los problemas del sistema ? *Revista Médica de Risaralda*, 22(2), 73–74. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672016000200001
- Giraldo, A., & Vélez, C. (2013). La Atención Primaria de Salud : desafíos para su implementación en América Latina. *Aten Primaria*, 45(7), 384–392. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.12.016>
- Howe, A. (2005). Has a decade made a difference? The contribution of UK primary care to basic medical training in 2004. *Education for Primary Care*, 16(1), 10–19. <https://doi.org/10.1080/14739879.2005.11493476>
- Julio, V., Vacarezza, D. M., & Sosa, D. A. (2011). *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud Levels of care, prevention and primary health care el objetivo es desarrollar y diferenciar conceptualmente la Atención Prima-ria de la Salud (. Arch Med Interna 2011-XXXIII (Vol. 1).*
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians: A working Document*. Ottawa, Ontario, Canada.
- Litsios, S. (2002). The Long and Difficult Road to Alma-Ata: A Personal Reflection. *International Journal of Health Services*, 32(4), 709–732. <https://doi.org/10.2190/rp8c-l5ub-4raf-nrh2>
- Litsios, S. (2004). The christian medical commission and the development of the world health organization’s primary health care approach. *American Journal of Public Health*, 94(11), 1884–1893. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.11.1884>
- Macinko, J., Montenegro, H., Nebot Adell, C., & Etienne, C. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*, 21(2), 73–84. Retrieved from <http://www.paho.org/>
- Manzano, M., & Novoa, A. (2013). *Conocimientos y percepciones de estudiantes de*

medicina de decimo semestre, en atención primaria de salud: Una mirada general en dos universidades de Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana. Retrieved from <http://ir.obihiro.ac.jp/dspace/handle/10322/3933>

Martín Zurro, A., & Cano Pérez, J. F. (2011). *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Atención familiar y salud comunitaria* (First Edit). Elsevier Espa8#241;a, S.L. <https://doi.org/10.1016/B978-84-8086-728-3/00024-7>

Mason, J. (1996). *Qualitative researching. Qualitative researching*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

Ministerio de salud y protección social. Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE (2019). Bogotá. Retrieved from [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 2626 de 2019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%202626%20de%202019.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de Atención Integral en Salud. Repositorio Institucional Digital Minsalud (RID)*. [https://doi.org/0741-5214\(93\)90264-M](https://doi.org/0741-5214(93)90264-M) [pii]

Ministerio de salud y protección social, & Academia nacional de medicina. (2016). *Perfiles y competencias profesionales en salud. Perspectiva de las profesiones, un aporte al cuidado de la salud, las personas, familias y comunidades*. Bogotá. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Perfiles-profesionales-salud.pdf>

Morales-Ruiz, J. C. (2009). 74 La formación integral, *I2(2)*, 73–82. Retrieved from <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v12n2/colaboracion2.pdf>

Nebot Adell, C., Rosales Echevarria, C., & Borrell Bentz, R. M. (2009). Desarrollo de competencias en atención primaria de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *26(2)*, 176–183. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892009000800011>

Nebot, C., Rosales, C., & Borrel, R. (2009). Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *26(2)*, 176–183. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892009000800011>

Observatori de Bioètica i Dret. (1979). *El informe Belmont. Principios y guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del*

comportamiento.

OPS/OMS. (2003). *Atención Primaria de Salud y Desarrollo de Recursos Humanos.*

Madrid, España. Retrieved from <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/Anexo-244-APSRecursos-Humanos-Sistema-de-salud.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2008). *La Atención Primaria mas necesaria que nunca.*

Informe sobre la salud en el mundo. Retrieved from

http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (1978a). *Atención primaria en salud.* Retrieved from

http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Alma_Atta-Declaracion-1978.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1978b). *Conferencia Internacional de Atención*

Primaria en Salud. Alma-Ata, URSS. Retrieved from

http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Alma_Atta-Declaracion-1978.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1997). *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI.* Yakarta, Republica de indonesia. Retrieved from

https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la Salud - Glosario Organización Mundial de la Salud Ginebra.* Retrieved from

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=F2AE5AE4EC15FA7AE55D55667E0D6CB3?sequence=1%0Ahttps://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=D866D30C444A96ACFF1AD181A99

Organización Mundial de la Salud. (2008). La atención primaria de salud cierra un ciclo

completo. *Boletín de La Organización Mundial de La Salud*, 86, 737–816. Retrieved from www.who.int/bulletin

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Declaración de Astaná.* Astaná.

Organización Mundial de la Salud, & Organización Panamericana de la Salud. (2005).

Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria de Salud (Declaración de Montevideo). Washington. Retrieved from

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/CD46-Declaracion-Montevideo-2005.pdf>

Organización Mundial de la Salud, & Organización Panamericana de la Salud. (2012).

Entrevista con David Tejada de Rivero. Retrieved September 13, 2020, from <https://www.paho.org/en/public-health-heroes/dr-david-tejada-rivero>

Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Retrieved from <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>

Organización Mundial de la Salud. (1973). *Estudio orgánico sobre métodos para promover el desarrollo de los servicios básicos de salud. (Proyecto de resolución presentado por Dinamarca, Kenia, República Árabe Siria, Tailandia y Trinidad y Tabago)*. <https://doi.org/10.1108/ijhcqa.2009.06222dab.001>

Organización Mundial de la Salud. (2007). *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas (Página WEB)*. Retrieved from <http://www.paho.org/>

Organización Mundial de la Salud. (2008, October). La atención primaria de salud cierra un ciclo completo. *Boletín de La Organización Mundial de La Salud*, 737–816. Retrieved from <https://www.who.int/bulletin/volumes/86/10/08-041008/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (2008). *La formación en Medicina orientada hacia la Atención Primaria de Salud*.

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Estrategia De Recursos Humanos Para El Acceso Universal A La Salud Y La Cobertura Universal De Salud. 29. a Conferencia Sanitaria Panamericana 69. A Sesión Del Comité Regional De La Oms Para Las Américas*. Retrieved from https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-es-9250&alias=41533-csp29-10-s-533&Itemid=270&lang=es

Organización Panamericana de la Salud. (2019). Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Retrieved September 13, 2020, from <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50960>

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *De Alma-Ata a Salud Universal*. Retrieved

from <https://www.paho.org/sites/default/files/2020-02/almaata-40-timeline-eng-spa.pdf>

Parada-Lezcano, M., Romero S., M. I., & Cortés, F. M. (2016). Educación médica para la atención primaria de salud: Visión de los docentes y estudiantes. *Revista Medica de Chile*, *144*(8), 1059–1066.

Pedraza Muriel, V. (2004). Investigación en atención primaria de salud. Premisas básicas. *Atención Primaria*, *34*(6), 318–322. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(04\)79502-5](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(04)79502-5)

Pérez, E., Pérez, A., Labrador, M., & Castro, G. (2011). Aproximación de la universidad, a la situación de salud de la población y a los servicios de salud en Cuba. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *27*(4).

Pupo Ávila, N., Hernández Gómez, C., & Presno Labrador, C. (2017). La formación médica en Promoción de Salud desde el enfoque de los determinantes sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *33*(2), 218–229. Retrieved from <http://scielo.sld.cu>

Ricardo, R., & Ricardo, E. (2011). *La educación médica en Colombia*.

Rodríguez-Villamizar, L., Vera-Cala, L., Rivera, R., Rojas, O., & Uribe, L. (2017). Evaluación de percepción de competencias de trabajadores respecto del Modelo Integral de Atención en Salud. *Revista de La Universidad Industrial de Santander*, *49*(2), 302–311. <https://doi.org/10.18273/revsal.v49n2-2017003>

Rodriguez, Y. (2000). La hermenéutica aplicada a la interpretación del texto. El uso de la técnica del análisis del contenido. Valencia, Venezuela: Universidad de Carabobo. Facultad de ciencias de la educación.

Rosas Prieto, A. M., Narciso Zarate, V., & Cuba Fuentes, M. S. (2013). Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar UNA REFLEXIÓN SOBRE LA ATENCIÓN PRIMARIA. *Acta Med Per*, *30*(1), 42–47. Retrieved from <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v30n1/a08v30n1.pdf>

Senado de la República de Colombia. Leu 44 de 1993 (1993). Bogotá. Retrieved from <http://derechodeautor.gov.co:8080/documents/10181/182597/44.pdf/7875d74e-b3ef-4a8a-8661-704823b871b5>

- Siurana Aparisi, J. C. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*, 22(22), 121–157. <https://doi.org/10.4067/s0718-92732010000100006>
- Strauss, A., & Corbin, J. M. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Tejada de Rivero, D. A. (2003). Alma-Ata Revisited. *Perspectives in Health*, 8(2), 3–8.
- Torres-Lagunas, M. (2018). La Atención Primaria de Salud de Alma-Ata a Astaná, hacia la cobertura universal. *Enfermería Universitaria*, 15(4), 329–331. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.4.547>
- Troncoso-Pantoja, C., & Amaya-Placencia, A. (2017). Interview: A practical guide for qualitative data collection in health research. *Revista Facultad de Medicina*, 65(2), 329–332. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.60235>
- U.S. National Library of Medicine. (1966). Education, Medical, Graduate - MeSH - NCBI. Retrieved August 9, 2020, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=Education%2C+Medical%2C+Graduate>
- U.S. National Library of Medicine. (1972). Primary Health Care - MeSH - NCBI. Retrieved August 9, 2020, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=Primary+Health+care>
- U.S. National Library of Medicine. (1973). Education, Medical, Undergraduate - MeSH - NCBI. Retrieved August 9, 2020, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=Education%2C+Medical%2C+Undergraduate>
- U.S. National Library of Medicine. (1977). Community Medicine - MeSH - NCBI. Retrieved September 8, 2020, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=Community+Medicine>
- U.S. National Library of Medicine. (1979). Primary Prevention - MeSH - NCBI. Retrieved August 9, 2020, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=Primary+Prevention>

- U.S. National Library of Medicine. (1980). Health Promotion - MeSH - NCBI. Retrieved August 9, 2020, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68006293>
- U.S. National Library of Medicine. (2011). Physicians, Primary Care - MeSH - NCBI. Retrieved August 9, 2020, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=Physicians%2C+Primary+Care>
- U.S. National Library of Medicine. (2020a). Health Education - MeSH - NCBI. Retrieved August 9, 2020, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68006266>
- U.S. National Library of Medicine. (2020b). Preventive Medicine - MeSH - NCBI. Retrieved August 9, 2020, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68011315>
- UNICEF, & Organización Mundial de la Salud. (1975). *Alternative Approaches To Meeting Basic Health Needs in Developing Countries*. Ginebra.
- United Nations. (2020). Lead The New Normal - Office of the Secretary-General's Envoy on Youth. Retrieved from <https://www.un.org/youthenvoy/2020/06/leadthenewnormal/>
- Vanselow, Neal; Donaldson, M. (1995). A new definition of primary Care. *Jama Network*, 3, 192. Retrieved from <https://jamanetwork.com/journals/jama/issue/273/3>
- Vargas Melgarejo, L. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4(8), 47–53.
- Yancen, L., Consuegra, D., Herrera, K., Pacheco, B., & Díaz, D. (2013). Estrategias educativas utilizadas por los docentes del programa de enfermería de una universidad de la ciudad de Barranquilla (Colombia) frente a los estilos de aprendizaje de los estudiantes de este programa. *Salud Uninorte*, 29(3), 405–416.
- Yepes Delgado, C. E. (2005). La atención primaria en salud, como escenario para la formación médica y la transformación social. *Iatreia*, 18(2), 225–234.
- Zurro, Cano Pérez, J., & Gené-Badia, J. (2014). Docencia en Atención Primaria y Medicina de Familia. In *Atención Primaria. Principios, organización y métodos en medicina de familia* (7^a, pp. 141–153). Elsevier España, S.L.U. <https://doi.org/10.1016/B978-84-9022-109-9/00009-5>
- Zurro, M. (2016). Docencia en Atención Primaria y Medicina de Familia. In *Compendio de*

Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica en Medicina de Familia. (4^a, p. 856). Elsevier España, S.L.U. <https://doi.org/10.1016/B978-84-9022-109-9.00009-5>

