

Propuesta de articulación territorial de prácticas académicas de la Universidad de Antioquia, en
el contexto del modelo de Atención Primaria en Salud

Elaborada por:

Elvira Yurani Zapata Sánchez
Amador Herney Rúa Arias
Yuly Andrea Marín Ospina

Vicerrectoría de Extensión
Vicerrectoría de Docencia
Universidad de Antioquia
Junio 2018

COMITÉ ACADÉMICO

PROPUESTA DE ARTICULACION TERRITORIAL DE PRÁCTICAS ACADÉMICAS

Nombre	Dependencia
Yuly Andrea Marín Ospina	Facultad de Medicina
Yomaira Higueta Higueta	
David Andrés Rodríguez Echavarría	Facultad de Ciencias Farmacéuticas y Alimentarias
Yan Carlos Cataño Montoya	
Jorge Arturo Fernández Silva	Facultad de Ciencias Agrarias
Laura Vásquez Jaramillo	
Sandra Zuluaga Salazar	Facultad de Odontología
Luz Stella Muñoz Sierra	Escuela de Nutrición y Dietética
Águeda Torres Marín	Facultad de Derecho y Ciencias Políticas
Edwin Andrés Gómez Muñoz	
Andrea Salazar Ospina	Facultad de Ciencias Farmacéuticas y Alimentarias
Manuela Mesa Sierra	Escuela de Microbiología
Estefanía Fandiño Devia	
Victoria González Cárdenas	
Juan Carlos Padierna Cardona	Instituto Universitario de Educación Física
Paula Andrea Hernández Arboleda	
Lina María Galvis Bernal	Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Javier García Ramos	Facultad de Ingeniería
Sonia Patricia Morales Vélez	
Iván Felipe Muñoz Echeverri	Facultad Nacional de Salud Pública
Amador Herney Rúa Arias	Vicerrectoría de Docencia
Elvira Yurani Zapata Sánchez	Vicerrectoría de Extensión
Cecilia María Taborda Pérez	ESE Metrosalud – UPSS Santa Cruz

Contenido

Lista de tablas	4
Lista de gráficos.....	4
Lista de anexos.....	4
1. Introducción	5
2. Justificación	7
3. Objetivos	10
3.1. Objetivo General.....	10
3.2. Objetivos específicos	10
4. Marco de referencia	11
4.1. Antecedentes	11
4.2. Marco conceptual.....	15
4.2.1. Atención Primaria en Salud – APS.....	15
4.2.2. Participación social y gestión territorial en salud	28
4.3. Educación.....	31
4.3.1. Territorio como escenario del proceso enseñanza aprendizaje.....	31
4.3.2. Aprendizaje basado en problemas de los territorios	33
4.4. Marco legal	43
4.4.1. Prácticas académicas.....	43
4.4.2. Convenio interfacultades Atención Primaria en Salud – Universidad de Antioquia.....	46
4.5.1. Comuna 1	47
4.5.2. Comuna 2.....	48
4.5.3. ESE Metrosalud	49
4.5.4. Modelo de Atención Primaria en Salud de Metrosalud	52
4.5.5. Plan Comunal de Salud Comuna 1- Popular, de Medellín	54
5. Metodología	56
6. Cronograma.....	61
7. Referencias bibliográficas.....	62

Lista de tablas

Tabla 1. Distribución de Unidades Hospitalarias de Metrosalud

Tabla 2. Valores, Principios y Elementos de la APS en el MPSS – APS de la ESE Metrosalud

Tabla 3. Entornos de la APS

Tabla 4. Objetivos específicos vs Actividades

Lista de gráficos

Gráfico 1. Esquema del Modelo de Prestación de Servicios Basado en APS

Lista de anexos

Anexo 1. Convenio Marco de Cooperación Interfacultades No. 8801-001-2014

1. Introducción

La Universidad de Antioquia como institución comprometida con el desarrollo social y siguiendo los lineamientos del Plan de Desarrollo Institucional 2017-2027 «Una Universidad innovadora para la transformación de los territorios», está llamada a realizar acciones integrales basadas en las necesidades sociales. En ese sentido, se ha planteado la propuesta que se presenta a continuación denominada *Propuesta de articulación territorial de prácticas académicas de la Universidad de Antioquia, en el contexto del modelo de Atención Primaria en Salud* como una iniciativa estratégica pensada en tener una presencia integral e interdisciplinaria de la Universidad en los escenarios de práctica.

Es evidente que a lo largo de su historia y basados en el principio de responsabilidad social, la Universidad de Antioquia ha realizado intervenciones importantes por medio de las prácticas académicas en los territorios que así lo requieren; aunque en algunas oportunidades programas académicos coinciden en los mismos escenarios de práctica, cada uno de ellos trabaja de manera independiente y apuntado a diferentes frentes de trabajo. Dada esta situación, y al llamado de instituciones como Metrosalud, quien ha sido un aliado natural de la Universidad en el tema de prácticas y de la comunidad a través de sus líderes, se ha decidido generar esta propuesta que pretende integrar algunos procesos de práctica de la Universidad inicialmente en la comuna 1 (Popular) y 2 (Santa Cruz) de la Ciudad de Medellín, y que sirva de plataforma para generar una propuesta de prácticas articuladas en los territorios para la Universidad.

Esta articulación de prácticas se basa en el modelo de Atención Primaria en Salud-APS, el cual desarrolla sus acciones trabajando en los “lugares donde ocurre la vida” específicamente en los entornos: Familiar, Comunitario, Escolar, Laboral e Institucional. Teniendo en cuenta la posibilidad de intervenir en estos entornos, se pueden establecer estrategias claras para cada

contexto y desde diferentes áreas del conocimiento. Contando con el acompañamiento de las Vicerrectorías de Docencia y Extensión, durante el primer semestre del año 2018 se contó con la participación de los programas de Medicina, Odontología, Medicina Veterinaria, Ingeniería de Alimentos y Nutrición y Dietética, pero se espera que otras áreas se unan a la propuesta en el segundo semestre del año y en adelante. Con el trabajo conjunto entre dichos programas se podrán realizar un trabajo integral, que desde distintas miradas puedan incidir positivamente y con mayor impacto en el territorio donde se tendrá presencia.

La propuesta que a continuación se presenta, es un proceso que muestra la articulación de diferentes programas académicos y dependencias administrativas al interior de la Universidad, en la búsqueda de generar un acercamiento más oportuno, eficiente y acertado a otras instituciones y territorios. Igualmente, pretende que las prácticas académicas, siguiendo la normativa establecida y los lineamientos universitarios, puedan realizar un trabajo interdisciplinario teniendo en cuenta el aprendizaje basado en comunidad, para proponer e implementar programas y proyectos pensados en las necesidades específicas de la población.

2. Justificación

La propuesta de *articulación territorial de prácticas académicas de la Universidad de Antioquia, en el contexto del modelo de Atención Primaria en Salud*, ha sido concebida como una estrategia piloto, que se enmarca en la necesidad de atender la población bajo un modelo de Atención Primaria en Salud. Temática que no ha sido ajena a la agenda mundial, pues diferentes organismos han planteado su preocupación por la situación de salud global, y por ello, se han establecido diferentes estrategias, entre las cuales se podrían citar la Declaración de Alma-Ata en 1978, los Objetivos de Desarrollo del Milenio y actualmente los Objetivos de Desarrollo Sostenible, como medidas para unir los gobiernos y organizaciones sociales para trabajar alrededor de esta situación.

Dados estos antecedentes y en concordancia con su principio de responsabilidad social, la Universidad de Antioquia debe enfocar su mirada en el territorio en el cual converge, para apostarle al desarrollo de acciones puedan ayudar a resolver situaciones sociales desde la academia, ya que como lo plantea uno de los objetivos del Plan de Desarrollo Institucional 2017-2027, la Universidad debe «fomentar la innovación para la comprensión y solución de problemas y potenciación de capacidades hacia la transformación de la Universidad y sus territorios» (Universidad de Antioquia -UdeA-, 2017, p. 48). Por ello, siendo congruentes con las políticas universitarias, la realización de intervenciones articuladas, en este caso en las comunas 1 (Popular) y 2 (Santa Cruz) de la Ciudad de Medellín son la materialización de los objetivos institucionales dada la intención de mantener la «relación fortalecida de la Universidad con la sociedad para el mejoramiento de las condiciones de vida en el marco de un enfoque territorial» (UdeA, 2017, p. 48).

Así mismo, como lo sugiere el modelo de Atención Primaria en Salud, abordar la salud desde diferentes perspectivas o áreas de conocimiento brinda un panorama más amplio que posibilita el cuidado integral al ser humano. En ese sentido, la articulación de las prácticas en un determinado territorio, invita a reflexionar sobre el alcance que se puede tener al intervenir un tema transversal desde las diferentes esferas del conocimiento, ya que como lo define el principio de interdisciplinariedad propuesto en el Estatuto General de la Universidad

las actividades académicas de investigación, de docencia y de extensión abordan problemas prácticos o teóricos en una perspectiva interdisciplinaria que propicia la aprehensión de la complejidad de los objetos, fenómenos o procesos, de sus relaciones e interacciones internas y externas, y promueve, desde cada disciplina o profesión, la cooperación y el desarrollo recíprocos en la búsqueda del conocimiento y en su aplicación sobre el mundo (Acuerdo Superior N°1, 1994, art.13).

Teniendo en cuenta que las practicas académicas hacen parte de la formación integral y que la Universidad tiene el compromiso de formar estudiantes «[...] para cumplir responsablemente las funciones profesionales, investigativas, artísticas y de servicio social que requieren la región y el país, y para liderar creativamente procesos de cambio» (Acuerdo Superior N°1, 1994, art.27), esta propuesta se convierte en una oportunidad de aprendizaje que proporciona una inmersión en el **territorio**, para que de una manera más acertada, clara y articulada, la Universidad llegue a los **territorios** de la mano de sus estudiantes.

Es importante resaltar, que al abordar problemáticas desde diferentes miradas, se pueden brindar soluciones integrales y eficientes, por lo cual, esta propuesta de articulación es una contribución desde la academia a la disminución de las dificultades existentes en los territorios, debido a la falta de atención integral a poblaciones donde las necesidades básicas no han sido resultas. Dicha contribución, se verá reflejada en el fortalecimiento de los vínculos de la

Universidad con la sociedad, principal actor de esta propuesta, pues es allí donde se centra el ideal del trabajo universitario, en congruencia con la misión y el compromiso social de la Institución. Finalmente, se espera que esta propuesta tenga continuidad en el tiempo, que se pueda llevar a otros territorios y que cuente con la vinculación de otras instancias académicas y administrativas para que se convierta en un modelo de articulación prácticas para Universidad.

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

Articular prácticas académicas de diferentes disciplinas y profesiones con actores institucionales y comunitarios, posibilitando el desarrollo de los ejes misionales de la Universidad en respuesta a las realidades sociales de los territorios.

3.2. Objetivos específicos

- Identificar las prácticas académicas de la Universidad de Antioquia que puedan articularse en la propuesta.
- Propiciar el diálogo de saberes y el trabajo interdisciplinario entre las diferentes Unidades Académicas de la Universidad, con los actores institucionales y comunitarios que hacen presencia los territorios.
- Planear y desarrollar prácticas articuladas en los territorios teniendo en cuenta las necesidades y potencialidades de formación, de las comunidades y las instituciones.
- Evaluar y sistematizar la experiencia como insumo para la propuesta de modelo de prácticas en la Universidad.

4. Marco de referencia

4.1. Antecedentes

En la Universidad de Antioquia a lo largo de la historia se han formulado y desarrollado propuestas alrededor de la articulación de las prácticas académicas, experiencias que son muy valiosas y que vale la pena tener presentes, al momento de emprender proyectos que tengan alcances similares. En ese sentido, vale la pena mencionar las siguientes:

Proyecto Interinstitucional por una Infancia Saludable – PRISA:

El proyecto PRISA desarrollado entre los años 2004-2006 en las Comunas 1 y 2 de Medellín, se fundamentó «[...] en un marco institucional que pretende fortalecer la relación Universidad y Contexto Social, articulando el trabajo de diferentes unidades académicas, sus prácticas, el trabajo interinstitucional y un acercamiento a la comunidad» (Arboleda, L., Gómez, S., Gutiérrez, M., Salas, W, 2007, p. 9)¹. Bajo ese propósito, el proyecto se concibió como una iniciativa

[...] del área de la salud y bajo la modalidad de prácticas académicas, con características de interdisciplinariedad e interinstitucionalidad, mediante la aplicación de estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que dieran respuesta desde el alcance de la universidad, y con la presencia comprometida de otras instituciones, a las problemáticas de infancia detectadas en los niños y las niñas pertenecientes a los hogares comunitarios del ICBF ubicados en la zona Nororiental, por ser un sector vulnerable de la ciudad de Medellín (Arboleda, L., et al., 2007, p. 26).

En esos términos, el camino para formular y poner en marcha el proyecto « [...] fue un proceso lento, debido a las heterogéneas visiones y criterio de los miembros del grupo [...]» (Arboleda, L., et al., 2007, p. 29), situación natural en estructuras tan variadas y complejas; por

¹ Este documento fue proporcionado directamente por los profesores que realizaron la sistematización del proyecto, por lo tanto, no se encuentra disponible en la Web.

lo tanto, como estrategia para dinamizar el proyecto, se adoptaron diferentes medidas que permitieran que la formulación y ejecución del proyecto se llevaran a cabo de la manera esperada.

Para ello, el proyecto se instauró en el Programa Integración Docencia Asistencia - IDA-, de la Vicerrectoría de Extensión, pretendiendo que de esta manera se facilitara el direccionamiento, el soporte técnico y administrativo, de otro lado se contó con una coordinación operativa, se gestionaron recursos y se concibió un comité gestor como mecanismo de verificación de las actividades. (Arboleda, L., et al., 2007).

Es necesario mencionar que el Proyecto, además de la Vicerrectoría de Extensión, contó con la vinculación y articulación de

[...] Unidades Académicas como La Escuela de Nutrición y Dietética, Escuela de Microbiología y Laboratorio Clínico, Instituto Universitario de Educación Física y las Facultades de Medicina, Enfermería y Odontología; el Programa de Salud y la Institución Prestadora de Servicios de Salud -IPS- Universitaria, con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF- y sus Hogares Comunitarios [...] (Arboleda, L., et al., 2007, p. 9).

Con todas estas características pensadas en integración, integralidad, articulación y trabajo conjunto, tanto a nivel interno en la Universidad como a nivel interinstitucional, PRISA se proyectó como un « [...] modelo de práctica social universitaria, integrador de las tres dimensiones de la función social de la Universidad de Antioquia: la docencia, la investigación y la extensión [...]» (Sistematización Proyecto Prisa p.49).

En ese sentido, para dar cumplimiento a su propósito, se plantearon objetivos desde el nivel general, hasta los niveles académico y social. Además, su metodología adoptó el modelo de planeación estratégica participativa, con el establecimiento de relaciones de tipo interdisciplinario, interinstitucional y social, basado en 5 líneas estratégicas: Caracterización del

espacio – población, Promoción de la salud, Prevención de la enfermedad, Control de la morbilidad y limitación del daño, Articulación docente/unidades académicas en el proyecto. (Arboleda, L., et al., 2007).

Todo este dialogo de saberes y trabajo conjunto, permitió generar un impacto positivo tanto a nivel interno en la Universidad, como nivel social, ya que se generó un proceso de aprendizaje muy valioso basado en comunidad, y al mismo tiempo, se pudo brindar un acompañamiento a niños y a niñas en los principales entornos en los cuales se desarrollan. En estos términos, PRISA se convirtió en

un proyecto de prácticas académicas sin precedentes que trascendió el trabajo unidisciplinar y fragmentado que obedecía a los intereses particulares de las unidades académicas, a un trabajo conjunto y de equipo, sobre todo se dio al interior del grupo gestor, con objetivos concertados, unificación permanente de criterios y bajo el esquema de un solo proyecto de prácticas académicas que articuló la investigación, la docencia y la extensión en los escenarios locales y que en sus amplios lineamientos daba cabida a las prácticas de las unidades académicas participantes (Arboleda, L., et al., 2007, p. 64).

Salud al Colegio

Este Programa, «materializa la política social del Plan de Desarrollo "Bogotá Sin Indiferencia" ya que concibe la educación y la salud como derechos fundamentales.» (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2007, p.4). Configurándose en una apuesta interinstitucional en cabeza de

«[...] la Alcaldía Mayor sumando los recursos y funciones de las Secretarías de Educación y Salud con el propósito de garantizar una mejor calidad de vida a niños y jóvenes de la ciudad, en un proceso de gestión local con los hospitales, los Cadel y los colegios distritales». (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2007, p.4).

Esta estrategia llevada a cabo en la ciudad de Bogotá , tuvo como objetivo «contribuir al mejoramiento de las condiciones para el aprendizaje y el aprovechamiento del colegio, promoviendo la participación de niños, niñas, jóvenes, docentes, orientadores, directivos, administrativos, padres y madres de familia en procesos de desarrollo individual y colectivo» (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2007, p.7). Para dar cumplimiento a este propósito, se tenía dentro de las prioridades, la realización de acciones basadas en las necesidades y las expectativas de la comunidad educativa, para que de una manera más eficiente y eficaz se pudieran proporcionar los medios necesarios para el mejoramiento de la salud.

En ese sentido, contempló la «conformación de equipos de trabajo interinstitucionales a nivel distrital local e institucional para dinamizar el trabajo» (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2007, p.7), facilitando con la conformación de dichos equipos, la construcción de acuerdos, rutas de trabajo, coordinación de calendarios escolares, articulación de recursos y la apropiación de la participación como insumo fundamenta en la planeación.

La esencia del programa Salud al Colegio, estuvo enfocada en «[...]cuatro proyectos pedagógicos que se adelantan en los Colegios: PRAES, Tiempo Libre, Educación Sexual y Convivencia, Democracia y Derecho Humanos» (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2007, p.1). Al tener como punto focal estas temáticas, el Programa buscaba tener mayor incidencia en asuntos transversales que se presentan en los colegios públicos de la ciudad de Bogotá, tales como: «la desnutrición, la discapacidad, el abuso sexual, la gestación en adolescentes, la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil, el trabajo infantil y juvenil, la conducta suicida y el consumo abusivo de sustancia psicoactivas» (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2007, p.1)

Con estas claridades, metodológicamente la propuesta se trabajó en cinco fases a saber: planeación participativa, desarrollo de los planes de respuesta integral, seguimiento y monitoreo

(primer momento), desarrollo de los planes de respuesta integral y seguimiento y monitoreo (segundo momento). (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2007). Esta ruta metodológica daba respuesta a los retos de Salud al Colegio, que estaba más allá de labores asistenciales en salud, en la búsqueda de acciones de promoción y prevención y del establecimiento de proyectos escolares permanentes que dieran respuesta al cuidado integral de las comunidades educativas.

4.2. Marco conceptual

4.2.1. Atención Primaria en Salud – APS

Concepto

La Declaración de Alma-Ata 1978, define la atención primaria de salud como «atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es el eje central y el foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada».

Con esta premisa, es claro que a lo largo de los años a nivel mundial se ha venido trabajando un concepto integral de la salud, siendo este un llamado a crear acciones y estrategias, que respondan eficiente y equitativamente a las necesidades y expectativas de la población.

Por ello, para la Atención Primaria en Salud, la corresponsabilidad es un principio fundamental, que implica la articulación coordinada entre el Estado, las instituciones y la

comunidad, que permita la generación de capacidades para que la población tenga una participación activa en la planeación, organización y ejecución de las acciones alrededor de la salud pública. De esta manera, se podrá garantizar que las acciones que se pongan en marcha sean efectivas y alcancen los niveles de desarrollo esperados, dejando capacidades instaladas en la población, para que se conviertan en líderes de sus propios procesos de manera sostenible. Esto en concordancia con lo establecido por la OPS, quien indica que

un sistema sanitario basado en la atención primaria de salud orienta sus estructuras y funciones hacia los valores de la equidad y la solidaridad social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (www.paho.org/hq/, s. f.).

En ese sentido, el concepto de Atención Primaria en Salud dado por la Declaración de Alma-Ata sigue vigente y en esa línea la ley 1438 de 2011, que reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, establece que

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 General de Seguridad Social en Salud (Ley N° 1438, 2011, art.12)

Es allí, donde se hace primordial tener una mirada holística del concepto de salud, entendida no solo desde la visión clínica, como la ausencia de enfermedad; sino desde el concepto pleno del estado de bienestar, lo que implica intervenciones desde los distintos entes públicos, privados y comunitarios, que aborden de manera coordinada y desde diferentes áreas de conocimiento las acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud. Esta

integración es una apuesta clave para que haya un seguimiento oportuno a las necesidades de salud y para realizar acciones participativas de calidad y sostenibles en el tiempo, de tal manera que los territorios se vean beneficiados con recursos claros que respondan a sus necesidades específicas, porque tener una población saludable impacta positivamente en todos los ámbitos del desarrollo humano.

Alma –Ata

Dada la preocupación a nivel mundial por las inequidades existentes para el acceso a la salud, el 12 de septiembre de 1978 se celebró en Alma-Ata, la Conferencia internacional sobre Atención Primaria en Salud, a la cual se le dio el mismo nombre. A dicho espacio asistieron «delegaciones de 134 gobiernos y representantes de 67 organizaciones de las Naciones Unidas, organismos especializados y organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OMS y el UNICEF,» (Organización Mundial de la Salud -OMS-,1978, p. 16) y tuvo como premisa «salud para todos en el año 2000».

Teniendo como base que la salud es un derecho fundamental, Alma – Ata se convirtió en un pronunciamiento oficial y en un reto que buscaba la generación de un consenso mundial, pretendiendo que cada país estableciera políticas oportunas y la configuración de sistemas de salud integrales. Alma-Ata planteó la estructura de Atención Primaria en Salud y de esta manera, amplió el modelo médico para incluir factores sociales y económicos, y reconoció que las actividades de numerosos sectores, incluidas las organizaciones de la sociedad civil, determinaban las perspectivas de mejorar la salud. Los objetivos generales eran la equidad en el acceso a la atención, y la eficacia en la prestación de los servicios (www.who.int/dg/20080915/es/, 2008).

Aunque han pasado casi 40 años, Alma-Ata continúa siendo un referente, pues se reconoce la Atención Primaria en Salud como un modelo que no solo depende del papel del Estado, sino que resalta la participación comunitaria como un elemento clave. Igualmente, se propone trabajar a partir de las necesidades sociales, para atender desde la raíz los problemas que aquejan a las comunidades, ya que la gestión de la salud impacta directamente los procesos de desarrollo político, económico y social individuales y colectivos.

La Declaración de Alma-Ata plantea lo siguiente:

I. La Conferencia reafirma con decisión, 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.

II. La existente desigualdad en el estado de salud de las personas, particularmente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo, así como entre los diversos países, es inaceptable política, social y económicamente y, por tanto, implica de manera común a todos los países.

III. El desarrollo económico y social, basado en un nuevo orden económico internacional, es de una importancia básica para poder conseguir de manera completa la salud para todos, y para reducir la diferencia en el estado de salud existente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo. La promoción y protección de la salud de la población son esenciales para mantener el desarrollo económico y social, y contribuyen a una mejor calidad de vida y a la paz en el mundo.

IV. Las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria.

V. Los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de sus poblaciones, que puede ser conseguida sólo mediante la provisión de unas medidas sanitarias y sociales adecuadas. Un objetivo social principal de los gobiernos, organizaciones internacionales y el total de la comunidad mundial para

las próximas décadas, debería ser la promoción, para todos los habitantes del mundo, en el año 2000, de un nivel de salud que les permitiera llevar a cabo una vida productiva social y económicamente. La atención primaria de salud es la clave para conseguir este objetivo como parte del espíritu de justicia social del desarrollo.

VI. La atención primaria de salud es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es el eje central y el foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada.

VII. La atención primaria sanitaria: (1) Refleja las condiciones económicas y socioculturales, así como las características políticas del país y de sus comunidades, desarrollándose a partir de ellas, y está basada en la aplicación de los resultados apropiados de la investigación social, biomédica y de servicios sanitarios, así como en la experiencia sobre salud pública.(2) Se dirige hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad, y para ello, proporciona y promueve servicios preventivos, curativos y rehabilitadores.(3) Incluye como mínimo: educación sobre los problemas sanitarios más prevalentes y los métodos para prevenirlos y controlarlos; promoción sobre el suministro de alimentación y de correcta nutrición; adecuado suministro de agua potable y saneamiento básico; asistencia maternal e infantil, incluyendo la planificación familiar; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y control de las enfermedades endémicas locales; apropiando tratamiento de las enfermedades comunes y los traumatismos, y provisión de los medicamentos esenciales.(4) Implica, además del sector sanitario, a todos los sectores relacionados y a diferentes aspectos del desarrollo nacional y comunitario, en particular, la agricultura, los animales de labranza, la industria alimentaria, la educación, la vivienda,

los servicios públicos, las comunicaciones y otros sectores, y solicita los esfuerzos coordinados de todos estos sectores, y solicita los esfuerzos coordinados de todos estos sectores.(5) Requiere y promueve el autodesarrollo comunitario e individual al máximo posible, con participación en la planificación, organización, desarrollo y control de la atención primaria sanitaria, haciendo un uso más completo de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles; y para finalizar, desarrolla, a través de una formación apropiada, la habilidad de las comunidades para participar.(6) Debería mantenerse por sistemas de interconsulta integrados, funcionales y mutuamente apoyados, con vistas a una mejora progresiva e integrada de la atención sanitaria para todos, y dando prioridad a los más necesitados.(7) Se desarrolla a niveles locales y a niveles de apoyo, mediante los profesionales sanitarios, incluyendo a los médicos, enfermeras, comadronas, auxiliares y asistentes sociales, en lo que corresponda, así como los tradicionales y necesarios médicos de cabecera, correctamente formados social y técnicamente para ejercer como un equipo sanitario a fin de responder a las necesidades sanitarias expresadas por la comunidad.

VIII. Todos los gobiernos deberían formular políticas nacionales, estrategias y planes de acción para establecer y mantener la atención primaria sanitaria como parte de un sistema nacional de salud integrado y en coordinación con otros sectores. Para este fin, será necesario ejercitar voluntades políticas, a fin de movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX. Todos los países deberían cooperar con un espíritu de fraternidad y de servicio para asegurar la atención primaria sanitaria a toda la población, ya que la consecución de la salud, por parte de la población de un país, directamente afecta y beneficia a cualquier otro país. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria constituye una base sólida para el futuro desarrollo y establecimiento de la atención primaria sanitaria en todo el mundo.

X. Puede conseguirse un nivel aceptable de salud para todo el mundo en el año 2000, mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, una considerable parte de los cuales se gastan hoy día en armamento y conflictos militares. Una política genuina de independencia, paz y desarmamento podrían ser bien empleados en objetivos pacíficos y, en particular, en la aceleración del

desarrollo social y económico, entre los que la atención primaria sanitaria, como parte esencial, debería recibir su parte proporcional adecuada. La Conferencia internacional sobre atención primaria de salud realiza un llamamiento urgente y efectivo para una acción nacional e internacional a fin de desarrollar e implementar la atención primaria sanitaria en todo el mundo y, particularmente, en los países en vías de desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y en consonancia con el nuevo orden económico internacional. Urge, por parte de los gobiernos, de la OMS, de la UNICEF y de otras organizaciones internacionales, así como por parte de agencias multilaterales o bilaterales, organizaciones no gubernamentales, agencias de financiación, todos los profesionales sanitarios y el total de la comunidad mundial, mantener la obligación nacional e internacional hacia la atención primaria sanitaria y canalizar un soporte técnico y financiero cada vez mayor, particularmente en los países en vías de desarrollo. La Conferencia hace un llamamiento a todos los foros mencionados para colaborar en introducir, desarrollar y mantener la atención primaria sanitaria, de acuerdo con el espíritu y contenido de esta Declaración (www.alma-ata.es/, s. f.).

Atención Primaria en Salud Renovada

Desde la declaración de Alma-Ata han pasado casi 40 años, y durante este tiempo hubo cambios significativos en las condiciones de vida de la población mundial, en una revisión hecha en el 2005 por la OPS se evidenció que

los factores de enfoque fueron cambiando, pues, la pirámide poblacional se había transformado, encontrando que la población anciana superaba al de los niños, había menos nacimientos, mejor calidad de vida e incremento en la expectativa de vida. Cambios que abrieron espacio a otros problemas como la industrialización y urbanización de la sociedad, enfermedades crónicas hacinamiento con riesgos medioambientales. (www.consultorsalud.com, 2014).

Esto generó una necesidad de adaptarse a los cambios culturales, ambientales, políticos, económicos y sociales del mundo moderno, a partir de lo cual surge la Atención Primaria en

Salud Renovada, que aunque de alguna manera conserva las premisas de Alma-Ata, «[...] este nuevo enfoque parte del reconocimiento de la salud como una capacidad humana básica, un requisito para que los individuos realicen sus proyectos de vida, un elemento indispensable en la construcción de las sociedades democráticas y un derecho humano» (Organización Panamericana de la Salud -OPS-, 2007, p.3). Es decir, ha sido necesario modificar el concepto y la práctica de la Atención Primaria en Salud, para estar acorde con los desafíos que el mundo actual y con las metas globales.

Para ello, es que la adopción de una estrategia renovada permite avanzar más allá de los servicios tradicionales, vistos solo desde el concepto de enfermedad, para atender las necesidades del ser humano en toda su integralidad. Siendo así, la Atención Primaria en Salud no será vista como un proceso selectivo que ignore el contexto general del desarrollo humano, sino que, por el contrario, de acuerdo a este nuevo modelo que

[...]exige prestar más atención a las necesidades estructurales y operativas de los sistemas de salud tales como el acceso, la justicia económica, la adecuación y sostenibilidad de los recursos, el compromiso político y el desarrollo de sistemas que garanticen la calidad de la atención (OPS, 2007, p. iii).

En este caso, se hace necesario reconocer los cambios y atender los desafíos del entorno, para aplicar un proceso renovado, que pretende aportar a la creación de estrategias eficientes y sostenibles, enfocadas en ser humano como el actor principal de todos los ámbitos del desarrollo. Para ello, se requiere una distribución equitativa de los recursos que atienda las necesidades humanas en toda su complejidad, para mejorar las condiciones y la calidad de vida de la población, lo que se deriva en la materialización de los objetivos globales en asuntos relacionados con el desarrollo humano y social.

APS en Colombia:

En el año 2011 se estableció la Ley 1438, la cual tiene por objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación de servicios en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud, permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable que brinde servicios de mayor calidad, incluyentes y equitativos, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país (Ley N° 1438, 2011, art.1). Por lo tanto, responsabiliza al Estado de la política de salud pública, sin excluir la corresponsabilidad de las entidades promotoras de salud para su funcionamiento y determina los principios por los cuales se rige la Atención Primaria en Salud, entre los cuales se puede resaltar la atención integral e integrada, la acción intersectorial por la salud y participación social comunitaria y ciudadanía.

Así mismo esta Ley, define La Atención Primaria en Salud 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 General de Seguridad Social en Salud (Ley N° 1438, 2011, art.12).

Con esta claridad, se evidencian elementos fundamentales que manifiestan la importancia de trabajar en red y desde las diferentes disciplinas para atender las necesidades de salud de la población de una manera holística y determinada por la participación comunitaria.

Si bien la Ley 1438 de 2011 dejó un marco normativo para el desarrollo de la APS en el país, en el terreno práctico no se realizó un desarrollo de la ley que permitiera su ejecución. Más

adelante la Ley Estatutaria en Salud y el Plan Nacional de Desarrollo plantean de nuevo la necesidad de generar un modelo de atención en salud que mejore la situación actual.

Atendiendo a este mandato, surge la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), adoptada bajo la Resolución 439 de 2016, con el objetivo de

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” (Ley 1751 de 2015, citada por Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p. 30).

Esta política aporta los lineamientos esenciales para la dar una mayor articulación a las estrategias, concertar su ejecución de una manera clara y responsable con el propósito brindar acceso integral y efectivo, enfocado a

la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución (Resolución N° 00429, 2016, art.1).

En ese sentido, dicha Política exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, los aseguradores y los prestadores de servicios, para de así garantizar el derecho a la salud de la población colombiana.

La PAIS considera cuatro estrategias para su operación: «La atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, La gestión integral del riesgo en salud y El enfoque diferencial de territorios y poblaciones» (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p. 30). Además, cuenta con un marco un marco operacional denominado Modelo Integral

de Atención en Salud (MIAS), el cual aporta los mecanismos e instrumentos operativos y de gestión de los diferentes agentes del Sistema de Salud.

En consecuencia, el MIAS es el modelo que adopta herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población, bajo condiciones de equidad, y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del sistema, en una visión centrada en las personas. (Resolución N° 00429, 2016, art.3).

En estos términos, el MIAS para su operación cuenta con diez componentes, así: caracterización de la población, regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud-GIRS, delimitación territorial, Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, redefinición del rol del asegurador, redefinición del esquema de incentivos, requerimientos y procesos del sistema de información, **fortalecimiento del recurso humano en salud**, fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento.

Para que estos componentes se materialicen, el MIAS exige un desarrollo coordinado y articulado, donde todos los participantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tengan una definición clara de acciones a ejecutar y procesos de monitoreo, retroalimentación y evaluación debidamente establecidos. Este Modelo

pone en el centro a las personas, su bienestar y desarrollo, propone intervenciones que comprenden acciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, con oportunidad, aceptabilidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p. 46)

Por tanto, este es un Modelo armonizador de procesos y los sectores que integran el Sistema de Salud para que sus aportes sean significativos y estén orientados a velar por el derecho a la salud de los ciudadanos colombianos, dejando una tarea clara y retadora en cuanto a la formación del talento humano en salud.

Formación del talento humano en salud para la Atención Primaria en Salud - APS -

La renovación de la APS, ha traído consigo la necesidad de adoptar nuevas medidas que incidan de manera positiva en el Sistema de Salud; entre estos cambios, se encuentra tener un talento humano idóneo para enfrentar las demandas de la población. Es decir,

esta renovación requiere que los países generen condiciones para el desarrollo de los recursos humanos, que ponga énfasis en la calidad y el mejoramiento continuo, el desarrollo de competencias apropiadas para la APS, el desarrollo de equipos multidisciplinarios, y la promoción de la investigación, entre otras. (OPS, 2008a, p.5)

Teniendo claridad en esto, es importante mencionar que el equipo humano para la APS, no solamente lo integra el área clínica, sino personal de otras áreas de conocimiento, para que desde las distintas miradas y de manera conjunta puedan determinar causas e ir a la raíz de las necesidades poblacionales.

Precisamente en Colombia, la Ley 1438 de 2011, en su artículo 13 indica que para implementar la Atención Primaria en el Sistema General de Seguridad Social en Salud se debe tener en cuenta entre otros elementos «talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, motivado, suficiente y cualificado». Igualmente, indica que será el Ministerio de Protección Social, con recomendación del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, es quien define la política en Talento Humano en Salud y que

El Gobierno Nacional establecerá los lineamientos para poner en marcha un sistema de formación continua para el Talento Humano en Salud, dando prioridad a la implementación de un programa de Atención Primaria para los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que deberá implementarse en forma progresiva[...] (Ley N° 1438, 2011, art.98).

Es decir, se cuenta con una regulación y se infiere un interés por abordar la APS de acuerdo a su concepción desde Alma-Ata hasta el proceso de renovación en el que se trabaja en la actualidad.

Por consiguiente, es primordial contar con un talento humano también renovado, que se involucre a fondo, de tal manera que pueda proponer alternativas y desarrollar estrategias de intervención pertinentes. Simultáneamente, se debe contar con personal que complemente la labor clínica, es decir, que otras disciplinas participen activamente en la construcción de un Sistema de Salud sólido, donde se generen escenarios fortalecidos, de alto impacto y continuos en el tiempo, porque la implementación de APS implica «[...]incluir destrezas adicionales en procesos de toma de decisiones, participación social, desarrollo de alianzas estratégicas y conocimientos en ciencias sociales, ambientales y conductas relacionadas con la salud y el desarrollo comunitario[...]» (Vega, Acosta, Mosquera, Restrepo, 2009, p. 154). Esto significa, que el trabajo de equipos interdisciplinarios permitirá comprender de manera ampliada, la influencia de los cambios sociales, económicos y políticos en el estado de salud de la población.

Siguiendo esa misma ruta, es elemental que el talento humano para APS tenga competencias relacionadas con la comunicación asertiva, para que el proceso de interacción con la población se haga de una manera humanística, basada en la ética y la responsabilidad requeridas para entrar en contacto con las personas. Teniendo en cuenta estas características, también es importante tener en cuenta que «la composición de un equipo de atención primaria debe ajustarse a las características concretas del sistema y la comunidad que atiende. Por tanto,

no existen modelos universales que permitan describir una composición válida para todos los lugares y contextos sociales» (OPS, 2008b, p. 10), como resultado, el talento humano debe estar preparado para trabajar de la mano de la comunidad, porque cada territorio tiene dinámicas distintas y por lo tanto, el éxito de las acciones dependen en gran medida de las relaciones de confianza que se establezcan con la población.

Se hace claro que para «[...] lograr la disponibilidad de este tipo de recurso humano exige una planificación estratégica e inversión en capacitación, empleo e incentivos; así como la ampliación y fortalecimiento de los conocimientos y habilidades de los trabajadores de la salud ya existente» (OPS, 2008b, p. 17). Por lo cual, cabe recalcar que hay una responsabilidad importante de parte de los gobiernos y de los entes educativos, para gestionar recursos y formar un talento humano idóneo, que asuma retos y que implemente las herramientas convenientes para ayudar a producir los cambios que la estrategia de APS exige.

4.2.2. Participación social y gestión territorial en salud

Desde la Declaración de Alma Ata en 1978, se planteó que las «personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria» (OMS, 1978, p. 3), vislumbrando con ello, que el Sistema de Salud no solo requiere del trabajo que realizan los gobiernos y las instituciones, sino que depende en gran medida del nivel de acercamiento y sinergia que se logre alcanzar con las comunidades. En la línea de Alma – Ata, se pueden destacar en Colombia algunas normas o políticas que hacen énfasis en la participación social, entre las cuales se puede nombrar: El Decreto 1416 de 1990 que dicta las normas relativas a la organización y establecimiento de las modalidades y formas de participación comunitaria en la prestación de servicios de salud, La

Constitución Política de Colombia de 1991 que establece el principio de Estado Social de Derecho, El Decreto 1757 de 1994 que estableció y definió las formas de participación en salud, La ley 1438 de 2011 que indica que uno de los componentes de la estrategia de APS es la participación social, comunitaria y ciudadana, y finalmente la Resolución 2063 de 2017 que adopta la Política de Participación Social en Salud – PPSS.

Esta reciente Política que propone la implementación de la PPSS, tiene el plazo de un año para establecer sus planes de acción y da por sentado la necesidad de la participación social para tener un Sistema de Salud sólido, por ello, «su finalidad consiste en fortalecer los procesos de participación social en salud para que la ciudadanía haga parte del proceso de adopción de las decisiones que tienen que ver con ese derecho fundamental» (Resolución N° 2063, 2017). Aunque es muy pronto para determinar su efectividad, si es válido mencionar que esta Política se convierte en una oportunidad para la población, pues por medio de ella el Estado es garante de su cumplimiento.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que para que este tipo de normas y políticas sean efectivas, es esencial una respuesta inteligente y empoderada de la población a las posibilidades de articulación. No hay duda, que a lo largo de historia se han creado espacios de participación, como comités, veedurías y otras instancias, sin embargo, muchas de ellas no han alcanzado los objetivos propuestos, ya que para su correcto funcionamiento se requiere de individuos comprometidos que piensen en los intereses colectivos y que aprovechan los espacios dados para construir capital social y de instituciones que consideren la participación como elemento escencia en los procesos de planeación, porque

El desarrollo territorial es posible alcanzarlo si se tiene una participación permanente, continua, consciente y decisoria de las organizaciones sociales y comunitarias; si se tiene una coordinación efectiva de las instituciones y sectores; si se tienen unas redes integradas de

servicios, con un sistema de información unificado, con producción de conocimiento y avance tecnológico, con el recurso humano necesario y capacitado; y si se tienen finalmente, unos procesos institucionales y comunitarios que permitan una planeación, ejecución y evaluación de los planes, programas y proyectos concertados.(Muñoz *et al.* 2012, p.28)

Por consiguiente, en la participación social es indispensable que la población sienta un real empoderamiento de sus derechos y deberes constitucionales, para realizar una gestión territorial de la salud que materialice de la manera esperada las expectativas planteadas por las diferentes instancias que conforman el Sistema de Salud. Por eso es clave, que los actores sociales hagan uso de las herramientas a las que como ciudadanos se tiene acceso, para ser parte de la toma de decisiones, generar iniciativas que respondan las necesidades, articularse con otros actores que operan el Sistema de Salud y ejercer acciones de verificación y control que permitan legitimar los procesos, para trascender la mirada de enfermedad e ir en búsqueda un estado de bienestar humano y social.

Se podría decir que en Colombia la participación social, aunque ha recorrido un vasto camino, tiene retos importantes que desarrollar, quizá por falta de garantías, formación, capacitación, tiempo e información; por ello, con estrategias como la PPSS el Estado puede empezar a generar procesos de confianza con los actores vinculados, porque es su obligación garantizar la interacción social en escenarios pertinentes, ya que la comunidad es el capital primordial para el éxito de todos los planes, puesto que con actores dinámicos, se puede construir conjuntamente, tener mayor incidencia en el bienestar colectivo y ejecutar procesos territoriales transparentes.

Finalmente, es importante tener en cuenta que el personal de la salud también debe aplicar y conocer los procesos de participación social y gestión territorial de la salud en los espacios en los cuales interactúa o presta sus servicios. Es esencial, que este personal en su

quehacer diario trabajo con los líderes comunitarios, quienes desde la experiencia en sus contextos específicos, tienen el conocimiento del territorio, y por lo tanto, sus aportes son estratégicos para realizar intervenciones basadas en una visión amplia de la salud como lo establece la APS.

4.3. Educación

4.3.1. Territorio como escenario del proceso enseñanza aprendizaje

El proyecto “Gestión académica y territorial de la atención primaria para el cuidado de la vida, la salud y el ambiente en los barrios La Cruz, La Honda, Bello Oriente, Raizal y San Blas, Comuna 3 - Manrique, en Medellín,” adscrito al Banco Universitario de Programas y Proyectos de Extensión -BUPPE- de la Vicerrectoría de Extensión de la Universidad de Antioquia y Desarrollado por la Facultad Nacional de Salud Pública. Dicho proyecto,

« [...] tenía por objetivo la contribución al mejoramiento de la calidad de vida, el medio ambiente y la salud, mediante la gestión de la salud pública y la concertación de las acciones con los actores institucionales, académicos y comunitarios, en el marco de la Atención Primaria en Salud, con enfoque de salud familiar y comunitaria [...]» (Informe Termino del Proyecto, BUPPE APS_C3, p.5).²

Uno de los productos de este proyecto fue un «marco conceptual del -espacio territorio de enseñanza - aprendizaje construido participativamente con las unidades académicas y la comunidad, interacción en el territorio en prácticas integradas e interdisciplinarias, guiadas por la estrategia de atención primaria de la salud APS» (Informe Termino del Proyecto, BUPPE APS_C3, p.6). Para ello, el equipo de trabajo realizó las siguientes actividades:

² Documento proporcionado por un docente vinculado al proyecto. No se encuentra disponible en la Web

- «Realización y análisis de entrevistas a coordinadores y profesores de prácticas en territorios de unidades académicas (Nutrición y Dietética, Medicina, Odontología y Salud Pública), Vicerrectorías (Extensión y Docencia) y otras instituciones (Mesa Intersectorial de Antioquia por la Salud y Corporación Universitaria Remington).
- Diseño y ejecución del Encuentro comunitario y académico del Marco conceptual con la participación de líderes y representantes de la zona, profesores y profesionales de las unidades académicas, y egresados, estudiantes e integrantes de semilleros de investigación.
- Construcción conjunta y elaboración final del documento: “Marco conceptual del territorio como un espacio para la enseñanza y el aprendizaje de la Atención Primaria en Salud - APS”» (Informe Termino del Proyecto, BUPPE APS_C3, p.6).

Este último documento plantea algunos lineamientos clave en el proceso enseñanza – aprendizaje, donde se evidencia que en la mayoría de países de nuestra región, se sitúa a

« [...] los procesos de enseñanza-aprendizaje predominantemente en escenarios asistenciales, hospitalarios, curativos y orientados a las especialidades; dejando a un lado la educación basada en la comunidad, los contenidos de salud pública y salud familiar y comunitaria, y el respaldo científico de las actividades y programas de prevención primaria y promoción de la salud.» (Documento preliminar. Marco conceptual del territorio como un espacio de enseñanza aprendizaje guiado por la estrategia de atención primaria en salud – APS, p. 20).³

Es por ello, que la OPS con otras organizaciones ha estado trabajando en estrategias que permitan generar planes pedagógicos para generar competencias en los profesionales de la salud que permitan el trabajo articulado e integrado con las instituciones, las universidades y las comunidades (Documento preliminar. Marco conceptual del territorio como un espacio de enseñanza aprendizaje guiado por la estrategia de atención primaria en salud – APS).

³ Documento proporcionado por un docente vinculado al proyecto. No se encuentra disponible en la Web

Esta apuesta se convierte en un «[...]reto para el sistema de educación y sus actores, pues demanda de una necesaria transformación en los programas, los currículos y los procesos de enseñanza-aprendizaje de los estudiantes tanto del área de la salud como de otras disciplinas.» (Documento preliminar. Marco conceptual del territorio como un espacio de enseñanza aprendizaje guiado por la estrategia de atención primaria en salud – APS, p.21).

«Este reto en la Universidad de Antioquia ha sido objeto de permanente debate a través de la historia, tanto a nivel institucional como al interior de cada unidad académica, y aunque en la mayoría de éstas se reconoce la necesidad de formar profesionales en salud suficientes y capacitados para la solución de problemas sanitarios manifestados, generando a su vez capacidades en la comunidad académica para la comprensión e intervención de las causas que subyacen las problemáticas de salud más comunes de nuestros territorios [...]»(Documento preliminar. Marco conceptual del territorio como un espacio de enseñanza aprendizaje guiado por la estrategia de atención primaria en salud – APS, p.22).

Develando la importancia este proceso de enseñanza - aprendizaje, este marco teórico, expuso unas conclusiones, que pueden ser vistas también como recomendaciones para la Universidad de Antioquia, tales como: dejar capacidades instaladas en los territorios, realizar acciones pertinentes, generar alianzas estratégicas con actores clave, articulación al interior de la Universidad y fortalecer capacidades en los estudiantes y profesores para la aplicación de la Atención Primaria en Salud

4.3.2. Aprendizaje basado en problemas de los territorios

Pensar en currículos contextualizados, abstraídos del mundo de la vida y que reflejan de cierta manera las realidades que traen los estudiantes a la Universidad, sirve como preámbulo,

para que el futuro Profesional, incorpore de una forma más precisa las realidades de otros, que en síntesis, son igualmente suyas.

La Universidad de Antioquia, una Institución que produce y aplica conocimiento desde hace más de dos siglos, le ha servido de base para llevar el proceso formativo más allá de un pensamiento anquilosado; sin embargo, también debe pensarse, como aplicar ese conocimiento en los territorios, pero, sobre todo, cómo hacer para que los sujetos sean capaces de hacerlo suyo, de modo que permita hacer transformaciones en sus acciones, en la cotidianidad.

Ese conocimiento conlleva asuntos de responsabilidad, pues cuanto más se aprende y más conocimiento se tiene, se adquieren más responsabilidades; entonces cuál es la deuda que hoy tiene la Universidad, cuando ha producido tanto conocimiento, pero aun las realidades de los territorios, siguen padeciendo inequidades en sus vidas:

«La responsabilidad social que piensa los desafíos sociales de la educación superior no es tarea baladí ni sencilla. Convoca los mejores esfuerzos, las mejores capacidades intelectuales y volitivas del ser humano y de los grupos sociales y de las naciones». (Grimaldo, 2018, p. 11)

La misión de la Universidad, es formar a los profesionales, para que ellos transformen las realidades, por ello aprender desde el problema, la situación, el territorio, le permite al estudiante, tener una imagen real, cercana y pertinente.

Educar, es parte de la función de la sociedad, formar, de la Universidad y es en estas dos esferas donde las acciones se hacen sociales, pues, se educa para conservar la cultura de la humanidad y se forma para darle más sentido a lo que se hace dentro de la sociedad. Por ello, propender por permitir que los estudiantes se acerquen a los territorios desde momentos tempranos en su proceso formativo, conlleva implícitas acciones que se convierten en acciones sociales, como lo afirma Weber:

«La acción social (incluyendo tolerancia u omisión) se orienta por las acciones de otros, las cuales pueden ser pasadas, presentes o esperadas como futuras (...). Los "otros" pueden ser individualizados y conocidos o una pluralidad de individuos indeterminados y completamente desconocidos». (Weber, 2002, p. 18)

Entonces, como entender las realidades sociales de los territorios, cuando las relaciones no se conciben de formas horizontales; Para Weber, no todos los contactos entre los hombres, tienen ese carácter social; pues casi se hace de forma deliberada cuando se piensa, en una acción con sentido propio, dirigida a otros. Las acciones sociales según (Weber, 2002), no son idénticas, ni parecidas a algo homogéneo, ni a la acción de alguien influenciado por otros, es decir, es única, no reproducible. Sin embargo, algunas acciones sociales, si son influenciadas por el efecto que se produce “de una acción condicionada por la masa”, o sea, desplazamientos, políticas, violencia, que para este caso, sería más una acción de omisión.

Comprender el contexto de los currículos en el mundo de la vida, desde los territorios y sus problemas, permite comprender la educación desde los cuatro pilares enunciados por Delors que son: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a vivir juntos, aprender a vivir con los demás y aprender a ser; revela la educación como encargo social, es decir, como una acción social y la función de la Universidad, a través del Profesor y el Estudiante, es elaborar relaciones de valor, para ambos y desde allí para los territorios (Delors, 1996).

Delors, afirma que «La educación tiene una doble misión: enseñar la diversidad de la especie humana y contribuir a una toma de coincidencia de las semejanzas y la interdependencia entre todos los seres humanos». (Delors, 1996, p.104)

Cuando esas acciones sociales, se cargan de valores y pasan de las realidades instrumentales a las sustanciales, es donde se encuentra el sentido de lo que se hace en los territorios y sus problemas, por ello, Delors, afirma que:

«el descubrimiento del otro pasa forzosamente por el descubrimiento de uno mismo; por consiguiente, para desarrollar en el niño y el adolescente una visión cabal del mundo, la educación, tanto si la imparte la familia como si la imparte la comunidad o la escuela, primero debe hacerle descubrir quién es. Solo entonces podrá realmente ponerse en el lugar de los demás y comprender sus reacciones». (Delors, 1996, p.104.)

Para poder realizar acciones sociales desde la formación y la educación, se debe empezar por comprenderse desde su propia complejidad como ser humano y luego desde la entramada forma de ser Profesor o Estudiante y Sujeto, es lo que permite saber del otro, o sea, saberse desde sus realidades, sus problemas.

Este descubrimiento del otro, pasa por la creencia del valor ético, estético y político; determinada puramente en méritos de esos valores; desde lo afectivo, especialmente emotiva, donde existe una elaboración consciente de los propósitos últimos de esta acción.

Las relaciones que se gestan en el ambiente de aprendizaje, o sea en los territorios, a partir de una intencionalidad curricular, permean el sentido de sus actores, por ello; Weber, afirma que una "relación social":

«Debe entenderse una conducta plural -de varios- que, por el sentido que encierra, se presenta como recíprocamente referida, orientándose por esa reciprocidad. La relación social consiste, pues, plena y exclusivamente, en la probabilidad de que se actuará socialmente en una forma (con sentido) indicable». (Weber, 2002, p. 22).

Un mínimo de recíproca bilateralidad, es lo que para Weber, deja manifiesto, cuando argumenta que el contenido de dicha relación es diverso: conflicto, enemistad, amor sexual, amistad, piedad, cambio en el mercado, enseñanza. Sin embargo, cuando se entiende la bilateralidad en el ambiente de aprendizaje, es una relación pedagógica entre el estudiante y el Profesor, pero en los territorios y sus complejidades, se da una relación más multilateral, es

decir, el Profesor, el estudiante, la comunidad y el estado; y para que este hecho multilateral se dé y tenga una acción social (para todos) y sea recíproca, es necesario, que todos se den los lugares que se merecen. (Weber, 2002).

La intención del currículo, es lo que da la entrada, el proceso y tal vez el fin inicial posibilitar la relación social, de enseñar y aprender. Esta consiste «sola y exclusivamente - aunque se trate de "formaciones sociales" como "estado", "iglesia", "corporación", "matrimonio", "escuela" etc.- en la probabilidad de que una forma determinada de conducta social, de carácter recíproco por su sentido, haya existido, exista o pueda existir». (Weber, 2002, p. 22).

Como reafirmar a través de la ética de los mínimos, como lo menciona Adela Cortina, que son esas condiciones y comportamientos mínimos de convivencia comunes en los diferentes ámbitos sociales; la responsabilidad epistemológica y axiológica, que encierra esa relación en los territorios y desde allí con sus problemas, en un entorno académico; para ello, Weber, afirma que el sentido que constituye de un modo permanente una relación puede ser formulado en forma de "máximas" cuya incorporación aproximada o en término medio pueden los partícipes esperar de la otra u otras partes y a su vez orientar por ellas (aproximadamente o por término medio) su propia acción. Sin embargo, en el aprendizaje basado en los territorios, en esa relación mediada, el sentido de las máximas, podría no ser tan claro, pues aunque probablemente el sujeto del territorio, espera lo máximo del Profesor y del Estudiante desde su práctica académica, las respuestas que se dan y/o acompañan, podrían ser de mínimos, acciones no menos importantes, pues todos procuran dar más de lo mínimo, es decir, lo mejor de *Si*.

Considerar el territorio como un proceso de constante cambio, de dinámicas turbulentas o arrolladoras, en otras ocasiones tranquilas, que se adaptan a las situaciones o que sin más, que otra alternativa, trata de naturalizar lo que sucede a su alrededor. Llevar al estudiante para que

esa naturalización de los problemas en el territorio, no pierda importancia, cómo no caer en la trivialidad, en la costumbre, en lo convencional, cómo se puede mantener una atención expectante, con una relación de comunicación asertiva, pertinente, necesaria. Al respecto Weber, conceptúa que:

«En el uso se incluye la moda. La moda, por contraposición a la costumbre, existe cuando (al contrario que en la costumbre) el hecho de la novedad de la conducta en cuestión es el punto orientador de la acción., la costumbre aparece como una norma no garantizada exteriormente y a la que de hecho se atiene el actor "voluntariamente", ya sea "sin reflexión alguna" o por comodidad» (Weber, 2002, p. 23).

El aprendizaje contextualizado a los problemas de los territorios, generan una acción social, de racionalidad sustancial, determinada por el valor de la ética, la estética y la política. Recíproca y multilateral, un propósito, única, finita, no reproducible y sobretodo, de saber reconocerse a *uno mismo*, para comprender y valorar al *otro*.

El problema en el territorio, sirve como base, para la creación de preguntas que incitan al aprendizaje del estudiante. El aprendizaje basado en problemas (ABP), según Díaz y Colaboradores, se fundamenta en el problema como incitador para el aprendizaje. El problema se constituye en un elemento fundamental, que da respuesta a las necesidades de formación, el principio del proceso de aprendizaje. (Universidad de Antioquia, Grupo de Investigación Edusalud, 2011).

El ABP, presenta diversas características, que lo hacen integrador, como una estrategia de didáctica activa, centrada en el Estudiante, para el Grupo de Investigación Edusalud, son:

- «La estrategia crea condiciones en el estudiante para desarrollar en él la capacidad de generar preguntas, análisis, síntesis y consulta de fuentes.

- Está fundamentado en la solución de problemas, diseñados para que el estudiante logre el aprendizaje de los objetivos propuestos.
- Los objetivos se logran mediante la asociación entre la teoría y la práctica.
- El problema en el ABP debe retar al Estudiante hacia la búsqueda del conocimiento, la determinación de las causas y las consecuencias para llegar a soluciones hipotéticas.
- El problema se analiza de una manera holística, abarcando los aspectos filosóficos, sociales y científicos.
- La estrategia de ABP estimula en el estudiante una posición activa frente a la adquisición del conocimiento.
- El docente toma una posición más horizontal y se convierte en un facilitador o tutor que colabora en cada una de las fases del proceso de aprendizaje de los estudiantes.
- El trabajo se realiza en pequeños grupos de estudiantes lo que fomenta la responsabilidad, la interacción y el aprendizaje colaborativo.
- Los procesos de autoevaluación permiten la autorregulación y la responsabilidad frente al propio conocimiento». (Universidad de Antioquia, Grupo de Investigación Edusalud, 2011, p. 10).

El ABP, debe responder por un aprendizaje que en el futuro de cuenta de soluciones precisas a esas realidades, por ello, el problema que se considere, deberá permitir un abordaje interdisciplinario, es decir, de posibles soluciones multidimensionales; incitador, contextualizado en el territorio y el tiempo, que facilite disminuir la dicotomía entre la teoría y la práctica.

El aprendizaje basado en los problemas de los territorios, permite al Estudiante y al Profesor, obtener experiencias reales, que le ayuden a transformar sus percepciones del mundo, en todo caso, a todos los estudiantes y profesores, no les sucederá lo mismo con un experiencia, al respecto Larrosa, afirma que la experiencia es "eso que me pasa". La experiencia supone, en primer lugar, un acontecimiento o, dicho de otro modo, el pasar de algo que no soy yo. Y "algo que no soy yo" significa también algo que no depende de mí, que no es una proyección de mí

mismo, que no es el resultado de mis palabras, ni de mis ideas, ni de mis representaciones, ni de mis sentimientos, ni de mis proyectos, ni de mis intenciones, es algo que no depende ni de mi saber, ni de mi poder, ni de mi voluntad. "Que no soy yo" significa que es "otra cosa que yo", otra cosa que no es lo que yo digo, lo que yo sé, lo que yo siento, lo que yo pienso, lo que yo anticipo, lo que yo puedo, lo que yo quiero. (Larrosa, 2006, p. 88)

La exterioridad, situada en el caso de los problemas de los territorios, hace que el Profesor y el estudiante, hayan sido tocados por esa experiencia, ajena a ellos, sin embargo, el territorio y su problema, que son los que traen la situación implícita, los acerca, para tratar de mostrarles, como eso, que les está sucediendo como territorio, es importante para enseñar a otros.

En la alteridad, o sea, es que eso que pasa, es otro, distinto a mí, Larrosa, menciona que «[...] esa alteridad no debe ser identificada sino que se mantiene como alteridad [...]» (Larrosa, 2006, p. 89) En la enseñanza de los problemas del territorio, se puede reconocer la alteridad, pero tanto el Estudiante como el Profesor, deben estar conscientes que es otro sujeto el que hace que les pase esa experiencia, por ello, esa alteridad no puede hacer parte de ellos, pero, si reconocer que lo que le pasa al otro (sujeto, persona, ciudadano, niños, adulto mayor, etc), le puede pasar también al Profesor y al Estudiante. Este principio de alteridad, podría aplicarse en la enseñanza en los territorios, toda vez que permite valorar al otro, como otro, sin dejar de reconocer que hace parte de la experiencia del Profesor y el Estudiante, y que de muchas formas, aporta a lo que ambos, uno como profesional y otro como sujeto en formación, desean que ocurra en la búsqueda de la solución al problema.

En lo ajeno de todo eso que pasa en la experiencia, la alienación, para Larrosa, es «porque eso que me pasa tiene que ser ajeno a mí, es decir, que no puede ser mío, no puede ser

de mi propiedad, no puede estar previamente capturado o previamente apropiado ni por mis palabra» (Larrosa, 2006, p. 89).

Si bien Larrosa, menciona que la experiencia es externa al sujeto, la experiencia sucede en él, es decir, el lugar de ese acontecimiento es él; en sus ideas, sus hechos, sus palabras, sus pensamientos. Es un proceso de reflexión, de ida y vuelta, va desde el Profesor al Estudiante y retorna al primero, pero también, va desde el estudiante al profesor y retorna y desde ellos al territorio y sus habitantes y desde allí realimenta. Entonces, esa experiencia del proceso de enseñanza y aprendizaje en el territorio, no es igual para todos. Afecta de modos diversos.

Entonces, la experiencia del aprendizaje sobre los problemas del territorio, no será igual para todos; a cada uno le pasara algo diferente. El asunto central de reconocer que en la experiencia, se encarna el proceso de enseñar y aprender y que para que eso que le pasa a cada uno, sea significativo, debe ser intencionado, flexible, subjetivo, pertinente, contextualizado. Larrosa, considera que en la experiencia, el sujeto es sensible y vulnerable, está expuesto. Esa exposición sirve de anclaje, para que el estudiante aprenda a sensibilizarse por las experiencias de otros en los territorios. (Larrosa, 2006).

Si la experiencia hace en el sujeto (estudiante, profesor, habitante del territorio), un asunto de ida y vuelta, entonces como hacer para formar y transformar esa experiencia en el estudiante, en algo significativo, con el acompañamiento del profesor en una relación pedagógica, con el habitante del territorio y saber experiencial en una relación intersubjetiva y con todos y sus conocimientos en las relaciones epistemológicas que se configuran para establecer un dialogo de saberes a todo nivel. Ese momento de verdad que es la relación entre todos en el territorio, es lo que la Larrosa, afirma que esos sujetos:

«No sea el sujeto del saber, o el sujeto del poder, o el sujeto del querer, sino el sujeto de la formación y de la transformación. De ahí que el sujeto de la formación no sea el sujeto del

aprendizaje (por lo menos si entendemos aprendizaje en un sentido cognitivo), ni el sujeto de la educación (por lo menos si entendemos educación como algo que tiene que ver con el saber), sino el sujeto de la experiencia». (Larrosa, 2006, p. 91)

Convertir los territorios en ambientes de aprendizaje, permiten que las situaciones que allí acontecen, convertidas ellas en experiencias; es un lugar, un paso, un pasaje, un recorrido, que al pasar a través del sujeto, deja huella; lo importante es saber reconocer cuando esa huella es significativa para el otro.

En todo caso, la experiencia en el aprendizaje y la enseñanza, conllevan una intención, es decir, la intención de enseñar que viene del Profesor, sin embargo, para el estudiante puede que esa experiencia no sea intencional, Larrosa afirma que:

«La experiencia, por tanto, no es intencional, no depende de mis intenciones, de mi voluntad, no depende de que yo quiera hacer (o padecer) una experiencia. La experiencia no está del lado de la acción, o de la práctica, o de la técnica, sino del lado de la pasión. Por eso la experiencia es atención, escucha, apertura, disponibilidad, sensibilidad, vulnerabilidad, ex/posición». (Larrosa, 2006, p. 108).

«La experiencia suena a finitud. Es decir, a un tiempo y a un espacio particular, limitado, contingente, finito. Suena también a cuerpo, es decir, a sensibilidad, a tacto y a piel, a voz y a oído, a mirada, a sabor y a olor, a placer y a sufrimiento, a caricia y a herida, a mortalidad. Y suena, sobre todo, a vida, a una vida que no es otra cosa que su mismo vivir, a una vida que no tiene otra esencia que su propia existencia finita, corporal, de carne y hueso». (Larrosa, 2006, p. 110).

4.4. Marco legal

4.4.1. Prácticas académicas

Desde la normativa Colombiana:

Acuerdo 000003 de 2003: El Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, Adopta los criterios de evaluación y verificación de los convenios docente – asistenciales necesarios para desarrollar los programas de pregrado o posgrado en el área de salud. Dichos criterios deben ser aplicados por los pares académicos designados por el Consejo Nacional de Acreditación CNA.

Decreto 2376 de 2010: Ministerio de la Protección Social. Por medio del cual se regula la relación docencia – servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud. Indica que corresponde a los Ministerios de la Protección Social y de Educación Nacional definir las políticas que orienten el desarrollo de la relación docencia – servicio y especifica que el Consejo Nacional de Talento Humano en Salud brindará la asesoría al Gobierno Nacional en esta materia.

Igualmente, establece como principios de la relación docencia – servicio, la preeminencia del interés social, la autorregulación, el respeto a los derechos de los usuarios, la calidad, la planificación y la autonomía. Los objetivos y las especificaciones de los convenios, las garantías para los profesores y estudiantes, los requisitos para los escenarios de práctica y las acciones para los reportes de información ante el Ministerio de Educación Nacional.

Decreto 1075 de 2015: Decreto Único Reglamentario del Sector Educación, el cual recopila la normativa vigente expedida por el Gobierno Nacional en materia de educación. Determina los objetivos del Ministerio de Educación Nacional como cabeza del sector educativo. También define entre otros asuntos, los órganos de asesoría y coordinación sectorial, las juntas,

foros y comités, sector descentralizado, entidades adscritas y entidades vinculadas al sector educativo.

Dispone la información para obtener los registros calificados de los programas, los cuales tienen una vigencia de 7 años. En este caso define como algunos de sus requisitos, la definición de los lugares de práctica y los convenios docencia servicio cuando se requieran. Igualmente para los programas del área de ciencias de la salud, indica que las prácticas deben estar supervisadas por profesores y debe tener a disposición escenarios pertinentes.

Desde la normativa en la Universidad de Antioquia

Acuerdo Superior N°1 de 1994. Estatuto General de la Universidad de Antioquia, define claramente dentro de sus principios de responsabilidad social, la interdisciplinariedad y la extensión, el compromiso que tiene la Universidad de servir a los sectores vulnerables, para lo cual pone al servicio de la sociedad el conocimiento, para abordar las problemáticas a partir de la investigación, la docencia y la extensión.

Acuerdo Superior 124 de 1997. Establece el Estatuto Básico de Extensión de la Universidad de Antioquia, definiendo como sus principios: la comunicación, la cooperación la solidaridad, la formación, el servicio, la producción de conocimiento y la significación social, cultural y económica del conocimiento. Este caso cabe resaltar uno de los objetivos de la Extensión universitaria que reza lo siguiente «establecer contacto con comunidades, grupos y agremiaciones, para intercambiar experiencias, y formas de ver el mundo y de transformarlo, con el fin de generar otros conocimientos que puedan ser revertidos en las comunidades y en la universidad».

Este Acuerdo insta que las practicas tienen fines académicos y sociales y las define como: «la materialización del compromiso de la Universidad con la sociedad, y buscan la aplicación de los conocimientos teóricos a situaciones socioeconómicas y culturales concretas, con el fin de lograr la validación de saberes, el desarrollo de habilidades profesionales, y la atención directa de las necesidades del medio».

Acuerdo Superior 125 de 1997. Adopta las Políticas de Extensión de la Universidad de Antioquia. Dichas políticas en su mayoría resaltan el compromiso social que tiene la Universidad de Antioquia, para desarrollar programas y proyectos que contribuyan con el desarrollo social de los territorios y de esta manera servir a los sectores más vulnerables. Se pueden resaltar las siguientes políticas: la extensión y la socialización del conocimiento, la extensión, una relación interactiva con los distintos actores sociales, la extensión y la función social de la universidad, la extensión y su impacto social y la extensión y la cooperación interinstitucional.

Acuerdo Superior 418 de 2014. Crea y define la política integral de prácticas para los programas de pregrado de la Universidad. «Para la Universidad de Antioquia, las prácticas académicas son un contenido curricular permanente y un espacio de aprendizaje y de enseñanza, desde el inicio hasta el fin del plan de estudios de los niveles educativos de pregrado; integran y realimentan la investigación, la docencia y la extensión; propician la integración y la interacción permanente con el contexto político, económico, social, ambiental y cultural; y mantienen comunicación con la sociedad para la transformación recíproca de la Universidad y la sociedad»

Esta política tiene en cuenta la integración de saberes y se rige por el principio de transdisciplinariedad, lo que permite un trabajo colaborativo entre las diferentes áreas del conocimiento al interior de la universidad, para que por medio de un proceso de conocimiento

ampliado desde las diferentes disciplinas, se pueda desarrollar de acciones que contribuyan a la solución de problemáticas sociales.

4.4.2. Convenio interfacultades Atención Primaria en Salud – Universidad de Antioquia

El 18 de septiembre de 2014, Las Facultades: Nacional de Salud Pública, Odontología, Medicina, Enfermería, Química Farmacéutica (actualmente Ciencias Farmacéuticas y Alimentarias), Ciencias Agrarias; las Escuelas de Microbiología y Nutrición y Dietética, y el Instituto de Educación Física, firmaron el Convenio Marco de Cooperación Interfacultades Nro. 8801-001-2014, con una duración de 10 años. Dicho Convenio que tiene por objeto «Establecer las bases y condiciones generales de cooperación con el fin de articular procesos académicos y administrativos para desarrollar prácticas académicas interdisciplinarias, programas y proyectos de investigación e intervención en el marco de la estrategia de la Atención Primaria en Salud Renovada (APSR),» (2014, p. 6)⁴ se convierte en un modelo de trabajo coordinado al interior de la Universidad.

Enmarcada en los ejes misionales de la Universidad como lo son La Docencia, La Investigación y La Extensión, esta iniciativa puede ser vista como una estrategia Universitaria, que brinda la oportunidad de generar sinergias al interior de la Institución para realizar un trabajo en red, en el cual las diferentes unidades académicas y administrativas puedan realizar acciones conjuntas alrededor de la Atención Primaria en Salud. Dicha estrategia, es un esfuerzo de las unidades académicas comprometidas, que abona el camino para que se puedan realizar cambios administrativos y académicos al interior de la Universidad, necesarios para que investigadores, docentes y estudiantes contribuyan desde sus diferentes disciplinas al desarrollo de acciones que respondan los desafíos territoriales.

⁴ Documento proporcionado por un docente vinculado al convenio. No se encuentra disponible en la Web

Siendo la salud un derecho humano fundamental, es necesario que desde la academia se generen este tipo de análisis que propongan la puesta en marcha de acciones de investigación, capacitación y gestión de recursos que de manera articulada van a beneficiar tanto a la comunidad universitaria como a los territorios en los cuales la Institución tiene presencia. Para ello, como Institución de Educación Superior se tiene la obligación de llegar de manera organizada y comprometida a las comunidades, a fin de que se pueda hacer un acompañamiento preciso y responsable acorde a las necesidades manifestadas por la población.

Anexo 1. Convenio Marco de Cooperación Interfacultades Nro. 8801-001-2014

4.5. Contexto

4.5.1. Comuna 1

Con una extensión total de 309,91 hectáreas y una población de 129.781 personas (Alcaldía de Medellín, 2015a, p. 38), la Comuna 1 – Popular comenzó a poblarse en la década del 60 en la zona nororiental de Medellín, debido, en su mayoría, a la llegada de personas que provenían de las zonas rurales de Antioquia desplazados por la violencia política (Alcaldía de Medellín, 2015a, p. 38).

Estos primeros asentamientos dieron origen a los barrios Moscú N° 1, Granizal, Villa de Guadalupe y San Pablo. A partir de estos asentamientos, la Comuna 1 siguió creciendo sin ningún tipo de planeación y por medio de la posesión informal de los terrenos (Alcaldía de Medellín, 2015a, p. 38). Hoy cuenta con 12 barrios reconocidos por el Decreto 346 de 2000: Santo Domingo Savio No.1, Santo Domingo Savio No.2, Granizal, Popular, Moscú No.2, Villa Guadalupe, San Pablo, La Aldea Pablo VI, La Esperanza No.2, La Avanzada, Carpinelo y El Compromiso. Sin embargo, la comunidad reconoce 21 barrios, cada uno de los cuales cuenta con

una Junta de Acción Comunal – JAC: La Esperanza No.2, La Avanzada, Nuestra Señora del Rocío, Santo Domingo Savio No.1, Santa María La Torre, Santo Domingo No.2, Nuevo Horizonte, Popular 1, Popular 2 Parte Central, Popular 2, Granizal, San Pablo 1, San Pablo 2, El Compromiso, Carpinelo 1, Carpinelo 2, Santa Cecilia 1, Santa Cecilia 2, Marco Fidel Suárez, Guadalupe Parte Baja y Guadalupe Central (Alcaldía de Medellín, 2015a, p. 37). Los diferentes barrios de la Comuna 1 están ubicados en terrenos pendientes que van del 25% al 60%, y por los que cruzan las quebradas La Seca o Negra, Granizal, Carevieja y El Zancudo, El Aguacatillo y Chorro Oscuro 2. (Alcaldía de Medellín, 2015a, p. 37)

Su densidad poblacional es de 349 habitantes por hectárea, una de las más altas de Medellín (www.comunapopular.org, s. f.). El 47,39% de la población son hombres y el 52,61% son mujeres. El 52,90% de la población está entre los 0 y los 29 años, lo que representa una mayoría de sus habitantes en edades de escolarización (Alcaldía de Medellín, 2015a, p. 40) «El estrato socioeconómico que predomina en esta comuna es el 2 (bajo), existente en 75,4% de las viviendas, seguido por el estrato 1 (bajo-bajo), que corresponde al 24,6% restante» (Ballesteros, Velásquez, Sierra, Torres, Velez, 2010, p.92).

La Comuna 1 ha sido protagonista de la transformación urbana que ha experimentado Medellín a partir del siglo XXI con obras como el Metrocable Línea K y el Parque Biblioteca España.

4.5.2. Comuna 2

Ubicada en la zona Nororiental de Medellín, la Comuna 2 – Santa Cruz tiene una extensión de 219.52 hectáreas con una población de 110.858 personas (Alcaldía de Medellín, 2015b, p. 39). Es considerada la comuna más densamente poblada de la ciudad, con 502 personas por hectárea (www.micomunados.com, s. f.). El 47% de su población son hombres y el

52% son mujeres. Además, el 50,2% de su población está entre los 0 y los 29 años, lo que la convierte en una Comuna mayoritariamente joven (Alcaldía de Medellín, 2015b, p. 42)

La Comuna 2 comenzó a poblarse en la década del 50, mediante asentamientos que no contaban con ningún tipo de planificación urbana. Actualmente, «está conformada por 11 barrios, los cuales se agrupan en tres franjas. En Franja Uno se encuentran Playón de los Comuneros, La Frontera, La Isla y Pablo VI; En Franja Dos se encuentran La Francia, Andalucía, Villa del Socorro y Villa Niza, En Franja Tres están Santa Cruz, Moscú #1 y La Rosa» (www.micomunados.com, s. f.). Su alta densidad población al igual que la constante aparición de nuevas viviendas en zonas cercanas a las quebradas, representa un riesgo constante (Alcaldía de Medellín, 2015b, p. 37).

El alto crecimiento poblacional de la Comuna 1 se debe, en cierta medida, a la llegada de personas víctimas del desplazamiento forzado. Este grupo poblacional representaba en 2014 cerca del 10% de la población de Santa Cruz (Alcaldía de Medellín, 2015b, p. 39).

4.5.3. ESE Metrosalud

La historia de Metrosalud data del año 1940 con el nacimiento de la Secretaria de Higiene y Asistencia Social de Medellín, a partir de allí se inició una serie de transformaciones y reestructuraciones para que años después con la expedición del Acuerdo No 36 de 1984 se constituyera el Instituto Metropolitano de Salud de Medellín, el cual en 1994 se establece como como Empresa Social del Estado del orden municipal y posteriormente en una Institución Prestadora de Servicios de Salud –IPS- de carácter público. En 1998 el Concejo de Medellín determinó que su funcionamiento debía basarse en el concepto de Red Pública Hospitalaria y en 2012 se da inicio a un programa de repotenciación, construcción y fortalecimiento estructural de

las diferentes sedes y equipamientos físicos. Igualmente es importante que en el año 2014 se inició la construcción de un modelo propio de prestación de servicios de salud con enfoque en Atención Primaria en Salud. (www.metroshsalud.gov.co, 2018).

Metroshsalud se define como

[...] una organización de carácter público, comprometida con generar cultura de vida sana, en la población de la ciudad de Medellín y de la región, que brinda servicios de salud integrales y competitivos a través de una amplia y moderna red hospitalaria; un talento humano con vocación de servicio, altamente calificado, cimentado en los valores institucionales y en armonía con el medio ambiente (www.metroshsalud.gov.co, 2018).

Esta Institución tiene capacidad para prestar servicios de: medicina general, salud oral, urgencias, hospitalización, laboratorio clínico, ayudas diagnósticas, farmacia, otorrinolaringología, cirugía, ortopedia, ecografía, psicología, optometría, oftalmología, nutrición, urología, transporte asistencial, ginecología y obstetricia, pediatría y medicina interna. Igualmente, cuenta con 312 camas, 36 salas de crecimiento y desarrollo, 6 quirófanos, 116 módulos de salud oral, 36 puntos de citología, 6 laboratorios, 49 puntos de vacunación, 1 unidad móvil, 109 consultorios de enfermería, 6 salas de parto, 11 ambulancias, 224 consultorios médicos, 49 farmacias y 45 puntos de toma de muestras. (www.metroshsalud.gov.co, 2018).

La Red de Metroshsalud cuenta con 9 Unidades Hospitalarias en Medellín, las cuales a su vez tienen varios centros de salud así:

Tabla 1. Distribución de Unidades Hospitalarias de Metroshsalud

UNIDAD HOSPITALARIA	CENTRO DE SALUD
Unidad Hospitalaria Belén	<ul style="list-style-type: none"> • Belén Rincón • Altavista • Trinidad • El Poblado • Guayabal

UNIDAD HOSPITALARIA	CENTRO DE SALUD
Unidad Hospitalaria Castilla	<ul style="list-style-type: none"> • Robledo • Alfonso López • Santander • Moravia • Aranjuez
Unidad Hospitalaria Buenos Aires	<ul style="list-style-type: none"> • Sol de Oriente • San Lorenzo • El Salvador • Loreto • Llanaditas • Enciso • Santa Elena • Villatina
Unidad Hospitalaria Doce de Octubre	<ul style="list-style-type: none"> • Civitón • Picacho • El Triunfo • San Camilo
Unidad Hospitalaria Manrique	<ul style="list-style-type: none"> • El Raizal • San Blas • Campo Valdés • La Cruz
Unidad Hospitalaria San Javier	<ul style="list-style-type: none"> • Santa Rosa de Lima • Estadio • La Quiebra • Villa Laura • La Esperanza
Unidad Hospitalaria San Cristóbal	<ul style="list-style-type: none"> • Palmitas • La Loma
Unidad Hospitalaria San Antonio de Prado	<ul style="list-style-type: none"> • El Limonar
Unidad Hospitalaria Santa Cruz:	<ul style="list-style-type: none"> • Villa del Socorro • Popular 1 • Pablo VI • Carpinello • Santo Domingo
Unidad Hospitalaria Nuevo Occidente	<ul style="list-style-type: none"> • Las Margaritas • Manantial de Vida

Tomado de www.metrosalud.gov.co, 2018

Metrosalud hace presencia en la Comuna 1 y 2, con la Unidad Hospitalaria Santa Cruz, a la cual están adscritos 5 Centros de salud denominados así: Villa del Socorro, Popular 1, Pablo VI, Carpinello, y Santo Domingo (www.metrosalud.gov.co, 2018).

La oferta de servicios de Metrosalud en la zona incluye: consulta externa, urgencias, odontología, urgencias odontológicas, laboratorio clínico, citología, toma de presión arterial, sicología, nutrición y dietética, trabajo social, farmacia, curaciones, vacunación, inyectología,

electrocardiogramas, revisión de exámenes, rayos X; también cuenta con programas de promoción y prevención en crecimiento y desarrollo, joven sano, adulto mayor, control prenatal, hipertensión, diabetes, salud sexual y reproductiva. Específicamente en Unidad Hospitalaria Santa Cruz, se cuenta con el servicio de hospitalización (34 camas) y medicina interna como especialidad (www.metrosalud.gov.co, 2018).

4.5.4. Modelo de Atención Primaria en Salud de Metrosalud

Este modelo se construye en el año 2014, ya que en el marco del direccionamiento estratégico de Metrosalud, era importante contar con un Modelo, que como ellos lo aseguran, «se dirige a la obtención de resultados en el bienestar y el desarrollo humano de nuestra población en un territorio determinado» (Metrosalud, 2014a, p.11)⁵. Es así, como este modelo se centra en el individuo enmarcado en los entornos en los cuales interactúa y sus ciclos de vida, para tener una estructura que permita dar una atención integral en los procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y rehabilitación.

En ese sentido, es importante reconocer que bajo este modelo

la salud es concebida como el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades, inscrito en un proceso de construcción social, que requiere el desarrollo de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y recuperación de la salud por parte de la E.S.E Metrosalud, para intervenir de manera integral, integrada y continua las principales necesidades y expectativas de la población, mediante un enfoque intersectorial orientado a la equidad y el desarrollo humano (Metrosalud, 2014a, p.23)

⁵ Este documento fue proporcionado directamente por un profesional adscrito a la Unidad Hospitalaria Santa Cruz de Metrosalud, por lo tanto, no se encuentra disponible en la Web.

Y por ello resalta los siguientes valores, principios y elementos de la APS, como herramientas clave para llevar a cabo el objetivo del Modelo.

Tabla 2. Valores, Principios y Elementos de la APS en el MPSS – APS de la ESE Metrosalud

VALORES	PRINCIPIOS	ELEMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> • Más alto nivel de salud. • Equidad. • Solidaridad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intersectorialidad. • Orientación a la calidad. • Responsabilidad y rendición de cuentas. • Participación. • Respuesta a necesidades de salud de la población. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acciones intersectoriales. • Atención integral, integrada y continua. • Mecanismos de participación activa. • Organización y gestión óptima • Disponibilidad de recurso humano apropiad • Énfasis en promoción y prevención. • Cuidados apropiados. • Primer contacto. • Orientación familiar y comunitaria. • Recursos adecuados y sostenibles.

Tomado del Modelo de Prestación de Servicios de Salud basado en Atención Primaria en Salud de Metrosalud

Gráfico 1. Esquema del Modelo de Prestación de Servicios Basado en APS



Tomado del Modelo de Prestación de Servicios de Salud basado en Atención Primaria en Salud de Metrosalud. p.36

Este modelo se basa los enfoques diferencial, género, derecho, poblacional y ciclos vitales para desarrollar sus acciones en los entornos escolar, comunitario, familiar e institucional, teniendo en cuenta las esferas del desarrollo humano en lo Biológico, Social y Psicológico. Igualmente para su operativización tiene cuatro estrategias definidas: «gestión del Cuidado de la Salud, la Gestión de la Red de prestación de Servicios de Salud, la Gestión Territorial de la Salud y el Monitoreo y Evaluación del Modelo» (Metrosalud, 2014a, p.11). De esta manera se busca responder de manera integral al cuidado de la población con la prestación de servicios pertinentes, articulados y eficientes, enfocados en el bienestar humano, visto no solo desde la enfermedad o procesos netamente clínicos, sino orientados a la prevención y promoción de la salud. Es preciso para ello contar con un talento humano idóneo e interdisciplinario con la capacidad para prestar servicios intramural, extramural y telemedicina como lo propone este Modelo.

4.5.5. Plan Comunal de Salud Comuna 1- Popular, de Medellín

En el año 2014 se dio inicio a la primera fase del Plan Comunal de Salud de la Comuna 1, con un proceso de priorización de necesidades , en el 2015 en la segunda fase se realizaron nuevos talleres con representantes de las instituciones públicas y miembros de la comunidad que participaron en diferentes procesos de planeación local, para armonizar las necesidades identificadas con las políticas locales y nacionales en salud (www.comunapopular.org, s. f.) y finalmente, en el año 2016 mediante el Convenio interadministrativo (4600060676 DE 2015) celebrado entre la Secretaría de Salud de Medellín y la Universidad de Antioquia se establece el informe final del Plan Comunal de Salud de la Comuna 1 .

«La idea de construir un Plan Comunal de Salud en la Comuna 1, surgió de la misma comunidad, y es producto de la concertación comunitaria en los espacios de decisión local – Programa de Planeación Local y Presupuesto Participativo de Medellín.» (Alcaldía de Medellín, 2016, p. 14)⁶ Por lo tanto, fue esencial la participación social, porque los habitantes de la zona se convirtieron en los actores principales que nutrieron con sus experiencias la información necesaria para la identificación de las problemáticas y también de las posibilidades de manejo. Igualmente, el Plan tiene «un enfoque con perspectiva de género y ciclo de vida (persona mayor, adultez, juventud y niñez); un enfoque diferencial, considerando las necesidades específicas de las poblaciones con discapacidad, de las víctimas de la violencia y de los grupos étnicos» (Alcaldía de Medellín, 2016, p. 17); es decir, abarca el concepto de salud desde todos los ámbitos, basado en los determinantes sociales y económicos, y en la salud como un derecho fundamental.

Teniendo en cuenta los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y de la metodología PASE al Desarrollo, este Plan Comunal, Constituyo

«16 mesas de diálogo comunitaria –temáticas y poblacionales, a saber: convivencia social y salud mental, en seguridad alimentaria y nutricional, en sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, en vida saludable y enfermedades transmisibles, en salud pública en emergencias y desastres, en vida saludable y condiciones no transmisibles, y en salud y ámbito laboral, y adicionalmente, las mesas de diálogo con niños y niñas, con adolescentes, con mujeres en edad fértil, con adultos mayores, discapacitados, grupos étnicos y afrocolombianos, población LGTBI, y víctimas del conflicto.» (Alcaldía de Medellín, 2016, p. 24).

Dichas mesas, realizaron un análisis de la realidad social partiendo de cuatro dimensiones del desarrollo: poblacional, ambiental, económica y social, y ubicadas en los

⁶ Este documento fue proporcionado por un docente de la Universidad de Antioquia, no se encuentra disponible en la Web

siguientes entornos: Hogar (individuo/familia), Comunitario, Institucional y Otros (Escuela, Ámbito laboral, Etc.).

Lo anterior permitió tener un Plan con una mirada holística de la situación de salud de esta Comuna, para que no solo se priorizaran necesidades, sino para proponer posibles acciones sectoriales, intersectoriales y transectoriales para intervenir las situaciones complejas presentadas en la zona.

Igualmente, se creó la Mesa Intersectorial, para

«[...] la coordinación de acciones encaminadas a intervenir los determinantes sociales y económicos de la salud, que incluya la participación de instituciones, sectores y organizaciones comunitarias, para la implementación del Plan Comunal de Salud de la Comuna Uno Popular. (Alcaldía de Medellín, 2016, p. 250).

A demás de esta mesa, se estableció un Equipo Gestor integrado con delegados del componente comunitario e institucional encargado de hacer las veces de Secretaria Técnica, coordinar propuestas y promover el Plan, entre otras funciones (Alcaldía de Medellín, 2016). Para el año 2018, la Comunidad continúa participando activamente y realizando las gestiones pertinentes, para que se puedan llevar a cabo favorablemente las acciones planteadas.

5. Metodología

La construcción de *esta Propuesta de articulación territorial de prácticas académicas de la Universidad de Antioquia, en el contexto del modelo de Atención Primaria en Salud*, se ha realizado por medio de un trabajo conjunto donde han concurrido la ESE Metrosalud, el Equipo Gestor del Plan Comunal de Salud de la Comuna1 (quienes tienen elaborado un diagnóstico general de problemáticas) y La Universidad de Antioquia.

Para el desarrollo de la Propuesta, se ha acogido el Modelo de Prestación de Metrosalud, el cual retoma los entornos familiar, comunitario, escolar e institucional, como escenarios propicios para gestionar la salud de la población y partiendo del concepto de la OMS sobre los entornos, en la cual los describe como el lugar donde

“[...] donde las personas interactúan activamente con el medio que los rodea (espacio físico, biológico, ecosistema, comunidad); es también donde la gente crea y/o soluciona problemas relacionados con la salud. El entorno se identifica por tener un espacio físico definido, un grupo de personas con roles definidos, y una estructura organizacional. Los entornos, además de los relacionados con el espacio físico, biológico o del ecosistema que rodea a las personas, son los relacionados con el ámbito social donde interactúa el ser humano con los demás” (Metrosalud, 2014b, p. 28).

Con base en ello, a continuación se hace una descripción de los entornos propuestos por el Modelo de APS de Metrosalud y de los objetivos planteados para cada entorno desde esta Propuesta de articulación de prácticas:

Tabla 3. Entornos de la APS

Entorno	Modelo APS de Metrosalud	Objetivo de la Propuesta
Entorno Escolar	En el entorno escolar se privilegian las acciones colectivas y grupales, dirigidas con mayor énfasis en la Promoción de la Salud, Prevención Primaria y Protección Específica, así como las dirigidas a la detección precoz de factores de riesgo procedentes del ambiente artificial, que no requieran la utilización de equipos sofisticados o que sean de difícil manejo y desplazamiento. Su foco de acción está en la población escolar.	Aportar a la salud y bienestar de la comunidad educativa mediante las capacidades de las diferentes disciplinas y profesiones en el proceso enseñanza – aprendizaje en articulación con la Institución Educativa y los programas y proyectos que tengan presencia en ella.
Entorno Comunitario	En el entorno y Comunitario, al igual que en el entorno anterior, se privilegian las acciones colectivas y grupales, dirigidas	Trabajar articuladamente con la comunidad tomando como referencia su situación de salud, sus problemas

Entorno	Modelo APS de Metrosalud	Objetivo de la Propuesta
	con mayor énfasis en la Promoción de la Salud y Prevención Primaria, así como las dirigidas a la detección precoz de factores de riesgo procedentes tanto del ambiente natural como del ambiente artificial, que no requieran la utilización de equipos sofisticados o que sean de difícil manejo y desplazamiento. En este entorno las acciones se dirigen a la población general.	priorizados y sus potencialidades para contribuir a su bienestar, en el marco del proceso enseñanza - aprendizaje de diferentes disciplinas y profesiones.
Entorno Familiar	En la familia se privilegian las acciones individuales y grupales, dirigidas con mayor énfasis en la Promoción de la Salud, Prevención Primaria y Protección Específica, así como las dirigidas a la Detección Precoz de factores de riesgo procedentes del ambiente natural y artificial del domicilio. Es posible en este ambiente, la realización de actividades dirigidas al tratamiento, especialmente en los casos de personas con limitaciones para la deambulación o en los casos de intervención en salud mental donde la población objetivo es la familia y no el individuo.	Aportar a la salud y bienestar de las familias mediante las capacidades de las diferentes disciplinas y profesiones en el proceso enseñanza – aprendizaje en articulación con las instituciones y organizaciones del territorio.
Entorno institucional (clínico – asistencial):	En el entorno asistencial ambulatorio se privilegian las acciones individuales y grupales, dirigidas con mayor énfasis en la recuperación de la salud y la protección específica, dichas acciones estarán contempladas en la guía de manejo propio de la patología o evento en salud que corresponda a las necesidades de atención del usuario, así como acciones de Promoción de la Salud y de Prevención Primaria.	Contribuir a la prestación de los servicios de salud en el marco de la Atención Primaria en Salud a través del proceso enseñanza – aprendizaje de diferentes disciplinas y profesiones.

Basados en estos entornos, con los Programas de Medicina, Medicina Veterinaria, Odontología, Ingeniería de Alimentos y Nutrición y Dietética, y con el acompañamiento de las

Vicerrectorías de Docencia y Extensión, se construyó la ruta de trabajo para articular e integrar las acciones que cada programa venía ejecutando o quería desarrollar en las Comunas 1 y 2.

La construcción de esa ruta de trabajo requirió que cada programa académico de acuerdo con sus capacidades y con los objetivos de formación de sus prácticas académicas determinara en cuales entornos y con cuantos estudiantes podía participar y articularse. Fue allí, donde se requirió un trabajo de doble vía, vinculando no solo a los niveles directivos de las instituciones participantes sino a los profesores, estudiantes y líderes comunitarios, quienes serían actores principales, para dar cumplimiento a los objetivos formulados por la *Propuesta de articulación territorial de prácticas académicas de la Universidad de Antioquia, en el contexto del modelo de Atención Primaria en Salud*. A continuación se realiza una descripción de los objetivos específicos y las actividades planeadas para dar respuesta a los mismos. Es importante mencionar que muchas de estas acciones requieren un trabajo continuo, algunas ya se hicieron, otras se están en proceso de ejecución.

Tabla 4. Objetivos específicos vs Actividades

Objetivos específicos	Actividades
Identificar las prácticas académicas de la Universidad de Antioquia que puedan articularse en la Propuesta.	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación de la propuesta en diferentes escenarios académicos y administrativos para motivar a las unidades académicas a vincularse. (Realizado en parte con: Presentación en comité de decanos del área de la salud, comité de vicedecanos, red de prácticas, coordinación de prácticas y profesores de diferentes Facultades, Institutos y Escuelas). - Presentación en unidades académicas que manifiestan interés en participar o que se considera necesario incluir según las necesidades sentidas de actores institucionales y comunitarios.
Propiciar el diálogo de saberes y el trabajo interdisciplinario entre las diferentes Unidades Académicas de la Universidad, con los actores institucionales y comunitarios que hacen presencia los territorios.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de actores comunitarios claves para el desarrollo de la propuesta. - Encuentros con líderes y comité gestor del plan comunal de salud de la Comuna 1 para la socialización de la propuesta. - Encuentros con actores institucionales claves en el territorio: reuniones con Metrosalud, institución educativa Antonio Derka, secretaría de Bienestar Social. - Conformación del Comité Académico de la Propuesta
Planear y desarrollar	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de programas de curso de diferentes programas participantes

Objetivos específicos	Actividades
prácticas articuladas en los territorios teniendo en cuenta las necesidades y potencialidades de formación, de las comunidades y de las instituciones desde el enfoque de Atención Primaria en Salud.	identificando puntos de convergencia. - Revisión de los diferentes tipos de prácticas académicas de los programas que se van articulando. - Elaboración de cronogramas de actividades académicas y prácticas articuladas. - Definición de un plan de trabajo donde se definen las acciones que cada programa académico va a realizar en el entorno familiar, escolar, comunitario e institucional. - Revisión de Plan Comunal de salud de la Comuna 1 - Dialogo con actores identificando necesidades y potencialidades y los puntos de articulación con las prácticas académicas. - Planeación con actores comunitarios e institucionales el desarrollo de las prácticas articuladas.
Evaluar y sistematizar la experiencia como insumo para la propuesta de modelo de prácticas en la Universidad.	- Encuentros con las unidades académicas articuladas para el monitoreo y evaluación periódica de la propuesta. - Reuniones semestrales con actores comunitarios e institucionales para evaluación de la Propuesta. - Elaboración de Formato de seguimiento y evaluación de la Propuesta - Diligenciamiento del formato de seguimiento y evaluación de la Propuesta por parte de docentes encargados. - Consolidación de la información - Evento semestral de socialización de resultados - Sistematización de la Propuesta - Elaboración de ruta o modelo de prácticas articuladas de la Universidad de Antioquia

Finalmente, Se espera que a lo largo del año 2018 se involucren otros programas académicos, los cuales están siendo convocados para iniciar un trabajo socialización de la Propuesta y establecimiento de posibles acciones conjuntas en el territorio en el futuro próximo. También se planea realizar una sistematización de esta ***Propuesta de articulación territorial de prácticas académicas de la Universidad de Antioquia, en el contexto del modelo de Atención Primaria en Salud***, que permita generar una ruta metodológica y así la construcción de un modelo de articulación prácticas académicas que pueda ser aplicado por la Universidad en otros escenarios.

6. Cronograma

ACTIVIDAD	2017						2018											
	MES						MES											
	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Reuniones de Comité Académico																		
Inicio de las prácticas de los estudiantes de los 5 programas académicos																		
Revisión teórica de la Propuesta																		
Informes periódicos de la Propuesta																		
Revisión de cronogramas por unidad académica																		
Reuniones ordinarias																		
Reunión Equipo Gestor del Plan Comunal de Salud-Comunal																		
Actividades de articulación con unidades académicas																		
Participación en Comités convocados por Metrosalud o la Comunidad																		
Proceso de sistematización del modelo																		
Documento Modelo de prácticas integradas UdeA																		

7. Referencias bibliográficas

- Acuerdo Superior 1. Consejo Superior Universitario, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, 05 de marzo de 1994. Recuperado de http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/582e2ba1-c294-4515-961c-96530772faeb/EstatutoGeneral07_12_2011.pdf?MOD=AJPERES
- Acuerdo Superior 124. Consejo Superior Universitario, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, 29 de septiembre de 1997. Recuperado de http://comunicaciones.udea.edu.co/autoevaluacioncomunicaciones/images/Sitio_informe/Anexos/Acuerdos%20Superiores/Acuerdo%20Superior%20124%20de%201997.pdf
- Acuerdo Superior 125. Consejo Superior Universitario, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, 29 de septiembre de 1997. Recuperado de <http://iep.udea.edu.co:8180/jspui/bitstream/123456789/255/1/Acuerdo%20Superior%20125.pdf>
- Acuerdo 000003. Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, Bogotá, Colombia, 12 de mayo de 2003. Recuperado de <http://www.javeriana.edu.co/documents/10179/241484/Acuerdo+000003.pdf/181cb09a-8634-41b5-8b2c-6ffc8a9775bc>
- Acuerdo superior 418. Consejo Superior Universitario, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, 29 de abril de 2014. Recuperado de <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/1ef6a59d-69d6-47d7-a156-926aa8a34c3c/acuerdo+superior++418+2014.pdf?MOD=AJPERES>
- (Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Secretaria de Salud del Distrito Capital; Secretaria Distrital de Salud. (2018). Programa Salud al Colegio - Me Siento Bien, Aprendo Bien.
- Alcaldía de Medellín. (2015a). *Plan de Desarrollo Local Comuna 1, Popular*, Medellín, Colombia. Recuperado de https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_15/InformacinGeneral/Shared%20Content/Documentos/comunas/COMUNA1_POPULAR.pdf
- Alcaldía de Medellín. (2015b). *Plan de Desarrollo Local Comuna 2, Santa Cruz*, Medellín, Colombia. Recuperado de https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_15/InformacinGeneral/Shared%20Content/Documentos/comunas/COMUNA2_SANTA_CRUZ.pdf
- Alma Ata 1978 (s. f). <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>
- Arboleda, L., Gómez, S., Gutiérrez, M., Salas, W. (2007). *Sistematización: sentidos de la práctica y de la participación Proyecto interinstitucional por una infancia saludable*

prisa, Des-haciendo el suspenso, una acción social para ser leída. Universidad de Antioquia, Vicerrectoría de Extensión

Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombiana. (1991). Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=4125>

Ballesteros, J., Velásquez, C., Sierra, M., Torres, E., Vélez, E. (2010). Santo Domingo Savio: un territorio reterritorializado. En *Territorios*, 22, pp. 87-110. Recuperado de <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/territorios/article/download/1384/1301>

Chan, M. (2008). Organización Mundial de la Salud. Regreso a Alma-Ata <http://www.who.int/dg/20080915/es/>

Comuna Popular ORG (s. f). Acerca de Plan Comunal de Salud. Comuna 1 – Popular. Medellín. <http://comunapopular.org>

Consultor Salud. (2014). Renovación de la APS. <http://www.consultorsalud.com/renovacion-de-la-aps>

Corporación Con-vivamos. (2012). Comuna 1 Popular de Medellín. Medellín. <http://www.convivamos.org/web25w/?p=725>

Decreto 1416. Presidencia de la Republica, Bogotá, Colombia, 04 de julio de 1990. Recuperado de <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6543.pdf?view=1>

Decreto 1757. Ministerio de Salud, Bogotá, Colombia, 03 de agosto de 1994. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%201757%20de%201994.pdf

Decreto 2376. Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Educación Nacional, Bogotá, Colombia, 01 de Julio de 2010. Recuperado de http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/138d592c-92db-4394-bd5b-c8b7563a95e9/Decreto_2376_de_Julio_01_de_2010.pdf?MOD=AJPERES

Decreto 1075. Ministerio de Educación Nacional, Bogotá, Colombia, 26 de mayo 2015. Recuperado de <https://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-351080.html>

Delors, Jacques. Madrid, España (1996). La Educación encierra un tesoro. UNESCO. Recuperado de http://innovacioneducativa.uaem.mx:8080/innovacioneducativa/web/Documentos/educacion_tesoro.pdf

- Gofin, J., Gofin, R. (2007). Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. En *Revista Panamericana de Salud Pública*. Recuperado de <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2007.v21n2-3/177-185/es>
- Grimado, Humberto. Córdoba, Argentina, 2018. El rol de la educación superior de cara a los desafíos sociales de América Latina y el Caribe. UNESCO-OESALC y Universidad Nacional de Córdoba
- Larrosa, Jorge (2006). Sobre la experiencia. Universitat de Barcelona. Recuperado de http://files.practicadesubjetivacion.webnode.es/200000018-9863d9a585/_la_experiencia_Larrosa.pdf
- Ley 1164. Congreso de Colombia, Bogotá, Colombia, 03 de octubre de 2007. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf
- Ley 1438. Congreso de Colombia, Bogotá, Colombia, 19 de enero de 2011. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf
- Ley 1164. Congreso de Colombia. Bogotá, Colombia, 03 de octubre de 2007. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf
- Ley 1438. Congreso de Colombia. Bogotá, Colombia, 19 de enero de 2011. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf
- Ley 1751. Congreso de Colombia. Bogotá, Colombia, 16 de febrero de 2015. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-1751-de-2015.pdf>
- Metrosalud. (2014a). Modelo de Prestación de Servicios con enfoque en Atención Primaria en Salud.
- Metrosalud. (2014b). Modelo de Prestación de Servicios con enfoque en Atención Primaria en Salud, versión 2.
- Metrosalud. (2018). Medellín. <http://www.metrosalud.gov.co>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de Atención Integral en Salud*. Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

- Muñoz, E., et al. (2012). *Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al sistema de salud colombiano*. CEDETES, Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/An%C3%A1lisis%20y%20Propuesta%20para%20Atenci%C3%B3n%20Primaria,articulado%20al%20sistema%20de%20Salud%20Colombiano.pdf>
- Nebot, C., Rosales, C., Borrell, RM. (2009). Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud. En *Revista Panamericana de Salud Pública*. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n2/11.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1978). Atención primaria de salud. *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: 1978*. Recuperado de <https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2011/06/declaracion-de-alma-ata.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. Biblioteca Sede OPS. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31084/9275326991-esp.PDF?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Panamericana de la Salud. (2008a). *Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, N°2: La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud*. Biblioteca Sede OPS. Recuperado de http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Formacion_Medicina_Orientada_APS.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2008b). *Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, N°1: Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Biblioteca Sede OPS. Recuperado de http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf
- Organización Panamericana de la salud. (s. f). Atención primaria en salud. Washington, D.C. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=389&Itemid=40976&lang=es
- Periódico Mi Comuna 2 (s. f). Comuna 2 – Santa Cruz. Medellín. <http://www.micomunados.com/comuna-2-santa-cruz/>
- Departamento Nacional de Planeación (2015). Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018. Recuperado de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/PND/PND%202014-2018%20Tomo%201%20internet.pdf>

<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/PND/PND%202014-2018%20Tomo%202%20internet.pdf>

Resolución 00429. Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, Colombia, 17 de febrero de 2016. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf

Resolución 2063. Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, Colombia, 09 de junio de 2017. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202063%20de%202017.pdf

Secretaría de Salud de Medellín, Universidad de Antioquia. (2016). *Informe final Plan Comunal de Salud Comuna Uno, Popular, de Medellín.*

Universidad de Antioquia. (2014). *Convenio Marco de Cooperación Interfacultades* Nro. 8801-001-2014

Universidad de Antioquia. (2017). Plan de Desarrollo 2017-2027, Una Universidad innovadora para la transformación de los Territorios. Recuperado en <http://www2.udea.edu.co/webmaster/multimedia/plan-desarrollo-udea/plan-desarrollo-udea.pdf>

Universidad de Antioquia. (2017). Gestión territorial de la salud: perspectivas, aprendizajes y aportes a la práctica. Medellín, Colombia. Recuperado de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/viewFile/328206/20785137>

Universidad de Antioquia. Vicerrectoría de Extensión. Banco Universitario de Programas y Proyectos de Extensión -BUPPE-. (2018). Informe Termino del Proyecto, BUPPE APS_C3. “Gestión académica y territorial de la atención primaria para el cuidado de la vida, la salud y el ambiente en los barrios La Cruz, La Honda, Bello Oriente, Raizal y San Blas, Comuna 3 - Manrique, en Medellín.”

Universidad de Antioquia. Grupo de Investigación Edusalud, Comisión Pedagógica. 2011. Enlaces en Didáctica. Aprendizaje basado en problemas -ABP-. Publicación en la serie del Departamento de Educación Médica, Facultad de Medicina. Cartilla N°1 vol 1.

Universidad de Antioquia. Vicerrectoría de Extensión. Banco Universitario de Programas y Proyectos de Extensión -BUPPE-. (2018). “Gestión académica y territorial de la atención primaria para el cuidado de la vida, la salud y el ambiente en los barrios La Cruz, La Honda, Bello Oriente, Raizal y San Blas, Comuna 3 - Manrique, en Medellín.”

Documento preliminar. Marco Conceptual del Territorio como un Espacio de Enseñanza Aprendizaje Guiado por la Estrategia de Atención Primaria en Salud – APS.

Vega, R., Acosta, R., Mosquera, P., Restrepo, O. (2009). *Atención Primaria Integral de Salud. Estrategia para la transformación del Sistema de Salud y el logro de la equidad en salud*. Alcaldía Mayor de Bogotá Secretaría Distrital de Salud Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Unión Gráfica Ltda. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/267756205_Atencion_primaria_integral_de_salud_estrategia_para_la_transformacion_del_sistema_de_salud_y_el_logro_de_la_equidad_en_salud

Vice-Ministerio de Salud y Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2015). *Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS Piloto de Implementación en los Departamentos con Poblaciones Dispersas*. Departamento de Guainía, Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/anexo-4-documento-mias.pdf>

Weber, Max. Madrid, España (2002). *Economía y sociedad*. Esbozo de sociología comprensiva. Segunda reimpresión. Fondo de cultura económica de España. Recuperado de <https://zoonpolitikonmx.files.wordpress.com/2014/08/max-weber-economia-y-sociedad.pdf>