DOCUMENTO PDI
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD

Podría decirse que hoy es consenso el reconocimiento de la existencia de una crisis ambiental que, en realidad, es una crisis civilizatoria pues incluye, entre otras, la crisis energética derivada del inminente agotamiento de los combustibles fósiles, la crisis alimentaria de un alto porcentaje de la población mundial con sus inevitables consecuencias de desnutrición y pobreza, la crisis hídrica derivada del uso excesivo de fuentes y de contaminación de las mismas, la crisis de la biodiversidad en tanto se reconoce que estamos viviendo la sexta gran extinción y la crisis climática con sus consecuencias directas sobre la calidad de vida de un alto porcentaje de habitantes del planeta.

En el marco del sistema ecológico, aunque no a su favor, hoy tenemos un contexto económico en el que se sustentan las políticas macroeconómicas de los países en desarrollo relacionado con el Consenso de Washington promulgado por las élites intelectuales del Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y asesores económicos del Congreso de los Estados Unidos de América en 1989. Esta propuesta tenía como finalidad el desarrollo y predominio de una economía de mercado, la reducción del papel del Estado, la expansión del sector privado y la liberación financiera y comercial para facilitar el mercado. En su aplicación, primaron los intereses económicos sobre los sociales y la equidad, lo cual se evidencia en la política de privatización, la alta inversión extranjera, la deslaboralización y las desregulaciones, como exigencia para estar acordes con el mercado. Como consecuencia, algunos países latinoamericanos –entre ellos Colombia– continúan aportando un alto porcentaje de su presupuesto en intereses y servicios de la deuda externa, de la cual se deriva la deuda social que provocó crisis en la salud y seguridad social, entre otros sectores afectados, con reformas que no apuntaron a mejorar la situación de las poblaciones, sino que se enfocaron a la reducción del tamaño del Estado, lo que afecta de manera sensible la Salud en general y la Salud Pública, en particular.

Por su parte, las transformaciones alrededor de la globalización exigen de los países una capacidad de respuesta frente a su población en lo referente a sus condiciones productivas y demográficas, que incidan en su desarrollo humano para que sea competitivo, no sólo desde la perspectiva económica, sino también desde lo cultural, educativo, político, social y de salud; sin embargo, es necesario considerar los efectos negativos de la globalización relacionados con la transnacionalización de los riesgos, la importación de modelos de comportamientos y estilos de vida mediante la influencia de los medios masivos de comunicación.

A pesar de este sistema de interconexiones, globalización e individualización, la salud debe seguir entendiéndose como el estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solo como la ausencia de enfermedad (OMS, 2006). La salud es sin duda el patrimonio individual más importante e imprescindible que posee la persona, de manera que sin salud pocas cosas cobran su sentido y verdadera dimensión en la vida diaria. El concepto de salud es dinámico y cambiante, y su contenido varía según las condiciones históricas, culturales y sociales de la persona y la comunidad que lo aceptan, en ese sentido la salud es un nivel de bienestar para un momento y contexto dados (Villaseca, 2004). La salud no es solo una responsabilidad individual, sino también colectiva, es así que, según el estado de salud de alguien, resulta afectada la familia, la población y la comunidad.

Existen diferentes definiciones de Salud Pública, para M. Terris[[1]](#footnote-1) la salud pública es “la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones, educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud”.

La salud pública, concebida como proceso, se construye desde la vida de las personas, de las comunidades y con base en los diversos conocimientos y los valores compartidos, en un *continuum* en la que las prácticas en salud se relacionan con la vida en su complejidad, diversidad y según el contexto histórico temporal en las que se originan[[2]](#footnote-2).

La salud pública como ciencia, obliga la interpretación de las poblaciones y de la naturaleza como sujetos, con el fin de comprender nuevas formas de diálogo entre actores, culturas, saberes y poderes, y no sólo el reconocimiento del poder del Estado, al que se requiere ejercer control para el cumplimiento de sus deberes como garante de la vida y la salud[[3]](#footnote-3). En este sentido, la salud pública pretende reflexionar respecto a la complejidad de la acción y el conocimiento humano, en la que no es posible asignar todo el peso de la relación salud-enfermedad-padecimiento a los modelos explicativos matemáticos, sino que es necesaria su vinculación con los abordajes comprensivos que posibiliten la recuperación de lo humano y su carácter emancipatorio, ante el desconocimiento del mismo, dado por los saberes tecnológicos, de la medicina y la salud pública convencionales[[4]](#footnote-4).

A partir de las anteriores premisas, se plantea la necesidad de involucrar otros sectores que contribuyan a modificar las condiciones de salud de la población, tales como educación, medio ambiente, vivienda, economía, transporte, etc., así como fomentar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como estrategias fundamentales para modificar factores ambientales y estilos de vida que tienen un efecto negativo en la salud de las poblaciones.

La carta de Otawa de 1986 plantea “La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.”

En una sociedad donde son más relevantes los propósitos particulares de los individuos que aquellos propios de la sociedad, urge una salud pública que se comprometa con la Vida, como fenómeno planetario, y que sea capaz de intervenir y modificar conductas y situaciones dadas como naturales en el marco de inequidad y la injusticia social que caracteriza esa sociedad. La salud pública tiene que enfrentar una sociedad en la que los individuos viven en una individualidad colectiva, de tal manera que solo confían en sí mismos y no en los demás, ya que su seguridad está muy por encima de intereses colectivos o comunitarios[[5]](#footnote-5).

Aportar al conocimiento de la salud, de lo público, implica realizar procesos de investigación y construcción de conocimiento a partir de la participación colectiva de las poblaciones para buscar la transformación de realidades sociales, en la cual, el cuidado primario de la salud se aborde desde un enfoque holístico y con una visión transdisciplinaria.

En este sentido la salud pública como disciplina integradora de un enfoque biológico, social y humano se muestra como una interesante alternativa para hacer frente a retos actuales, desde la articulación, la armonización y el enfoque de los diferentes saberes (científicos y populares) y actores intelectuales, políticos y sociales con el fin de generar procesos de transformación y cambio.

La complejidad del concepto de salud, así como la propia de la salud pública, se integran perfectamente con la multidimensionalidad de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible[[6]](#footnote-6), los cuales se interrelacionan y son intersectoriales. Así como ellos, la salud pública tiene que luchar contra los elementos sociales que determinan la enfermedad y el padecimiento y, por ende, contra la pobreza y la injusticia.

Desde el tercer objetivo de desarrollo sostenible se obliga a la salud pública a reconocer que los principales problemas en salud que hoy se tienen dependen del desarrollo de cada región, con lo cual existen lugares donde persiste aún el problema de enfermedades infecciosas y altas tasas de mortalidad infantil; así las cosas, uno de los retos de las ciencias de la salud es generar acciones que garanticen la sobrevivencia a lo largo de la infancia. Dado el cambio en los perfiles epidemiológicos y demográficos, otro reto importante es impactar sobre la discapacidad, producto del aumento de lesiones por causa externa y de malformaciones congénitas que aumentan con la alta incidencia de embarazos tardíos o a muy temprana edad. Como consecuencia del cambio climático, un llamado importante es trabajar sobre entornos frágiles y vulnerables que afectan las condiciones de vida, la salud y el bienestar de las personas y de las demás especies, expresadas en contaminación del aire, aumento de enfermedades zoonóticas y trasmitidas por vectores (dengue, malaria), sequías y contaminación del agua.

Con más de 45 millones de habitantes, Colombia vive actualmente una rápida transformación demográfica. El acelerado crecimiento de su población a mediados del siglo XX, ha hecho que a comienzos del siglo XXI se presente un rápido incremento del número de personas mayores de 60 años, que actualmente representan el 10% de la población y se prevé que este grupo aumente al 20% en 2050, con un mayor porcentaje de mujeres ancianas (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015).

En 1995 el índice de envejecimiento estaba en 13,7 mayores de 65 años por cada 100 personas entre 0 y 14 años y se espera que para 2025 sea de 42 mayores de 65 años por cada 100 personas entre 0 y 14 años (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha. 2015). De acuerdo con el estudio Misión Colombia Envejece (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015), la esperanza de vida de los colombianos ha experimentado un considerable aumento, de 44 años para los nacidos entre 1937‑1939, pasó en 2000 a 70,17 años y alcanzará 73,95 en 2025; adicionalmente, el incremento de la esperanza de vida ha sido mayor en la población urbana, en los grupos con mayor nivel de instrucción y con mayores ingresos económicos.

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. En un mundo que envejece rápidamente, en un contexto de precariedad económica y ausencia de servicios sociales sólidos que puedan asegurar calidad a lo largo de todo el curso de vida, y especialmente en la vejez, en un contexto de transición demográfica y epidemiológica, con mayor participación de las mujeres en el mercado de trabajo, la demanda de cuidados en la vejez se incrementará, y este aumento se acompañará de una disminución de la capacidad de brindar estos apoyos, especialmente para el actor que tradicionalmente ha desempeñado esta función: la familia, y dentro de ella, sobre todo, la mujer (CEPAL, 2009). Dicho de otra manera, se estima que para el año 2030 se habrá duplicado la cantidad de personas mayores y con ello aumentará la demanda de cuidado de esta población, especialmente de aquella en situación de dependencia (OMS, 2015).

La OMS también insiste en que en los países de ingresos bajos o en los entornos de escasos recursos de todo el mundo, el acceso a los servicios de salud suele ser limitado. Es posible que los profesionales no tengan la formación suficiente para hacer frente a los problemas comunes de la vejez, como la demencia o la fragilidad, y que se pierdan oportunidades para el diagnóstico temprano y el control de algunas afecciones, como la hipertensión arterial (un factor de riesgo clave para las principales causas de muerte de las personas mayores: las enfermedades cardíacas y los accidentes cerebrovasculares). Queda pues claro que los servicios que se presten en la actualidad deben responder a las futuras necesidades y expectativas de las personas mayores.

En el ámbito nacional, desde la Constitución Colombiana de 1991 se reconoció a los adultos mayores como un grupo de especial atención y tratamiento, de la misma forma se reconoció también el derecho de este grupo a la salud, el trabajo, a la igualdad y a la vida, entre otros derechos fundamentales (Ministerio de salud y protección social, 2007). Actualmente el país cuenta con una Política Nacional de Envejecimiento y Vejez (PNEE) 2007-2019 que constituye un marco de acción importante para que la sociedad colombiana pueda enfrentar adecuadamente su proceso de envejecimiento, atenuando las consecuencias de la exclusión y pobreza de las actuales generaciones envejecidas. De forma específica, en el cuarto eje de la PNEE, formación de talento humano e investigación, se menciona que para el país es indispensable la producción y uso de conocimiento válido, pertinente y sólido sobre envejecimiento y vejez, para mejorar la capacidad de aprender, generar nuevo conocimiento sobre el tema, producir, sistematizar, divulgar y desarrollar capacidades en las personas, colectivos e instituciones para generar un talento humano suficiente y con capacidad de gestionar individual, y colectivamente, el proceso de envejecimiento y vejez.

Asimismo con la promulgación de la Constitución Política de Colombia (Congreso de la Republica de Colombia, 2011), se han dado desarrollos importantes en el derecho social, económico y cultural, entre los que se incluye la actividad física y otras manifestaciones motrices, con el fin de contribuir a la formación integral de las personas, preservar y desarrollar una mejor salud en cada Colombiano, por lo cual se reconoce el derecho a la realización de estas prácticas y por ende toda persona tiene el deber de procurar cuidar su salud y el estado de velar por el fomento y el control en el desarrollo de las actividades. Es así como en la Ley 181 de 1995, uno de los objetivos que propone, es fomentar los espacios para la práctica de la actividad física y otras manifestaciones motrices (deporte, recreación) con el fin de crear hábitos de la práctica que redunden en la salud, calidad de vida y el bienestar, por cuanto con la intervención del estado se trata de disminuir las inequidades, en salud, educación y acceso a oportunidades como la actividad física y otras manifestaciones motrices (Congreso de la Republica de Colombia, 1995).

También es contundente la importancia de la actividad física en la Ley 115 de 1995 en el Artículo 5 los fines de la educación, entre los cuales se consagra la importancia de la formación para la promoción y preservación de la salud (Congreso de la Republica de Colombia, 1994). En las dos últimas décadas una variedad de estudios ha demostrado los beneficios de la actividad física para la salud, estos han sido divulgados por instituciones gubernamentales y son conocidos en alguna medida por la población en general. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud en su informe sobre la salud en el mundo 2002, estima que los estilos de vida sedentarios son una de las 10 causas fundamentales de mortalidad y discapacidad en el mundo. América Latina tiene un alto porcentaje de urbanización y este acelerado crecimiento de la población urbana no ha ido a la par con el crecimiento en empleo, vivienda, servicios de salud e infraestructura física y social, lo cual, ha ocasionado una insuficiencia en los sistemas de transporte público, contaminación ambiental y bajos niveles de actividad física tanto en el trabajo, tiempo libre y transporte público (Jacoby, Bull, & Neiman, 2003). Estudios coinciden que en los países que conforman la región de América Latina se observa una tendencia hacia la poca actividad física, ocasionada por el incumplimiento de la recomendación básica de actividad física de 30 minutos diarios y frecuencia de 3 días o más, principalmente en mujeres, con bajo nivel de escolaridad y con edad mayor a 60 años.

A partir de la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria en Salud) se reconoce la salud como un derecho fundamental de los colombianos y previamente se había definido el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, que es “una apuesta política por la equidad en salud, entendida como la “ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales consideradas innecesarias, evitables e injustas” (Whitehead, 1992). Esto implica que la equidad en salud se logra cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas.”(pag 15, Plan Decenal de Salud Pública).

A su vez, teniendo como referente el PDSP se promulga la Política Integral de Atención en Salud (PAIS) (Resolución 0429 de 2016) y la adopción del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), el país, y específicamente el sector salud, han asumido el reto de reorientar el modelo hacia uno centrado en la Atención Primaria en Salud (APS) como estrategia básica, con enfoque de salud familiar y comunitaria. Esto hace necesario redefinir también el modelo de educación en salud para que los estudiantes, que son THS en formación, también sean parte de los equipos de salud que realizan intervenciones en la comunidad, servicios ambulatorios y hospitalarios. Hasta ahora, en general en el país la educación sanitaria se ha orientado más hacia lo hospitalario y las especializaciones[[7]](#footnote-7).

La PAIS tiene como objetivo general orientar el modelo hacia la generación de las mejores condiciones de salud de la población mediante la regulación de las intervenciones 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, Estatutaria de Salud). Esta Política está conformada por un marco estratégico y un modelo operacional. El marco estratégico consta de 4 estrategias centrales 1. La Atención Primaria en Salud (APS) con enfoque de salud familiar y comunitaria, 2. El cuidado, 3. La gestión integral del riesgo en salud y 4. El enfoque diferencial de territorios y poblaciones.

A su vez, el modelo operacional (es decir, el MIAS) permite que, a partir de las estrategias definidas, se adopten 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 agentes del sistema, en una visión centrada en las personas.

El modelo cuenta con 10 componentes operacionales que inician desde el conocimiento y caracterización de la población y sus grupos de riesgo, con base en la definición de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) -unidades básicas de regulación a partir de las cuales despliegan y se adaptan los demás componentes-, los requerimientos de las redes integrales de prestadores de servicios de salud y su adaptación en el territorio, el rol de los aseguradores en los territorios donde esté autorizado para operar, sus funciones y requerimientos para la habilitación técnica, las características del talento humano en salud, los esquemas de incentivos y pago; así como los reportes obligatorios de información requeridos y los retos de investigación, innovación y apropiación del conocimiento.

El Fortalecimiento del Talento Humano en Salud (THS) es uno de estos componentes operacionales. La PAIS contempla que para el fortalecimiento de desarrollo del THS se deben desarrollar acciones a nivel de cuatro ejes: 1) la formación del THS; 2) la armonización del THS con el esquema de cuidado integral y provisión de servicios; 3) el fortalecimiento del THS responsable de la planeación y gestión territorial en salud y 4) gestión, planificación y mejoramiento de las condiciones laborales del THS a nivel nacional y territorial. Estos ejes deben articularse en los planes territoriales de salud para generar impacto real en la población.

En el eje deFormación del THS, la política propone como resultado a largo plazo: “El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en coordinación con el sector educativo, definirá las orientaciones y competencias para apoyar la formación del Talento Humano, a nivel de pregrado y posgrado, incluyendo lineamientos para orientar su transformación de acuerdo a las necesidades de la población y acorde a la Política de Atención Integral en Salud. A partir de lo anterior, se deben ajustar los planes curriculares de los programas de formación de Recurso Humano en Salud por parte de las Instituciones de Educación Superior e implementar estrategias y herramientas adicionales para la evaluación de la calidad y la pertinencia de los programas, procesos y egresados de educación superior, con el acompañamiento del Ministerio de Educación Nacional”.

En ese sentido, la Política Nacional de THS del año 2018 retoma los elementos previos y reconoce la importancia del THS como un factor crítico para mejorar la salud de la población y lograr los objetivos del sistema de salud en el marco del MIAS. Específicamente la *Línea de acción Calidad y pertinencia de la formación* contempla:

* Promover ajustes a los currículos de las profesiones del área de la salud, para fortalecer competencias en temas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, gestión integral del riesgo en salud, enfoque intercultural y trabajo colaborativo e interprofesional.

El Indicador de Densidad de Talento Humano en Salud (THS) de 2016, señala que el país tiene 32 profesionales de la salud por cada 10 mil habitantes (como referente internacional el indicador corresponde a la suma de médicos, enfermeras y parteras profesionales por cada 10 mil habitantes).[[8]](#footnote-8) Aunque este indicador supera la recomendación propuesta por la Orga­nización Mundial de la Salud (OMS) de 25 profesionales por 10 mil habitantes para países de bajo y mediano nivel de desarrollo, se ha evidenciado que se presentan desequilibrios en la distribución de personal sanitario entre los departamentos del país. Mientras en Bogotá D.C. la densidad es de 65 por 10 mil habitantes, en Chocó, Vichada y Vaupés es alrededor de 6; existen otros 5 departamentos con densidad menor de 10; 18 departamentos por debajo de 20, y solo 8 depar­tamentos (Antioquia, Atlántico, Cesar, Meta, Quindío, Risaralda, Santander, Valle del Cauca y Bogotá D.C.) superan la densidad recomendada de 25. Esto evidencia una mayor disponibilidad de personal sanitario en los grandes centros urbanos y zonas aledañas, lo que lleva a dificultades de acceso a dichos servicios que afecta a grupos de población ubicados en zonas rurales dispersas.

Por su parte, la recomendación de la OMS para servicios de salud mental óptimos se constituye en una pirámide, cuya base es el autocuidado; sobre este va el cuidado comunitario informal, los servicios de salud en el primer nivel, los servicios hospitalarios de salud mental especializados, los servicios de salud mental comunitario y termina en la punta de la pirámide de los servicios de salud mental de larga estancia. La base de la pirámide tiene los costos más bajos y las frecuencias más altas.

La Política Nacional de Salud Mental del año 2018 trae varios retos al país desde la promoción hasta la rehabilitación, donde las secretaría de salud mental tiene las responsabilidades de llevar la estrategia a la implementación y la academia debe ser parte fundamental del desarrollo de la política, integrandose a la PAIS, el MIAS y las RIAS.

Los modelos de salud mental han evolucionado a disminución de los servicios de hospitalización y ampliación de los servicios de atención en la comunidad, teniendo en cuenta que debe existir un balance entre los servicios hospitalarios y comunitarios. En regiones de pocos ingresos se recomiendan los modelos de atención primaria con respaldo de los especialistas, para lo cual se desarrolló la estrategia mhGAP (Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental por sus siglas en inglés), promulgada por la OMS en 2010 y dirigido a los países con ingresos bajos y medios-bajos con el objetivo de mejorar la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en entornos de atención de salud no especializada.

A partir de 2009, mediante la aparición de la ley 1286, se presenta un giro hacia la consolidación del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (CTeI), en donde la dimensión regional es objeto de un tratamiento amplio, marco que comprende los siguientes aspectos: descentralización a través del empoderamiento de las entidades territoriales en materia de CTeI; creación de los Consejos Departamentales de CTeI y financiación de proyectos a través regalías.

Dicho marco orienta la planeación en tres enfoques críticos: a) Fortalecimiento de los Sistemas Regionales de CTeI; b) Integración de las estrategias de regionalización del SNCTI con el Sistema Nacional de Competitividad; c) Establecimiento de una política de clústeres, cadenas de valor, parques tecnológicos u otras formas de aglomeraciones de empresas.

En el Plan Estratégico de Ciencia, Tecnología e Innovación para el departamento de Caldas (2013) se describe a la investigación en salud como una de las megatendencias priorizadas en investigación para el departamento; además en el Plan Departamental de Desarrollo “Caldas Territorio de Oportunidades” 2016-2019, la Gobernación de Caldas definió el sector “Ciencia, Tecnología e Innovación para la construcción de una paz duradera” en el cual estipula: “Con el fin de aplicar la Ley de Ciencia y Tecnología para Colombia, se diseñó El Plan y Acuerdo de Ciencia Tecnología e Innovación para el departamento (PAED), donde se identificaron los sectores estratégicos para el Departamento de Caldas y los cuales deben fortalecerse en la estrategia: Agro (Agropecuario y Agroindustria), Industria, TIC, Bio (Biodiversidad y Biotecnología), Educación y Salud”.

Estos antecedentes de reglamentación posicionan al campo de la investigación en salud y biotecnología como eje fundamental para el desarrollo regional y nacional, sin embargo, la transferencia hacia el contexto universitario, de manera específica en pregrado, ha sido tangencial; fenómeno que depende de múltiples elementos que le son propios a las dinámicas de formación en el campo de la salud como son el direccionamiento a la preparación del profesional para la asistencia más que en el proceso de redefinir los modelos imperantes del cuidado de la salud, espacios de formación centrados en la transferencia de información, docentes con formación en investigación con limitaciones en inclusión de la innovación en su área de dedicación, entre otros.

Superar estos retos implica la presentación de un programa o política que presente la ruta de crecimiento hacia la capacidad traslacional, cuyo fundamento debe contemplar la creación de espacios reconocidos y claros para la discusión de la CTeI como componente crítico en la formación de los profesionales de salud.

En Colombia, para el área de la salud, otro tema a considerar, son los elementos normativos de la prestación de servicios bajo la modalidad de telemedicina que se incluyen en la ley 1419 de 2010, la cual establece los lineamientos para el desarrollo de la Telesalud en Colombia, como apoyo al Sistema General de Seguridad Social en Salud; en la resolución 1448 del 2006 que define las condiciones de habilitación para las instituciones que prestan servicios de salud bajo la modalidad de Telemedicina y las resoluciones 1441 de 2013 y 2003 de 2014, que definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para estos servicios.

Adicionalmente, la telemedicina y la educación virtual se encuentran como ejes prioritarios en los principales planes y políticas que rigen en nuestro país.

En la Política de Atención Integral en Salud (PAIS),se menciona que la telemedicina constituye una de las formas de contribuir a la participación de equipos de salud multidisciplinarios, integrales y pertinentes, promueve la atención integral, integrada y continua, fortalece la capacidad resolutiva, así como la pertinencia y oportunidad. Adicionalmente, esta política refiere que la telemedicina permite adaptar el modelo de salud a las particularidades de los territorios, lo cual se considera factor crítico de éxito en el desempeño del sistema de salud.

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), incluye dentro sus estrategias el desarrollo de capacidades nacionales y locales para la innovación, uso y aplicación de las TIC para mejorar el acceso y la atención de patologías. El PDSP especifica como parte de sus estrategias la implementación de telemedicina, tele-rehabilitación y educación para la salud, especialmente para residentes en zonas dispersas.

Por otro lado, el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2018-2022propone como una de sus metas incrementar el número de proyectos que Colciencias financia en temas relacionados con telemedicina; además propone desarrollar e implementar una oferta de servicios de salud móvil, centros médicos y hospitales móviles, y fortalecer una estrategia de telemedicina dirigida a poblaciones apartadas.

También, dentro de la lista de las principales apuestas del gobierno en el campo de la educación se encuentra en sexto lugar la Educación virtual. El PND plantea que se fomentará la oferta de programas virtuales y a distancia, adecuados a las necesidades poblacionales y territoriales y con condiciones de calidad.

En el ámbito internacional, la Telesalud ha sido incluida en los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, en la que insta a los Estados Miembros a que se planteen la elaboración de un plan estratégico a largo plazo, para concebir e implantar servicios de cibersalud en los distintos ámbitos del sector de la salud, incluyendo servicios de telemedicina y educación virtual.

En la actualidad la Universidad de Caldas, a través de programas como Telesalud, ha incursionado en la estructura Nacional de Ministerio de Salud y Protección Social, y a través de éste a los diferentes municipios de Colombia, lo cual se convierte en una oportunidad para conocer directamente los problemas de salud de las comunidades, lo que favorece el vínculo de la Universidad con la población y de esta manera demostrar el compromiso social, base de la Salud Pública; siendo éste programa un elemento básico para que en perspectiva a través de él se puedan generar estrategias para desarrollar y fortalecer los procesos de formación, y que en perspectiva la especialización desarrolle procesos a través de plataforma virtual.

Telesalud - Universidad de Caldas en la actualidad se logra posicionar como referente en las líneas de educación virtual y telemedicina en Latinoamérica con presencia en mas 800 municipios en Colombia y más de 10 países de la región.  Se seguirá fortaleciendo este trabajo para seguir salvando vidas a través del uso de la tecnología, esperando ampliar la cobertura de capacitación, entrenamiento y certificación de la totalidad de los profesionales de la salud en todo el territorio Colombiano y todos países de Iberoamérica, así mismo, ampliar la cobertura y reducir los tiempos de espera en la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades por profesionales especializados de la salud a través de las línea de telemedicina a partir del avance tecnológico en desarrollos de  inteligencia artificial y robótica.

Con relación a los aspectos misionales, la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas fue la primera en ofrecer sus servicios y formar personal en salud en el Eje Cafetero. Sus aportes sociales ahora se evidencian con el alto porcentaje de sus egresados que han participado en la creación de nuevos programas en las universidades aledañas y en los procesos de desarrollo social y sanitario de la región y del país.

Respondiendo a las áreas de estudio de las profesione, continuará formando talento humano en salud, que cuente con saber acumulado a nivel teórico, conceptual, y práctico, con capacidades para responder a las necesidades en salud de nuestras comunidades, en armonía con los actuales desarrollos normativos en el área y contribuyendo al mejoramiento de las condiciones de salud de la población de acuerdo con el perfil epidemiológico y sociocultural de las personas en sus entornos, mediante la formación de profesionales capaces de entender la salud como un concepto multidimensional desde la determinación social de la salud y la vida y con competencias para desempeñarse en actividades de promoción de la salud y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

De igual forma continuará trabajando en los proyectos y actividades de proyección que beneficiarán a la comunidad y la sociedad en general y seguirá fortaleciendo la investigación en las diferentes áreas de su campo de acción.

1. Terris, Milton. definición de Salud Pública en 1990, en adaptación contemporánea de Winslow de 1920. En: Salud Pública de Medellín. Alcaldía de Medellín, Secretaría de salud, volúmen 1, Nº 1, ene – jun. 2006. [↑](#footnote-ref-1)
2. Granda E. ¿Quo Vadis Salud Pública? En: Betancourt Z, Rodríguez M, editoras. Edmundo Granda Ugalde. La salud y la vida. Varios autores. Volumen III. [Internet] Quito: Imprenta Noción; 2011. [citado 2019 Ag 13] Disponible en: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\_docman&view=document&layout=default&alias=355-edmundo-granda-ugalde-la-salud-y-la-vida-volumen-3&category\_slug=publications&Itemid=599 [↑](#footnote-ref-2)
3. Testa M. Saber en Salud: la construcción del conocimiento. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997. [↑](#footnote-ref-3)
4. Granda E. ¿Quo Vadis Salud Pública? Op. cit. [↑](#footnote-ref-4)
5. Vásquez Rocca, A. Zygmunt Bauman: modernidad líquida y fragilidad humana. Nómadas. [internet] disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/181/18101917.pdf>. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas | 19 (2008.3). Consultado en: 13 de agosto de 2019 [↑](#footnote-ref-5)
6. PNUD. Objetivos de desarrollo sostenible. <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/background.html> [↑](#footnote-ref-6)
7. Hernandez LJ. ¿Cuáles son los retos en la formación de talento humano de pregrado y posgrado ante la ley Estatutaria en Salud? Bogotá, Colombia: Grupo Dinamizador Alianza por la Salud Pública Bogotá Colombia; 2016. [↑](#footnote-ref-7)
8. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Politica Nacional de Talento Humano en Salud 2018. [↑](#footnote-ref-8)