

LINEAMIENTOS PARA LA FORMACIÓN EN PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LAS FACULTADES DE ENFERMERÍA

NLUZ MARINA ALFONSO ÁVILA
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

LUZ DALILA VARGAS CRUZ
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A

BLANCA CECILIA VENEGAS BUSTOS
UNIVERSIDAD DE LA SABANA

DORA STELLA MELO HURTADO
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

LUZ MARINA SABOGAL ROJAS
MIEMBRO HONORARIO

PATRICIA VÁSQUEZ SEPÚLVEDA
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CIENCIAS DE LA SALUD

DIANA GONZÁLEZ RUIZ
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CIENCIAS DE LA SALUD

RUBY LEONOR TOVAR ROA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SONIA LEÓN CASTRO
UNIVERSIDAD DE SANITAS

Sexta Edición, Agosto 2014

Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería ACOFAEN

Calle 119 N°. 14 A - 25 Oficinas 504 - 508

Tels: 214 6694 - 483 9695

Cel.: 315 856 6251

acofaen@etb.net.co

Bogotá - Colombia

Impresión y Diagramación

Ricmel Impresores

Carrera 17 No. 49A-06 - Palermo

Cels.: 311 539 0051 - 311 488 4524

ricmelimpresores@yahoo.com

Bogotá - Colombia

ISBN:

Junta Directiva 2014 – 2016

MYRIAM DURÁN PARRA
PRESIDENTA
UNIVERSIDAD DE SANTANDER

YOLANDA VALLEJO PAZMIÑO
VICEPRESIDENTA
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CIENCIAS
DE LA SALUD

**RENATA VIRGINIA GONZÁLEZ
CONSUEGRA**
VICEPRESIDENTA (S)
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

OSCAR JAVIER VERGARA ESCOBAR
SECRETARIO
UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

DORIS MARINA CERCHIARIO FERNÁNDEZ
SECRETARIA (S)
UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR

MARÍA LUISA PINZÓN ROCHA
VOCAL 1
UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS

CLARYBEL MIRANDA MELLADO
VOCAL 1 (S)
UNIVERSIDAD DE SUCRE

LEONARDO SÁNCHEZ TORRES
VOCAL 2
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y
AMBIENTALES UDCA

JULIÁN ANDRÉS BARRAGÁN BECERRA
VOCAL 2 (S)
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y
TECNOLÓGICA DE COLOMBIA

Junta Directiva 2012 – 2014

MYRIAM DURÁN PARRA
PRESIDENTA
UNIVERSIDAD DE SANTANDER

YOLANDA VALLEJO PAZMIÑO
VICEPRESIDENTA
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CIENCIAS
DE LA SALUD

MÓNICA CABALLERO ZAMBRANO
VICEPRESIDENTA (S)
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE
COLOMBIA

CARMEN LUCÍA NIÑO CARDOZO
SECRETARIA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y
AMBIENTALES UDCA

YOLIMA BOLÍVAR SUÁREZ
SECRETARIA (S)
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y
TECNOLÓGICA DE COLOMBIA

MARÍA DEL CARMEN GUTIÉRREZ AGUDELO
VOCAL 1
UNIVERSIDAD DE LA SABANA

FABIOLA CASTELLANOS SORIANO
VOCAL 1 (S)
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

NANCY ESTHER HERNÁNDEZ SALAS
VOCAL 2
UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR

ALCIRA ESCOBAR MARÍN
VOCAL 2 (S)
UNIVERSIDAD DEL VALLE

Equipo Directivo

**MARÍA DEL CARMEN GUTIÉRREZ
AGUDELO**
DIRECTORA EJECUTIVA

JACQUELINE MOLINA DE URIZA
GERENTE DE PROYECTOS

Unidades Académicas afiliadas

UNIVERSIDAD COOPERATIVA SECCIONAL SANTA MARTA	UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR
UNIVERSIDAD DE CALDAS	UNIVERSIDAD DEL TOLIMA
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA	UNIVERSIDAD DE SUCRE
UNIVERSIDAD EL BOSQUE	UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
UNIVERSIDAD DEL CAUCA	UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA	UNIVERSIDAD DEL VALLE
UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA	UNIVERSIDAD DE LA SABANA
UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER	UNIVERSIDAD LIBRE DE PEREIRA
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CIENCIAS DE LA SALUD	UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA – BOGOTÁ	UNIVERSIDAD DE SANTANDER – UDES
UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA – PEREIRA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA	UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
UNIVERSIDAD MARIANA DE PASTO	UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
UNIVERSIDAD METROPOLITANA	UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SÁNTAS
UNIVERSIDAD DEL NORTE	UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA	UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE BUCARAMANGA

Unidades Académicas en Transitoriedad

UNIVERSIDAD LIBRE DE CALI	UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA RAFAEL NÚÑEZ.	BUCARAMANGA
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE SAN GIL	UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
	UNIVERSIDAD DE SANTANDER UDES CÚCUTA.

Introducción

La Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería ACOFAEN, es el ente orientador y regulador de la formación, el desarrollo disciplinar y profesional de la Enfermería en Colombia; por esta razón, en su Plan de Desarrollo 2008 – 2018, y en su Plan de Acción, dispone que desde el Comité de Promoción de la Salud se elaboren y actualicen los lineamientos curriculares de esta área, para ser puestos en práctica en los programas, con el fin de mantenerse actualizado con la evolución conceptual, política y normativa de la salud, a nivel nacional e internacional.

Este documento se sustenta en los lineamientos elaborados por el Comité de Promoción de Salud en el 2007 (Tovar, R; Puerto, H. ACOFAEN, 2007), actualizado de acuerdo con las reformas políticas, sociales y económicas del momento. Las competencias orientan a los formadores del recurso y proponen algunas metodologías que se pueden utilizar; pretende unificar y hacer visibles los aspectos fundamentales para la formación en Promoción de la Salud, e invita a la comunidad académica para que -desde su experiencia- lo enriquezcan y debatan.

¿Por qué la promoción de la salud debe tenerse en cuenta en la formación de las enfermeras?

Son muchos los motivos: la promoción de la salud es considerada decisión política para cambiar la formación de las enfermeras y enfermeros (Dasilva, 2007), contribuye a mejorar las condiciones de salud de la población colombiana, es propósito y competencia en la ley 266 de 1996, es la esencia del cuidado de la vida y una de las funciones esenciales de la salud pública. Por consiguiente, una enfermera - enfermero necesita conocerla como estrategia y como acción.

En consecuencia, la construcción de los lineamientos para desarrollar la promoción de la salud (PS) contempla un referente teórico desde el concepto de salud, en el marco de los procesos de determinaciones sociales; relaciona la normativa y pronunciamientos internacionales y nacionales con las políticas de salud pública, la salud comunitaria, la Estrategia de Atención Primaria en

Salud Renovada, el enfoque de género, la teoría de enfermería y el lenguaje estandarizado; visibiliza a la salud pública como eje que contiene los aspectos esenciales en los lineamientos, con el fin de que las facultades y programas de Enfermería fortalezcan y desarrollen el componente de promoción de la salud en los currículos.

Se sugieren algunas metodologías para la enseñanza de la promoción de la salud y las competencias de formación, proponiendo estrategias que motiven y desarrollen las competencias de la participación política y la toma de decisiones dentro de los diferentes ámbitos donde se desempeñen las enfermeras y los enfermeros.

Considerar estos aspectos en la formación permite inferir que el proyecto ético político debe producir conocimiento y práctica social que superen la reproducción de prácticas hegemónicas en el campo de la salud; es un verdadero proceso de cambio de la formación, pues el modelo biomédico que impera lleva a las organizaciones, y dentro de éstas Enfermería, a orientar la formación de los profesionales en este modelo, evidente en los currículos y en el desequilibrio entre lo clínico y lo comunitario.

Para promover la salud es necesario construir políticas públicas intersectoriales dirigidas a mejorar la calidad de vida, la equidad en la producción, existencias y el consumo de los servicios de salud, la inclusión social y la afirmación del ciudadano. Esto exige la formación de ciudadanas – ciudadanos y profesionales íntegros en la materia propia de su estudio, así como en las diversas formas de participación política y mecanismos legales en defensa de sus derechos (Dasilva, 2007).

Para desarrollar los lineamientos de la promoción de la salud, es indispensable la preparación de las enfermeras y enfermeros para la gerencia, la gestión del cuidado, el liderazgo y la elaboración de políticas; se debe incluir el desarrollo de conocimientos y capacidades para propiciar el cambio, participar en el proceso político, influir en la sociedad, formar alianzas estratégicas y cooperar con los medios de comunicación, entre otros (Consejo Internacional de Enfermería CIE, 2012).

Los lineamientos presentan hacia dónde deben llegar los profesionales, sirven para posicionar la enfermería a nivel social y político, muestran la importancia que tiene la formación en promoción de la salud, así como los aspectos relacionados con la misma.

De igual forma tienen en cuenta la formación y experiencia acumulada en promoción de la salud por parte de los integrantes del Comité, quienes con sus conocimientos enriquecen aspectos esenciales y el concepto mismo de promoción de la salud; presentan la importancia de los enfoques del Plan

Decenal de Salud Pública (2012-2021), priorizando el enfoque de género para contribuir al logro de los objetivos del Milenio: el cumplimiento del CONPES 161 de 2013 que presenta la Política Pública Nacional de Equidad de Género y precisa el plan de acción indicativo para el período 2013-2016; más aún cuando nuestra profesión históricamente está ligada al desarrollo y participación de la mujer en la sociedad, destacándose en el campo de la salud pública y la promoción de la salud.

Los aspectos presentados en el documento son fundamentales en la formación de enfermeras y enfermeros en promoción de la salud, dado que los planteamientos del cuidado exigen brindarlo de manera integral, humanizado y ético a la persona, familia, comunidad y entorno, para ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales colectivos, así como para mantener prácticas de vida saludables que permitan salvaguardar un estado óptimo de salud en todas las etapas de la vida (Ley 266 de 1996).

La metodología utilizada para la elaboración del documento fue una construcción colectiva, socio-crítica al interior del Comité de Promoción de la Salud, producto del trabajo presencial y virtual realizado durante los últimos dos (2) años, donde se discutió, analizó y profundizó el concepto de promoción de la salud, la Estrategia Promocional de la Calidad de Vida y Salud, los diferentes enfoques para abordarla y su peso en la salud pública.

El Comité reconoce el enfoque de género como aspecto fundamental para el abordaje de la promoción de la salud desde la profesión de enfermería. Las técnicas participativas utilizadas por profesionales expertos en los diferentes temas tratados, sirvieron para sensibilizar al grupo de trabajo que desarrolló los lineamientos.

El Comité agradece igualmente la participación de las unidades académicas del país, miembros de ACOFAEN, quienes estuvieron presentes directa o indirectamente, y contribuyeron a la construcción de este documento, así como a otros profesionales quienes con su asesoría y dirección permitieron que este escrito llegara a feliz término.

Se invita a continuar aportando al fortalecimiento de la Promoción de la Salud en todas aquellas temáticas importantes para el desarrollo profesional. Sólo a través de la adhesión de los profesionales, la voluntad política de quienes nos representan y la participación en las instituciones que nos congregan como ANEC, ACOFAEN, Tribunal Nacional de Ética y el Consejo Técnico Nacional de Enfermería y todas aquellas instancias donde se toman las decisiones políticas, lograremos visualizarnos e incidir como líderes.

Referencias

- Congreso de la República. (Enero de 1996). Ley 266 de 1996. Bogotá, Colombia.
- Consejo Internacional de Enfermería CIE. (2012) ¿Cuál es la importancia de la formación política dentro de los currículos de Enfermería? ANEC N° 73.
- Dasilva, K. (2007). Promoción de la Salud como decisión política para la formación de los enfermeros. Revista ESC USP.
- Tovar, R; Puerto, H; Comité de Promoción de la Salud-ACOF AEN. (2007). Lineamientos para la Promoción de la Salud y la Estrategia Promocional de Calidad de Vida. ACOF AEN.

Objetivos

Objetivo General

Orientar a las unidades académicas vinculadas a ACOF AEN, en aspectos fundamentales que direccionen la formación de enfermeras y enfermeros competentes en la promoción de la salud, que permitan el mejoramiento de la calidad de vida y la garantía al derecho a la salud de la población colombiana.

Objetivos Específicos

- Describir los aspectos fundamentales histórico, conceptual y normativo que direccionan la promoción de la salud.
- Proponer las competencias profesionales de la promoción de la salud en la formación de enfermeros y enfermeras.
- Plantear estrategias metodológicas que permitan al profesional de enfermería alcanzar las competencias básicas en promoción de la salud.
- Promover la inclusión del enfoque de género en la formación académica en promoción de la salud.

1. Lineamientos para la promoción de la salud

Cuando se habla de promoción de la salud es necesario describir las condiciones del país y del contexto complejo que se presenta; esto implica hablar de salud, educación y trabajo, tres (3) derechos que han sido objeto de recortes y víctimas de las políticas de privatización, de concepción neoliberal, mercantilistas e individualizadas, donde los cambios del papel del Estado se hacen a favor de los monopolios, y no se pone el conocimiento y salud al alcance de todos sino de grupos más favorecidos, originando mayor crisis social.

A lo anterior se suman los cambios climáticos drásticos, el narcotráfico, la pobreza, el desplazamiento forzado, la violencia que continúa haciendo presencia en varias regiones, así como el contexto del post- conflicto.

Estas problemáticas requieren ser desarrolladas en los currículos de Enfermería, fortalecidos en equidad, justicia social, participación social, ciudadanía, ética, educación en salud, desarrollo sostenible y conciencia planetaria, para lograr profesionales de enfermería competentes que den un servicio que se adapte a las necesidades de un país en conflicto, y que puedan generar transformaciones en estilos, modos y condiciones de vida y en los perfiles epidemiológicos.

En este contexto, ¿cómo formar al profesional de enfermería idóneo, en coherencia con los planteamientos de la ley 266 de 1996, con una mirada puesta tanto en el bienestar personal como en el bienestar de la comunidad?

Enfermería como profesión se debe al bienestar de la comunidad, de los colectivos, familias y personas; para esto los profesionales deben tener un ingrediente de sentido comunitario y proyectar el cuidado desde la perspectiva del desarrollo humano. Implica el compromiso de asumir la salud como un activo social y político, como un bien deseable y no sólo ausencia y control de enfermedad. Esta formación genera otras funciones y roles del profesional de enfermería, fuente de conocimiento y desarrollo del liderazgo para incursionar en espacios de poder que permita ejercer sus capacidades intelectuales, administrativas y políticas, entre otras. Si se pretende trascender la rutina de hacer por hacer, esta ganancia de poder coincide con el proceso de empoderar que se viene dando en los profesionales de esta rama de la salud.

1.1. Promoción de la salud

Si el concepto de salud en la actualidad trasciende de la ausencia de enfermedad a la posibilidad efectiva que tienen los sujetos al desarrollo pleno, en condiciones de vida digna, en los contextos específicos en que se desenvuelven, remite a la salud como una condición para el ser; es decir, como un proceso que posibilita el desarrollo del proyecto vital humano, como la posibilidad en que un individuo o grupo puede, por una parte, realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades, y por otra cambiar su entorno o afrontarlo y transformarlo; es un concepto positivo que se apoya en los recursos sociales, personales y en la capacidad física (Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. , 2006).

Como ámbito político se concibe la salud como un derecho social y como deber, teniendo responsabilidad en ello los distintos actores pertinentes (Franco S, Ochoa D, Hernández M., 1995). Visto de esta manera sirve de base para aproximarse a la promoción de la salud con acciones dirigidas a garantizar la satisfacción de las necesidades.

Los desafíos epidemiológicos que se deben asumir a partir de las condiciones y situación del país exigen acciones de todos los sectores para corregirlas, reformarlas o potenciarlas según convenga; utilizar la estrategia de Atención Primaria Renovada (APR) es condición esencial para cumplir con los compromisos internacionales vinculados al desarrollo, incluidos en la declaración de los Objetivos del Milenio.

Lo anterior permite también abordar los determinantes sociales y contribuir a lograr el nivel de salud lo más alto posible y deseado, con una comprensión amplia sobre los problemas de salud de la comunidad en su entorno social, cultural y geográfico, que den pie a la construcción de un cuidado innovador e integral centrado en las nuevas estructuras, funciones de la sociedad, en la autogestión, la participación comunitaria, el trabajo interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial.

La norma vigente del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- está orientada a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, en razón a que el bienestar del usuario es el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Esto implica acciones en salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y las demás que en el marco de la APS se necesiten, para promover de forma constante la salud de la población. Para esto es necesario que el país y los distintos actores demuestren voluntad política para lograr prestación de servicios en cualquier lugar del país, unificar el plan de beneficios, lograr la universalidad del aseguramiento, preservar la sostenibilidad y la estabilidad financiera, entre otros (Ley 1438 de 2011).

Hacer que la salud, la seguridad social, y en ella la promoción de la salud, sean determinantes del bienestar social de la población, requiere asumir a la Enfermería como eje estructural de los servicios de salud, reconocida socialmente, en condiciones y entornos laborales seguros para el ejercicio. Una vez más el Comité recomienda, entonces, desde la formación de pre y posgrado, incluir los contenidos necesarios para desarrollar las competencias argumentativas, cognitivas, interpretativas, propositivas, comunicativas y afectivas para el desempeño ético cultural, estético, con perspectiva de género que exige el momento.

Para el Comité de Promoción de la Salud de ACOFAEN, este aspecto es una estrategia incluyente que favorece el mejoramiento de las condiciones de vida de los individuos y colectivos en los ciclos de vida, en los procesos de salud - enfermedad y en todos los niveles de atención. Va más allá de propiciar a la persona los medios para mejorar la salud o para ejercer mayor control sobre la misma al incluir acciones individuales como voluntad, autonomía, que generen estilos, modos y condiciones de vida saludables, y acciones colectivas como participación ciudadana, intersectorialidad e interdisciplinariedad. Es, en sí, trabajar por y para la equidad y justicia social, con un Estado garante del derecho a la salud, que contribuya a la construcción, seguimiento y control de políticas públicas saludables.

La promoción de la salud empieza a mediados del siglo XIX, y renace con la carta de Ottawa, después de planteamientos como los de Virchow (1848), Winslow (1912) y Sigerist (1946), que no prosperaron por diferentes causas como el auge de la medicina preventiva, la industria medico-farmacéutica, el auge liberal y mercantil, y la poca rentabilidad inmediata que ofrecía la dimensión de la promoción, entre otras (Franco, 2011).

Las Conferencias Internacionales sobre promoción de la salud establecen que este aspecto está compuesto por acciones esenciales individuales y colectivas para mejorar la salud y el bienestar: reducir las inequidades en la misma, lograr las metas internacionales y nacionales, ofrecer lineamientos para que los gobiernos aborden los determinantes sociales con miras a lograr la salud para todos, incentivar a los gobiernos, organizaciones internacionales, sector privado y sociedad civil para que la promoción de la salud sea incluida en la agenda de desarrollo mundial, generándose políticas públicas hacia la equidad y sostenibilidad de ésta para el logro de los Objetivos del Milenio.

Aun cuando estas conferencias claramente muestran la importancia de la promoción de la salud como estrategia eficaz para disminuir las inequidades en salud, haciendo referencia sobre las diversas acciones a realizar, en la práctica sólo se han retomado las que tienen que ver con la educación orientada a la mejora de las prácticas de salud y estilos de vida, continuando

con el paradigma de que únicamente los sujetos son generadores de sus problemas de salud, descuidando o restando importancia a las condiciones estructurales que posibilitan el disfrute de la salud para todas las personas (Rodríguez , Valencia & Díaz, 2013).

Bajo esta mirada, la promoción de la salud se constituye en un proceso político y social que no sólo contempla acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. Permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud, y en consecuencia, mejorarla (Secretaría de Salud de México, 2013).

Se evidencia, entonces, dos (2) abordajes en la promoción de la salud: uno con énfasis en los comportamientos individuales que se orienta a la modificación de estilos de vida, y otro que propone una relación con los determinantes de las condiciones de salud, orientado a las acciones de los colectivos (Marchiori, 2003 citado por Rodríguez; et al., 2013).

Además, la promoción de la salud se inscribe en las dimensiones cultural, ética y política, reclamando para sí la realización del derecho a la vida, al bienestar y el goce pleno de los bienes que se producen socialmente, bajo criterios de autonomía, corresponsabilidad y equidad (Franco; et al., 1995).

En la dimensión cultural la promoción de la salud está llamada a ser incluyente, hacer realidad los enfoques de derecho, género, etnia entre otros; en la dimensión ética se incluyen los valores como autonomía, corresponsabilidad, equidad y los principios establecidos por la Constitución Política de Colombia, las leyes de seguridad social y las leyes propias de la profesión; en la dimensión política es importante la toma de decisiones desde lo individual y lo colectivo, que pueden desencadenar bienestar o malestar (Franco; et al., 1995).

En relación con lo anterior, la promoción de la salud requiere del ejercicio de la ciudadanía y de la participación de los sujetos, para producir transformaciones de las condiciones de vida con actividades que promuevan el empoderamiento, que impliquen planificación y evaluación del efecto de las acciones. Comprende las motivaciones de las personas, familias y comunidades, con la plena y efectiva participación en la discusión y elaboración de las políticas públicas que involucra abordaje transdisciplinario, teniendo en cuenta la diferencia, la subjetividad y la singularidad de la vida en la esfera individual y colectiva (Firmino, 2013).

Las políticas de salud actuales han generado fragmentación y segmentación de servicios, lo que dificulta e imposibilita la realización de acciones que promuevan la salud, limitando la libertad, la autonomía, las condiciones

de vida saludables, la salud pública, la atención integral y la participación; alejándose de la reflexión sobre las dimensiones política, social y cultural en que se enmarca la promoción de la salud (Franco, 2011).

En Colombia se inscribe la propuesta de Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, como pensamiento orientador en la formulación de la política de salud 2004-2007 en Bogotá, la cual pretende, desde la perspectiva del reconocimiento de la salud como derecho, buscar caminos para la formulación de políticas públicas universales, integrales y equitativas que promuevan, preserven, recuperen y restituyan la autonomía de las personas en el plano funcional, social y político. Se fundamenta en la idea de salud como autonomía, reconoce el análisis de los determinantes sociales como orientador en la toma de decisiones, y asume la tarea de transformar la realidad existente en la perspectiva de construir equidad y justicia social (Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C, 2007). Los avances de esta estrategia se observan en el desarrollo de la gestión social de la salud desde los territorios, mayor apropiación del pensamiento estratégico, trascender hacia acciones afirmativas en salud (universalidad, equidad, integralidad), reordenamiento de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) y las Empresas Sociales del Estado (ESE). A su vez permitió identificar algunas brechas y tensiones como la baja coherencia entre esta visión y las políticas públicas nacionales, la formación de los servidores públicos y de los profesionales de salud, la estructuración del SGSSS, la restricción en la capacidad de respuesta, entre otras.

La Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN), a través del Comité de Promoción de la Salud, reconociendo la importancia de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida, generó encuentros que contribuyeron a su aplicación en el Distrito Capital y otras ciudades del país, y publicó un documento para apoyar la formación de los profesionales de Enfermería en materia de promoción de la salud denominado: Lineamientos para la Promoción de la Salud y la Estrategia Promocional de la Calidad de Vida (Tovar; et al., 2007), asumidos éstos como los principales retos de la atención primaria de salud. Con esto se evidencia el propósito de ACOFAEN por mantener el interés en la formación del talento humano, orientado a la gestión, administración y gerencia de la promoción de la salud.

La promoción de la salud como propósito y competencia de los profesionales de enfermería, según lo establecido por la ley 266 de 1996 y por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) (Consejo Internacional de Enfermeras, 2000), establece el trabajo interdisciplinario para promover la atención y el cuidado que fomente la ayuda mutua, fortalece la actuación y la participación de la comunidad en la fijación de prioridades para adoptar decisiones, planifica y aplica estrategias para conseguir una mejor salud, entre otros, toda vez que

la enfermera se constituye en un elemento de articulación de la estructura del sector salud (Ibáñez, 2013).

Firmino S, et al. Refieren que las concepciones del enfermero son fundamentales para su práctica por ser quien detenta la competencia para actuar como educador, junto al equipo y la comunidad; eso requiere un pensamiento con foco en los cambios de actitud. Consideran que las acciones de enfermería en promoción de la salud son fundamentales, con la realización de grupos para la conquista de la autonomía y asimilación de conocimientos en la mejora de la calidad de vida de las personas. Desarrollar acciones de cuidar, pautadas en un proceso de diálogo, valorando la individualidad de cada ser, es un cuidado más próximo a las reales necesidades de los usuarios (Firmino; et al., 2013)

Los conocimientos y las prácticas de promoción de la salud, desarrollados en la formación del enfermero, son necesarios para transformar las prácticas de enseñanza, superando el modelo biológico, y creando otros modelos que superen las acciones preventivas, tanto en la formación como en la actuación profesional. Es fundamental que el docente sea capaz de romper con prácticas tradicionales e implementar acciones a la luz de un nuevo paradigma (Firmino; et al., 2013).

En conclusión, para que el abordaje de la promoción de la salud sea una realidad, se hace necesario superar la mirada biologicista y centrada en la morbilidad, mirar la salud como derecho humano, incluyente y diferencial más allá de la atención o del servicio, contexto que a la luz del actual sistema de salud nos reta a realizar cambios conceptuales y de intervención a las problemáticas de salud actuales.

Retomar la promoción de la salud desde esta visión nos exige ubicarnos en discusiones que trasciendan lo diagnóstico y “nos conduzcan a reflexiones epistémicas que puedan confrontarnos frente a nuestras concepciones de salud y nos permitan integrar la multidimensionalidad de la vida para promover una formación de sujetos que piensen sus mundos y se sientan con posibilidades de transformar las realidades en las que viven” (Rodríguez; et al., 2013).

1.2. Enfoque de Género y Promoción de la Salud

Como se mencionó anteriormente, para el Comité de Promoción de la Salud el enfoque de género es fundamental en la formación de profesionales de enfermería líderes y lideresas. Tanto en el ámbito nacional como en el internacional, la inclusión de la perspectiva de género en los marcos

conceptuales de los estudios de salud, y de la mujer en particular, han cobrado mayor auge a partir de mediados de los años 90's, para comprender los factores que han influido en su reconocimiento profesional y económico; lo mismo que en la valoración de sus aportes al desarrollo social y al sistema de salud colombiano.

El concepto de género tiende a ser entendido de manera indistinta, como equivalente de sexo o de ser mujer u hombre. Cabe señalar que mientras el término sexo alude a la diferencia biológica entre hombre y mujer, el género se refiere al significado social atribuido a esa diferencia biológica, la cual se deriva fundamentalmente de la división del rol asignado, según el sexo (Secretaría de Salud de México, 2007).

Género es un concepto relacional, cuyo objeto de interés son las relaciones de desigualdad que se dan entre hombres y mujeres. En nuestra cultura, ser hombre o ser mujer tiene un profundo impacto sobre nuestro estado de salud, así como en el acceso y uso de los servicios de salud. Es ahora irrefutable que el ingreso y la actividad económica, las prácticas para el cuidado de la salud y la carga biológica y genética influyen en nuestra salud (Secretaría de Salud de México, 2007).

Durante los últimos treinta (30) años se han empezado a hacer visibles varios datos significativos sobre la diferencia que existe entre la forma en la que enferman y mueren los hombres y las mujeres. Esto ha dado pie a que se reflexione sobre la existencia de un posible sesgo de género en lo que refiere a temas relacionados con la salud; sesgo que ha facilitado la llamada "invisibilidad" de la mujer en las áreas de investigación sobre la salud, la formación de profesionales y los cuidados asistenciales (Colomer & Sánchez).

La consecuencia más grave de este posible sesgo de género es que, probablemente, se realicen previsiones menos eficaces en los programas comunitarios de acción sobre la salud, que las conclusiones de los estudios empíricos sean menos válidas, que la estimación de las tasas de prevalencia de los trastornos pierda eficacia, etc., puesto que todo esto se basa, con frecuencia, en lo que se conoce sobre las enfermedades y los problemas del sexo más estudiado, el masculino (Colomer & Sánchez).

La promoción de la salud implica la generación de acciones y el desarrollo de procesos tales, que progresivamente apunten al ejercicio del derecho a la salud desde una mirada integral; no como un hecho biológico solamente, sino sociocultural; es decir, que la promoción de la salud tiene que ver con la generación de pautas de vida saludables, tanto en el ámbito individual como en el colectivo.

A su vez, está vinculada con la participación; está atravesada por las representaciones sociales y las maneras culturales de ser, vivir, pensar y sentir. Problematizar aquello que no permite el pleno desarrollo de las capacidades de las personas y el ejercicio de sus derechos, es también una tarea de promoción de los servicios de salud. Por lo tanto, promover la salud es, por un lado, un proceso socioeducativo (en donde se dan aprendizajes y se generan transformaciones); y por otro lado, un modelo de comunicación (Lerussi, 2010).

Durante los últimos veinte (20) años la promoción de la salud ha sido una estrategia que se ha utilizado para abordar las consecuencias de las desigualdades en salud. En la Conferencia de Ottawa (OMS, 1987) se definió Promoción de la Salud como “el proceso para capacitar a la población para que aumente el control sobre su propia salud y la mejore” (Rodríguez M. , 2005).

La promoción de la salud con enfoque de género debe enfatizar sus esfuerzos en el empoderamiento de las mujeres. Para ello es necesaria la creación de un entorno que favorezca la confianza de las mujeres en sí mismas, su autonomía y dignidad, así como una capacidad de enfrentamiento y organización colectiva para lograr el cambio en lo personal, con una proyección en lo público y lo social. El objetivo es que las desigualdades condicionadas por la invisibilidad, la escasez de servicios y la inadecuación a las necesidades de salud de las mujeres lleguen a desaparecer.

Las políticas de salud, elemento básico de la promoción, no son suficientes si no hay una transformación de la realidad de las mujeres que les permita desarrollar plenamente sus derechos e incorporarse a una acción colectiva, participando activamente en la toma de decisiones políticas que afectan cambios ambientales y de los servicios de salud (Rodríguez M. , 2005).

Por lo tanto, si introducimos el enfoque de género y reconocemos las desigualdades en salud (que incluyen la invisibilidad de los problemas de salud de las mujeres, la medicalización de aspectos de la vida cotidiana de las mismas y la falta de canales de participación), desde la promoción de salud se formulan acciones concretas que se pueden resumir en estos cuatro (4) puntos:

- Concientización de las mujeres sobre su derecho a decidir en salud.
- Participación de las mujeres en la toma de decisiones sobre las prácticas que son favorables a la salud de la población general y a la suya propia.
- Intervención en la organización de recursos e infraestructuras adecuadas a las necesidades y percepciones de las mujeres.

- Participación equitativa de hombres y mujeres en la ejecución de tareas relacionadas con el cuidado de la salud en la familia.

El trabajo con mujeres en promoción de la salud debe posibilitar el desarrollo de las capacidades y habilidades, tanto para el cambio personal, como para la participación en los procesos sociales y en los lugares donde se toman las decisiones políticas que tienen repercusiones en la salud. Asimismo es necesaria una educación para la salud, basada en la construcción de un contenido temático que parta de las experiencias de las mujeres, de sus conocimientos y expectativas que, junto a los aportes científicos del profesional, permita un crecimiento simultáneo y la búsqueda de soluciones conjuntas ajustadas a la realidad cambiante (Rodríguez M. , 2005).

Sin embargo, a raíz de las Conferencias de la Organización Mundial de la Salud sobre la Mujer, que consideran la mujer como principal agente de salud y como gran colectivo que debe recibir atención prioritaria, hay una conciencia cada vez mayor de este sesgo de género en los trabajos sobre la salud, con lo que hay cada vez mayor cantidad de estudios acerca de los sesgos de género que pesan sobre el acto médico/psicológico, sobre el diagnóstico, sobre los tratamientos, sobre los planes de acción comunitaria y sobre la forma de investigar en los temas relacionados con la salud (Colomer & Sánchez).

Las mujeres cumplen un papel central en la satisfacción de las necesidades básicas; generan y activan sus organizaciones de base territorial con un rol de soporte y canal de transmisión de los beneficios y subsidios de las políticas sociales hacia la familia (Unidad de Género y Salud - OPS Washington, 2003).

Cuando se ignora el papel femenino en la transmisión, creación y recreación de las políticas sociales, se está restando efectividad a estas políticas, dado que se pierde de vista a un actor estratégico. Asumir que las mujeres son intermediarias claves entre el Estado y la familia hace imprescindible que la organización de los programas y servicios consideren sus características, tiempos y condiciones de vida. Igualmente se deben crear mecanismos adecuados para aprovechar todas las oportunidades de contacto público con ellas para brindar información, comunicación, consulta, y capacitación (Colomer & Sánchez).

Tansversalizar o institucionalizar la perspectiva de género en las políticas públicas nos aporta sustantivamente a configurar el tipo de necesidades y expectativas de hombres y mujeres en atención a las inequidades de asignación del gasto público y el vacío de políticas que refuerzan la reproducción social de la ya histórica relación de dominación/subordinación del hombre sobre la mujer y las limitaciones de las potencialidades de desarrollo humano individual y colectivo que este proceso trae consigo (Unidad de Género y Salud - OPS Washington, 2003).

Las políticas públicas no son neutras; cuando se deja de invertir en un área es porque se está priorizando otra. Esto es justamente lo que viene ocurriendo con las mujeres históricamente: las inversiones públicas tradicionales no son sensibles a las diferencias de género, por tanto dada la inequidad de género instalada en la cultura y prácticas sociales, son las mujeres las más excluidas; se invierte lo mínimo en su desarrollo, especialmente en las más pobres y vulnerables (Unidad de Género y Salud - OPS Washington, 2003).

La superación de todas las formas de discriminación contribuye de manera decisiva al desarrollo del país. En 1995 lo afirmó el Informe sobre Desarrollo Humano, “sólo es posible hablar de verdadero desarrollo cuando todos los seres humanos, mujeres y hombres, tienen la posibilidad de disfrutar de los mismos derechos y opciones” (Consejo Internacional de Enfermeras, 2000). Para ello se requiere, no sólo de acciones afirmativas para las mujeres que permitan un trato diferencial, sino principalmente de una transformación de las estructuras, las prácticas y las jerarquías de la sociedad en su conjunto, situación que permitirá que las colombianas y los colombianos ejerzan sus derechos a plenitud, bajo las mismas oportunidades, y, al mismo tiempo, contribuirá a la construcción de la democracia y de la paz social al promover una mayor inclusión social.

Lo anterior invita a realizar una reflexión en la profesión de enfermería en general, sobre todo a los docentes en particular, acerca de la estrecha relación entre la historia de la mujer y la historia de enfermería, en la cual su profesionalización estuvo ligada a los movimientos sociales feministas que condujeron a la inclusión de la mujer a espacios académicos, sociales y políticos. En este sentido, las enfermeras son trasmisoras de una carga ideológica y cultural; y al no entender las teorías y enfoque de género, perpetuamos las desigualdades e inequidades.

1.3. Competencias para la formación de profesionales de enfermería en promoción de la salud

El presente documento, en su totalidad, contempla los lineamientos para la formación en promoción de la salud; sin embargo, el Comité plantea algunos fundamentales, que deben ser tenidos en cuenta como relevantes.

Cabe considerar que algunas tendencias consideran que las competencias deben servir de indicadores que certifiquen la acreditación y desarrollo de cada uno de los profesionales, cuestión que debe analizarse en torno a los recursos, a la realidad social, en la cual deben jugar un papel crítico frente a la condición propia de género que se manifiesta en los desequilibrios y desigualdades

de la profesión, al igual que en la realidad laboral de contratación que hoy viven los profesionales. En consecuencia, es pertinente tener en cuenta el siguiente concepto de Tobón "...las competencias son procesos complejos de desempeño con idoneidad en determinados contextos, teniendo como base la responsabilidad" (Tobón, 2006).

Para ello se retoman los elementos contemplados en el documento "Lineamientos para la Formación de Promoción de la Salud y Estrategia Promocional de Calidad de Vida" (ACOFAN, 2007), que aún están vigentes, y las competencias del profesional de Enfermería mencionadas en la Ley 266 de 1996, artículo 17, capítulo 6, que fundamentan los lineamientos que a continuación se proponen.

"ARTÍCULO 17. LAS COMPETENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN COLOMBIA. De acuerdo con los principios, definición, propósito, ámbito y naturaleza social del ejercicio, y para efectos de la presente Ley, el profesional de enfermería ejercerá las siguientes competencias:

1. Participar en la formulación, diseño, implementación y control de las políticas, programas, planes y proyectos de atención en salud y enfermería.
2. Establecer y desarrollar políticas y modelos de cuidado de enfermería en concordancia con las políticas nacionales de salud.
3. Definir y aplicar los criterios y estándares de calidad en las dimensiones éticas, científicas y tecnológicas de la práctica de enfermería.
4. Dirigir los servicios de salud y de enfermería.
5. Dirigir instituciones y programas de atención primaria en salud, con prioridad en la atención de los grupos más vulnerables de la población y a los riesgos prioritarios en coordinación con los diferentes equipos interdisciplinarios e intersectoriales.
6. Ejercer responsabilidades y funciones de asistencia, gestión, administración, investigación, docencia, tanto en áreas generales como especializadas, y aquellas conexas con la naturaleza de su ejercicio, tales como asesorías, consultorías y otras relacionadas" (Ley 266, 1996).

1.3.1. Competencias del ser, hacer y saber

El Comité considera importante profundizar en la formación del ser y su relación con el entorno, en la adquisición de conocimientos contextualizados que propicie el logro de unas competencias o capacidades profesionales que

incluyan las competencias ciudadanas. La enfermera y enfermero deben formarse como sujetos de la vida, sujetos epistémicos, sujetos públicos para reconstituirse como sujetos comprometidos con el cambio requerido, es decir, como sujetos políticos (Cáliz, 2012).

“...las personas crean relaciones y vínculos dentro de su entorno social, así lo asume la comunidad académica de Enfermería interpretando al Sujeto de Cuidado, en prácticas culturales que las conducen a pensar la salud como el estar bien, emocionalmente realizado, sentimentalmente feliz; contando con soporte emocional, familiar, institucional y comunitario; permitiendo visualizar nuevas realidades, convocando el reconocimiento mutuo, la diferencia, la solidaridad y un pensamiento desde lo colectivo” (Tovar; et al., 2007).

La formación en promoción de la salud implica tener en cuenta los supuestos del cuidado de enfermería como la espiritualidad, los sentimientos, la moral, la ética, la relación terapéutica, aspectos contemplados por teóricas de Enfermería como por ejemplo, Martha Rogers al abordar al individuo como un ser único, Madeleine Leininger con la Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, y otras como el modelo ecológico de Bronfenbrenner, además de los distintos enfoques y dimensiones, por ejemplo los que propone el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP).

“La relación pedagógica debe propiciar y facilitar en el estudiante el reconocimiento y la vivencia cotidiana de los valores personales frente a la vida y la profesión, circunstancia por la cual son igualmente importantes, tanto el proceso de formación en sí, como el conocimiento de los hechos fundamentales de la tendencia actual en salud. La estrategia promocional de la calidad de vida, apunta a fortalecer el QUEHACER del profesional de Enfermería, mediante el mejoramiento de calidad del talento humano que atiende a la población frente a un tema de vital importancia como es la salud. En consecuencia con ello, la satisfacción de las necesidades humanas puede ser un camino objetivo de la calidad de vida, que como propone Max-Neef en el enfoque del “Desarrollo a escala Humana –una opción para el futuro”, es importante promover un desarrollo orientado a la satisfacción de las necesidades humanas, que trasciende las posiciones convencionales tanto económicas como sociales, políticas, culturales, que visualice el ser humano como el ente primordial y motor de su desarrollo, el cual debe ser articulado al plan global de desarrollo de cada nación. En este enfoque por muchos conocido, se asigna un rol protagónico al ser humano como promotor del desarrollo local, regional y nacional, en el cual el Estado actúa como estimulador de soluciones creativas, surgidas de todos los espacios, que emergen de abajo hacia arriba y no son impuestas por leyes o decretos, estableciéndose un modelo de auto – dependencia; a diferencia de la realidad

actual que se caracteriza por considerar a la persona como un objeto, sin participación protagónica, comandada por los grupos económicos, políticos y militares dominantes” (Tovar; et al., 2007).

Nos motiva como profesionales, docentes y estudiantes a ubicarnos como sujetos activos inmersos en los procesos de salud; asimismo a reconocer y empoderar a nuestros sujetos de cuidado (individuo, familia y comunidad) como participantes de las decisiones relacionadas con la salud y en todo lo referente al desarrollo humano.

La formación se aborda desde el conocimiento de sí mismo. Las enfermeras y enfermeros, además de ser profesionales, también son ciudadanas y ciudadanos que reconocen el marco jurídico, la estructura social de la profesión y sus distintas manifestaciones, económicas, generacionales, de género, étnicas, entre otras, así como las desigualdades y respeto por las diferencias, buscando el logro de mejores condiciones del ejercicio profesional y calidad de vida de sus miembros, cuyos derechos son universales, indivisibles e integrales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

“Para ello las comunidades académicas habrán de deliberar en torno a cuales pueden ser las estrategias que promuevan la calidad de vida, manteniendo las particularidades de los sujetos de cuidado de Enfermería y retomando opciones de los estilos de vida saludables, en los diferentes escenarios donde transcurre la cotidianidad de las familias y las comunidades.”

“Desde la perspectiva de la educación para la formación universitaria de Enfermería, hallar sentido en cualquier actividad humana requiere de un proceso que facilite al sujeto que aprende, contacta y recupera el sentido de lo humano, crear la conciencia de aquello que le permite serlo, interpretar el conocimiento sobre el mundo y la relación con él y la construcción de las herramientas sociales y culturales capaces de estructurar la experiencia de realidad natural como conocimiento y como conciencia.”

“La formación integral, tan deseada en nuestro ámbito universitario, plantea el reto de priorizar, no sólo un saber pragmático de calidad, sino una formación de la persona a partir de procesos de enseñanza – aprendizaje que posibiliten la comprensión y el sentido de su ser en relación consigo mismo, con los demás y con su amplio contexto vital”.

“Por lo tanto, el cuidado de Enfermería, partiendo del análisis socio cultural del tiempo, le permite al estudiante contextualizar y dimensionar los retos de su formación, proponer elementos de la estrategia, comprender, construir, reconstruir y asumir criterios para recrear, desde su ser y su quehacer, perspectivas de sentido en proceso permanente de cualificar la identidad y el ejercicio de la profesión” (Tovar; et al., 2007).

Esto implica flexibilizar los procesos de formación en promoción de la salud, teniendo en cuenta las necesidades y recursos de los individuos, familias, comunidades e instituciones, así como los diversos escenarios de práctica, tanto clínicos como comunitarios. Se resalta que la promoción de la salud no se limita al campo extramural o comunitario; trasciende a todos los escenarios del ejercicio profesional, de los paradigmas sociales cotidianos y lo que ello implica.

Como profesionales y ciudadanos se busca llevar a la práctica la autonomía y la toma de decisiones para proponer política pública en salud, transformando estilos, modos y condiciones que mejoren la calidad de vida.

La formación en promoción de la salud requiere hacer explícitos los principios y valores promulgados en la Ley 266 de 1996 y el Código Deontológico de Enfermería Ley 911 de 2004, así como las declaraciones de las Conferencias Internacionales, en el ejercicio de la práctica docente que visibilice el sentido y significado de las normas que nos rigen y proporcione herramientas para el ejercicio autónomo y la gerencia del cuidado. Es necesario comprender e integrarse a los planes de desarrollo local y territorial, como las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas, que requiere trabajo interdisciplinario e intersectorial como lo indica la Ley 1438 de 2011.

Es necesario impulsar la investigación en promoción de la salud, como herramienta para sistematizar, difundir estrategias y experiencias que permitan la toma de decisiones que impacten en las políticas públicas nacionales e internacionales. Es importante tener un estado del arte para que desde el conocimiento científico se forme en promoción de la salud y se utilice la investigación existente; esto requiere también competencias en la interpretación y análisis de otros idiomas y culturas.

1.3.2. Competencias Interpretativas

Implica que los profesionales de enfermería tengan claridad sobre los diferentes conceptos involucrados en la promoción de la salud:

- Identificar los siguientes conceptos: salud como derecho, calidad de vida, estilo, modo y condiciones de vida, enfoque de determinantes sociales de salud, determinación social, autonomía, empoderamiento, participación, transectorialidad, interdisciplinariedad, transdisciplinariedad, multidisciplinariedad, intersectorialidad, equidad, sostenibilidad, desarrollo humano sostenible, política pública, imaginario social, ciudadanía, economía política.

- Reconocer los términos de: salud pública, salud colectiva, salud comunitaria, atención primaria en salud, enfoques diferenciales en salud, promoción de la salud, educación en salud, política pública, participación social, cuidado de la salud, enfermería comunitaria, modelos y teorías de enfermería, proceso de enfermería y lenguaje estandarizado en enfermería.
- Reconocer sobre las funciones de la enfermera o enfermero en la salud de los colectivos, la salud pública, la atención primaria en salud y la promoción de la salud.
- Reconocer las normativas nacionales, internacionales y de la profesión.
- Reconocer la situación sociopolítica y de salud a nivel nacional, regional y local, así como en los diferentes contextos donde se desarrollen las prácticas formativas.
- Reconocer las necesidades e intereses en salud de las mujeres y hombres, así como los riesgos específicos ligados a las tareas definidas como masculinas y femeninas,

El término **identificar** se refiere a destacar mediante cada sentido por separado el elemento o característica sobresaliente de una persona, cosa o fenómeno, que de manera superficial lo diferencia de otro semejante.

El término **Reconocer** se refiere a examinar con cuidado algo (involucra varios sentidos simultáneamente) para entender su identidad, naturaleza y circunstancia. Presenta una mayor complejidad que identificar, por ello supone un nivel superior.

1.3.3. Competencias Argumentativas

Implica que los profesionales de enfermería asuman un punto de vista coherente y riguroso frente a la promoción de la salud. Incluyen la dimensión ética caracterizada por el respeto, la tolerancia humana y la perspectiva diferencial. A través de ellas se busca hacer planteamientos debidamente sustentados, proponer vías de acción fundamentadas y, en general, ofrecer bases que apoyen sus argumentos.

- Describir la promoción de la salud como proceso político y social que no sólo contempla acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, culturales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en los individuos y colectivos.

- Analizar la promoción de la salud como estrategia de abordaje en el cuidado de la salud de los individuos, familias y colectivos que propende por el desarrollo humano y el mejoramiento de la calidad de vida, sustentada en el conocimiento del cuidado y lenguaje estandarizado.
- Analizar el papel del profesional de enfermería en el cuidado de la salud de las personas, familias y colectivos, enmarcado en la salud como derecho, equidad y justicia social, estimulando la autonomía, la participación social, la intersectorialidad y la multidisciplinariedad con perspectiva de género.
- Describir e interiorizar la relación de las determinaciones sociales en salud entre mujeres y hombres, buscando generar espacios tolerantes donde se reduzca la desigualdad.

El término **Describir** implica expresar en detalle cómo es un concepto, una situación determinada o un problema.

El término **Analizar** es un proceso mediante el cual se descompone o se separa algo en los distintos principios, aspectos o elementos que lo conforman, con el ánimo de lograr su comprensión y explicación; es contrario a sintetizar.

El término **Interiorizar** hace referencia a la asimilación profunda de un pensamiento o fenómeno.

Esto implica enfocar las prácticas de los estudiantes hacia la reflexión y aplicación de cada una de las temáticas expuestas. Implica que el docente busque espacios de deliberación y estimule al estudiante a buscar, a indagar. Esta competencia debe trascender la práctica, la investigación, y per se los espacios de proyección social; debe trascender a las asignaturas de profundización y las electivas, pero no sólo quedarse en lo teórico, sino que sean llevadas a la realidad por medio de la práctica reflexiva y la teorización de la misma.

1.3.4. Competencias Propositivas

Implica asumir una postura constructiva y creativa, plantear opciones o alternativas ante la problemática presente en una situación determinada, ser capaz de proponer o ejecutar nuevas y osadas acciones, con el fin de entrar a resolver una situación.

- Sustentar nuevas formas críticas de entender, comprender y transformar las realidades junto con otros actores sociales, con el fin de incidir en los procesos políticos y de toma de decisiones para mejorar la salud de las personas, familias y colectivos.

- Crear espacios que promuevan los valores cívicos, la ciudadanía, la participación social y el empoderamiento de las personas, familias y colectivos.
- Estimular la participación de las mujeres en la toma de decisiones sobre las prácticas favorables para la salud de la población general, y para la suya propia, con el fin de desarrollar las capacidades y habilidades, tanto para el cambio personal, como para la participación en los procesos sociales.
- Transformar el ejercicio profesional con autonomía y liderazgo para su inclusión en los espacios de participación política y ciudadana.

El termino **Sustentar** refiere a la justificación de su actuar, mantener con razones válidas la aplicación de su ejercicio, con el propósito de incidir y lograr cambios.

El termino **Crear** se refiere a producir, construir; también se puede relacionar con innovar, que se refiere a introducir cosas nuevas a algo ya existente con el ánimo de cambiarlo o cualificarlo.

El termino **Estimular** se refiere a impulsar, motivar a que se den acciones frente a una temática o situación determinada.

1.4. Aspectos metodológicos para la enseñanza de la promoción de la salud

Para abordar la salud pública y la promoción de la salud es importante conocer las características de los estudiantes a través del uso de diversos modelos, que permitan la identificación de estilos de aprendizaje y desarrollar metodologías de enseñanza-aprendizaje dirigidas a las particularidades de cada uno de los actores.

Los principios metodológicos fundamentales de la educación actual son: la supremacía de la educación sobre la instrucción, respeto por la individualidad del alumno, atención creciente por los intereses del alumno, colaboración entre alumnos y profesores procurando las responsabilidades individuales y sociales, sustituir la competitividad por la cooperación, co-educación entre hombres y mujeres para que ejerzan sobre el otro - otra una influencia saludable, preparar al individuo para ser ciudadano y ciudadana capaz de cumplir con sus deberes y consciente de su dignidad de persona (Martínez, 1996).

En ese sentido, las estrategias educativas favorecen la enseñanza de la salud pública y la promoción de la salud, permitiendo aprender de lo que se vive y estimular el trabajo en equipo. Dada la densidad de las temáticas, se recomienda hacer uso de ejercicios prácticos. Algunas de las estrategias que

se pueden emplear son:

- La enseñanza basada en problemas, donde el estudiante, mediante una determinada situación de salud seleccionada por el docente, 1. ubica las ideas conocidas y desconocidas, 2. identifica el problema principal, 3. detecta su necesidad de aprendizaje (organizando su plan de trabajo), y 4. diseña finalmente una propuesta de solución.
- El análisis de situaciones de enfermería como narrativa de la experiencia en la práctica, retomando los eventos importantes que suceden desde la cotidianidad, tomando cada elemento de la misma, como fuente del conocimiento para esta disciplina. El conocimiento basado en la experiencia parte de la exploración a través de los sentidos mediante situaciones simuladas, teniendo un objetivo claro, analizando la situación y llegando a una reflexión de lo vivido.
- Aprendizaje colaborativo donde se vive la experiencia y luego se reflexiona. Permite el trabajo en equipo, la construcción conjunta y favorece el desarrollo de habilidades sociales; todo el equipo debe tener clara las metas y objetivos, pues cada integrante depende del otro y no es posible obtener logros individualmente.
- Se proponen algunas técnicas didácticas como método de proyectos, método de casos, técnica del debate, la técnica de la pregunta, conversatorio, entre otras. Cabe recalcar que estas estrategias se deben utilizar en los diversos escenarios de práctica; por ejemplo la participación en encuentros ciudadanos, presupuestos participativos, mesas territoriales, cabildos, consejos comunales, entre otros.

En cuanto a la evaluación por competencias se busca que la recordación de lo aprendido sea útil para la vida del estudiante. Para ello se debe conocer al alumno, acompañar los contenidos con las vivencias, inferir que las competencias se vean reflejadas en el desempeño, y que los resultados sean cualitativos y cuantitativos, partiendo del interés del estudiante mismo.

Para tener una evaluación adecuada se debe dejar en claro con los estudiantes las competencias a valorar, teniendo en cuenta: definición del tipo de evidencias, estrategias e instrumentos, indicadores a analizar y retroalimentación de los resultados del aprendizaje mediante un plan de mejoramiento continuo, construido entre el docente y el alumno.

Se propone la inclusión, manejo y actualización de las Tecnologías de la Informática y de la Comunicación (TIC) en el aula de clase, propiciando el uso adecuado de las aplicaciones informáticas que puedan aportar al proceso de enseñanza-aprendizaje.

Referencias

1. ACOFAEN. (2007). Lineamientos para la Promoción de la Salud y la Estrategia Promocional de Calidad de Vida. Bogotá: Miembros del Comité de Promoción de la Salud. ACOFAEN.
2. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (s.f.). Fortalecimiento de la Gobernanza a través de mejoras en los niveles de Equidad y Transparencia en los Sistemas de Salud de Latinoamérica. Una Aplicación de la Estrategia Promocional de Equidad en Calidad de Vida y Salud: Localidad de Suba. Bogotá.
3. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (2006). La Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, una vía hacia la equidad y el derecho a la salud. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud: Grupo Guillermo Fergusson.
4. Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. (2007). Conociendo y Apropiando la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud. Bogotá, D.C: Cuadernillo Colección La Ruta de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud.
5. Cáliz, N. (2012). Experiencia Facultad de Enfermería en torno al Cuidado de los Colectivos. Bogotá: ACOFAEN, Presentación Comité de Promoción de la Salud.
6. Colomer, C., & Sánchez, M. d. (s.f.). La aplicación del enfoque de género al estudio de la salud: El Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud. Madrid: Universidad Complutense de Madrid y Ministerio de Sanidad y Consumo de España.
7. Congreso de la República. (Enero de 1996). Ley 266 de 1996. Bogotá, Colombia.
8. Consejo Internacional de Enfermeras. (06 de 2000). El CIE y la movilización de las enfermeras para la promoción de la salud. Recuperado el 27 de 07 de 2014, de La Enfermería Importa: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/21d_FS-Movilizacion_enfermeras_promocion_salud-Sp.pdf
9. Firmino, S; Mesquita, A; Costa, S; y otros. (2013). Promoción de la Salud: La Calidad de Vida en las Prácticas de Enfermería. Revista Enfermería Global. Recuperado el 27 de 07 de 2014, de: <http://revistas.um.es/eglobal/art>
10. Franco, S; Ochoa, D; Hernández; M; ISS. (1995). La promoción de la salud y la seguridad social en Foros sobre Promoción de la Salud en la Seguridad Social. Bogotá: Instituto de los Seguros Sociales.
11. Franco, S. (2011). La salud y la vida. Recuperado el 27 de 07 de 2014, de file:///C:/Users/mariapaula/Downloads/1036.pdf

12. Ibáñez, L. E. (2013). Enfermería: un viaje a través del cuidado de lo humano. Recuperado el 27 de 07 de 2014, de U. Industrial de Santander: http://www.libreriadelau.com/enfermeria-un-viaje-a-traves-del-cuidado-de-lo-humano-enfermeria-1.html#.U9Vf__l5NqU
13. Lerussi, R. (2010). Notas sobre la Promoción de la salud de las Mujeres. Universidad Nacional de Córdoba. Recuperado el 27 de 07 de 2014, de: http://perio.unlp.edu.ar/question/numeros_anteriores/numero_anterior10/nivel2/articulos/ensayos/lerussi_1_ensayos_10.htm
14. Martínez, E. (1996). Los principios metodológicos de la educación contemporánea.
15. Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Enfermería Disciplina Social y Profesión Liberal: Desarrollo de las Competencias del Profesional de Enfermería. Bogotá: Documento elaborado en la Comisión de Educación. Academia Nacional de Medicina, TNEE, ACOFAEN, ANEC y CTNE.
16. Rodríguez, M. (2005). Promoción de la Salud con Enfoque de Género. Promoción de la salud con mujeres mayores rurales. Revista de comunicación interactiva.
17. Rodríguez, N; Valencia, A; Díaz, P. (2013). Promoción de la Salud y Sistema de Salud Colombiano: Reflexiones Sobre la Formación de Profesionales. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 18, No.1, 26-40.
18. Secretaría de Salud de México. (2007). Compilación “una mirada de género la investigación en salud pública en México”. México D.F: Secretaría de Salud de México.
19. Secretaría de Salud de México. (02 de 07 de 2013). Dirección General de Promoción de la Salud. Recuperado el 27 de 07 de 2014, de <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html>
20. Tobón, S. (2006). Competencias, calidad y educación superior. Alma Mater Magisterio, 100.
21. Tovar, R; Puerto, H; Comité de Promoción de la Salud - Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería ACOFAEN. (2007). Lineamientos para la Promoción de la Salud y la Estrategia Promocional de Calidad de Vida. Bogotá.
22. Unidad de Género y Salud - OPS Washington. (2003). Equidad de género y reforma del sector de la salud. Recuperado el 27 de 07 de 2014, de Descentralización de la Salud, Perspectiva de Género y Empoderamiento de la Mujer: <http://cidbimena.desastres.hn/filemgmt/files/Decentralization2.pdf>

23. Guía para la incorporación de la perspectiva de género en los programas de salud. Centro Nacional de Equidad de Género. México 2010.
24. Lineamientos y acciones que contribuyen a la incorporación de la perspectiva de género en salud. Instituto Nacional de las Mujeres. México. 2010.
25. Equidad de género para las mujeres. Consejo Nacional de Política Económica y Social. República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. COMPES. 2013.

2. Marco de referencia sobre promoción de la salud

2.1. Salud pública y promoción de la salud

El concepto de salud pública ha evolucionado a través de la historia, partiendo de un enfoque eminentemente higienista hasta un enfoque que incluye, además de las acciones sanitarias, la prevención y la promoción de la salud (Organización Panamericana de la Salud, 2001); engloba todas las actividades con la salud y la enfermedad, el estado sanitario y ecológico del ambiente, la organización y el funcionamiento de los servicios de salud, planificación, gestión y educación.

Muchos son los cambios por los que ha transcurrido la salud pública. Como consecuencia de esto, su responsabilidad también se ha transformado; no es obligación únicamente del Estado o del profesional especializado en esta área; es compromiso de todos los actores del sector salud, de la comunidad, del individuo y de la sociedad en general; incluye, entonces, tanto a las entidades públicas como a las privadas, y por consiguiente a todos los sectores que intervienen en la sociedad.

La salud pública incluye lo biológico, psicológico, social y comportamental; lo individual, colectivo y poblacional; lo privado y lo público; desde lo local a lo global (Alzate, 2012); siendo así, la evolución de este concepto reconoce su complejidad y sus dimensiones. Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) asume: “la Salud Pública como saber, como práctica y como situación colectiva de bienestar” (Universidad Nacional de Colombia, 2003). Como saber es el conjunto de conocimientos históricamente construidos sobre la salud, en sus dimensiones colectiva y social; como práctica científica multidisciplinaria en permanente construcción, emprendida por la sociedad y el Estado para crear y mantener en un grupo social determinado las condiciones legales, económicas, políticas, culturales, ambientales necesarias para hacer posible y garantizar -de manera estable- el bienestar de las personas; como

situación colectiva se orienta a lograr y garantizar el bienestar y mejorar, de manera permanente, las condiciones y la calidad de vida de las personas y los grupos sociales (Universidad Nacional de Colombia, 2003) y (Alianza por la Salud Pública, 2011).

De manera similar, Saúl Franco define la salud pública como el “conjunto de saberes y prácticas relacionadas con el cuidado y el logro del bienvivir de la humanidad”; reconoce tres (3) grandes dimensiones de la salud pública: campo de conocimiento, de acción y situación resultante de mayor o menor bienestar, donde su razón de ser es aportar efectivamente al bienvivir colectivo humano (Franco S; et al., 1995). Define el bienvivir como una connotación activa donde se participa e interactúa, una situación, un Proceso Vital Humano que demarcado como la salud pública se relaciona con la vida digna y con cuatro (4) condiciones básicas: la satisfacción de necesidades, el desarrollo de capacidades, el acceso a los bienes sociales y la garantía de derechos fundamentales (Franco, 2011).

A pesar de estos esfuerzos por conceptualizar la salud desde una visión integral, y dentro de ella la salud pública, aspectos mencionados por Breilh como la fuerza material y cultural del mercado, es decir, la mercantilización de la vida material y de la práctica de la salud, la han frenado o distorsionado y delimitado al abordar la salud únicamente en el campo de la relación médico - paciente, en el modelo biomédico coherente con el paradigma positivista que fragmenta la salud, individualiza el problema y lo reduce a la enfermedad de las personas (Breilh, 2013).

Los esfuerzos por abordar la salud pública como un proceso complejo y multidimensional incluyen enfoques teóricos, filosóficos y perspectivas como son: modelo de los determinantes sociales de la salud, la salud como derecho, poblacional en la planeación de desarrollo territorial, el de gestión social de riesgo, diferencial, de ciclo de vida, de equidad, de género, étnico, salud comunitaria, salud colectiva, responsabilidad social ciudadana, calidad de vida, autonomía, inclusión, entre otros. Su comprensión y el hacer parte del espacio académico es fundamental para la comprensión de una salud incluyente, total y participativa.

Al respecto, Franco menciona tres (3) enfoques sobre los cuales se basan las políticas públicas: los tradicionales, integracionistas e interpretativistas. Para el caso de la salud, las reformas sanitarias, las políticas públicas representan el pensamiento más oficialista y gubernamental, por un lado, y los enfoques constructivistas y críticos basados en valores por el otro. Asimismo, el debate se ubica en dos (2) concepciones ideológicas según Granados (1998): **el enfoque neoclásico** más propio de la economía, organización, financiamiento de las instituciones y reducción del gasto en salud (lógica económica),

y **el enfoque igualitarista** que se basa en la producción social de la salud, el bienestar social y el acceso a beneficios del desarrollo humano: “el eje es la equidad y el derecho a la salud” (lógica de la salud pública) que debe aplicar medidas para hacer frente a los determinantes de la salud mediante estrategias de promoción y de prevención (Franco, 2012).

En coherencia con lo anterior, y para facilitar el desempeño de la gestión en salud pública, la OPS (2000) define once (11) Funciones Esenciales de Salud Pública, como lineamientos para la generación de una respuesta efectiva, eficiente y de calidad. Éstas son:

- Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud.
- Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgo y amenazas para la salud pública.
- Promoción de la salud.
- Participación social en la salud.
- Formulación de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública.
- Fortalecimiento de la capacidad institucional de reglamentación y fiscalización en salud pública.
- Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud.
- Formación del recurso humano y capacitación en salud pública.
- Garantía de la calidad de los servicios de salud individual y colectivos.
- Investigación en salud pública.
- Reducción de emergencias y desastres en salud, prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación. (Organización Panamericana de la Salud, 2001).

La práctica las agrupa en tres (3) funciones: la primera es la evaluación, que abarca todas las actividades en las cuales se recopila y se interpreta la información para comprender la salud de la comunidad; incluye la salud de los individuos, sus amenazas potenciales provenientes del medio ambiente, y los posibles recursos para hacer frente a los asuntos referentes a la salud. La segunda es la formulación de políticas y normativas. La tercera es la seguridad que garantiza la estructura, el funcionamiento de planes y programas, como procesos para adoptar las decisiones formales e informales, y determinar la inversión de los recursos en respuesta a la información generada mediante la función de evaluación (Organización Panamericana de la Salud, 2001).

La relación de la promoción de la salud con la salud pública es, por supuesto, muy estrecha; se ubica en la tercera de las once (11) funciones esenciales de la salud pública mencionadas anteriormente, y como uno de los seis (6) verbos esenciales de la salud pública planteados por Franco, (2011).

La promoción de la salud, como la tercera función esencial de la salud pública, busca fomentar la salud en los individuos y colectivos, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables mediante intervenciones de educación sanitaria, a través de medios de comunicación de masas, en las escuelas y en la atención primaria. Así, para toda la comunidad que no tiene los recursos necesarios para la salud, la educación para la salud debe ser complementada con los cambios necesarios en el ambiente y las condiciones sociales y económicas que permiten a los ciudadanos el ejercicio efectivo de los estilos de vida saludable y la participación en la toma de decisiones que afecten su salud (Figueroa, 2011).

La promoción de la salud es el más joven de los verbos esenciales de la salud pública; se logra proporcionando un nivel de vida decente, unas buenas condiciones laborales, educación, cultura física y medios para la recreación, entre otros (OPS, 1992) (Franco S, 2011); implica la elaboración de una política sana, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de actitudes personales, la reorientación de los servicios sanitarios, como resultado de las conferencias internacionales mencionadas anteriormente, y que se evidencian en la política pública y en la normatividad vigente, como es el caso del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Enfermería en salud pública se describe como la práctica de la promoción y la protección de la salud de las poblaciones, utiliza conocimientos de las ciencias de enfermería, ciencias sociales y las de salud pública (Organización Panamericana de la Salud, 2001). Favorece el cambio positivo en la salud, fomenta los estilos de vida saludable, previene la enfermedad, controla el riesgo y minimiza el daño, garantiza el diagnóstico precoz y la atención integral, apoya el desarrollo de programas de rehabilitación a nivel individual y comunitario, promueve el cuidado del medio ambiente, las condiciones higiénicas del individuo y la vivienda y favorece la integración social y familiar. Es necesario destacar que una de sus principales funciones en esta área debe ser el desarrollo de la investigación, acorde con las necesidades (Torres & Urbina, 2009).

La enfermera en salud pública debe ser competente en las funciones esenciales mencionadas anteriormente para lograr las metas sanitarias. Para ello es importante recibir el apoyo de todos sus colegas, quienes deberán tener, al menos, una orientación en salud pública (Organización Panamericana de la Salud, 2001).

El Comité de Promoción de la Salud comparte los planteamientos de Marta Lucía Alzate: *“Al ser reconocida la Enfermería como una disciplina profesional de carácter social y humanístico que cuida la vida-salud- padecimientos-enfermedad-muerte de uno, otros y de todos, y la salud pública como un multcampo donde confluyen diversos conocimientos, saberes, ideologías, legislaciones, normativas, prácticas y tecnologías en pro de una mejor vida, de una mejor salud y de un mejor desarrollo de todos los seres humanos, se observa de un lado que Enfermería y salud pública están íntimamente relacionadas, y de otro lado, que se hace necesario explorar e indagar a profundidad algunos pilares fundamentales bajo los cuales interactúan Enfermería y salud pública”* (Alzate, 2012).

En América la proporción de enfermeras en salud pública varía desde el mínimo de 1,7 enfermeras por 10.000 habitantes en Honduras, hasta 98 por cada 10.000 en Canadá. En el caso de Colombia no se encuentran datos específicos de enfermeras en salud pública; las proyecciones del CENDEX refieren que en el 2010 hubo en Colombia alrededor de 226.000 profesionales de la salud, entre ellos 42.000 fueron enfermeras (12), con una relación muy baja de 5,7/10.000 habitantes, comparado con otros países de América Latina y el Caribe, como por ejemplo México (9,0), Jamaica (16,5), Puerto Rico (42,5), Cuba (75) y EE. UU. (97,2) por 10.000 habitantes (Malvárez & Castrillón, 2005).

Esto evidencia la necesidad de fortalecer la formación del talento humano de enfermería de manera integral, que permita actuar en las estructuras y el funcionamiento de la salud pública y de la promoción de la salud, mediante acciones disciplinares, interdisciplinares, sectoriales e intersectoriales, en cumplimiento a los planteamientos de la ley 266 de 1996 para el ejercicio liberal, el cumplimiento de los propósitos y competencias planteados.

Los cargos de las enfermeras en salud pública se han reducido de los presupuestos; la contribución de la enfermería dentro de estas áreas no se ha descrito adecuadamente a los gerentes de programas, o éstos no lo han comprendido (Organización Panamericana de la Salud, 2001). Por tanto es necesario hacer visible la función y competencia del profesional de enfermería en salud pública, a través de sus aportes y participación en la formulación de las políticas públicas y en la garantía y evaluación de las mismas. Para esto se requiere de enfermeras líderes, con pensamiento crítico, competencias ciudadanas y formación en política, en una sociedad en la cual las insuficiencias e inequidades exigen un renovado compromiso, para superar las visiones descontextualizadas y los viejos paradigmas (Tovar; et al., 2007).

Enfermería, como profesión liberal y disciplina social, puede tener en cuenta aquello que dice Abelardo Barra Ruatta, en “Filosofía de la otredad, educar para la diferencia”:

“Antropológicamente, está abierta la posibilidad de constituir una cotidianidad creativa, pletórica de significaciones positivas. Esa insoslayabilidad de lo cotidiano nos permite aseverar que lo propiamente humano parece residir en la capacidad de embellecer-hedonizar-moralizar la repetitividad de la existencia, observación posible en el cuidado de Enfermería, cuando éste contribuye a mejorar las condiciones materiales humanas y sociales en torno a este propósito”. (Tovar; et al., 2007)

2.2. Enfermería comunitaria

En el contexto actual, caracterizado por grandes cambios sociales y un sistema de salud centrado, en gran parte, a atender a la persona enferma y con escasa participación en el primer nivel de atención, es necesario reorientar la práctica de los profesionales de enfermería hacia la atención primaria en salud, con una comprensión amplia sobre los problemas de salud de la comunidad en su entorno social, cultural y geográfico, que permitan la construcción de un cuidado innovador e integral, centrado en las nuevas estructuras y funciones de la sociedad, en la autogestión, la participación comunitaria, el trabajo interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial.

El profesional de enfermería ejerce “sus funciones en los ámbitos donde la persona vive, trabaja, estudia, se recrea y se desarrolla, y en las instituciones que directa o indirectamente atienden la salud” (ley 266, 1996). Recibe diferentes denominaciones según su área de trabajo; se le reconoce como enfermera domiciliaria, comunitaria o salubrista; sin embargo, se aclara que una enfermera puede realizar funciones determinadas por la salud pública en cualquiera que sea el escenario de trabajo, siguiendo los principios y valores éticos propios de la profesión: integridad, dialogicidad, continuidad, individualidad y calidad.

La enfermería comunitaria, además de “desarrollar funciones orientadas a capacitar a las personas para que mejoren el control sobre su salud, o para que se adapten a una nueva situación buscando un equilibrio que les permita disfrutar plenamente de la vida” (Canga; et al., 2013), debe ocuparse de motivar a la comunidad para que se empodere de su propia salud, haciéndose partícipe de la identificación de los problemas comunes, socializándolos o expresándolos ante las autoridades locales o sectoriales, y participando en la transformación de los procesos de salud - enfermedad a través de la autogestión y el diseño de programas de salud a nivel local, nacional e internacional.

En países como Inglaterra, por ejemplo, las enfermeras son el centro del modelo de atención en salud; todo se basa en los servicios de enfermería

en la comunidad, en grupos interdisciplinarios que se ocupan de brindar un cuidado integrado a las personas que padecen situaciones de salud y enfermedad, de tal manera que los pacientes no son atendidos en los centros hospitalarios, sino que reciben cuidado en sus hogares, estrategia ha dado muy buenos resultados en los procesos de recuperación. Las funciones de la enfermera en el trabajo con la comunidad incluyen la promoción de la salud, la curación, el crecimiento, el desarrollo, la prevención de la enfermedad, el tratamiento y el proceso de rehabilitación en caso de lesión (Royal of College of Nursing, 2012).

Colombia requiere una profesión de enfermería comunitaria que vele por mantener una práctica continua e integral para la promoción de la salud, que responda a las condiciones sociopolíticas y culturales del país, así como para hacer prevención de la enfermedad, participar en el proceso curativo, de rehabilitación, y ejercer la gerencia sobre cada uno de estos servicios.

La filosofía de la atención debe estar basada en la creencia de que la atención dirigida al individuo, la familia y la comunidad contribuya a la salud de la población en su conjunto; en este contexto, la enfermera comunitaria no puede limitar su cuidado a determinados grupos de edad o grupos diagnósticos, sino a toda la población donde se encuentre; es también función esencial fomentar el desarrollo de las actividades comunitarias que contribuyan a la promoción de la educación en salud, así como a la elaboración de políticas, programas y proyectos para el desarrollo comunitario, la participación social y la protección del medio ambiente. Debe sustentar su práctica, tal como lo dice la Ley de Enfermería, en conocimientos sólidos y actualizados (Ley 266 , 1996) para cumplir sus funciones con los sujetos de cuidado, de tal manera que propicie la atención colectiva a lo largo de toda la vida; debe “permitir el acercamiento de la salud pública a la comunidad, donde los individuos viven y trabajan, y acompañarlos a lo largo de todo el ciclo de la vida” (Canga; et al., 2013) con participación comunitaria, social y promoción de la salud como estrategias fundamentales.

Nardiz define a la enfermería comunitaria como aquella “que conoce las necesidades de cuidado de salud de la población, posee los conocimientos científicos, las habilidades técnicas y la actitud apropiada para proveer a los individuos, la familia y las comunidades, donde quiera que estén o se relacionen dentro o fuera de las instituciones de salud, un cuidado coordinado con otras instituciones o profesiones y abierta a la participación comunitaria” (Nardiz, 1989).

El desempeño de la enfermería en la comunidad, además de ser sistemático y organizado, le permite un ejercicio autónomo en las funciones que promueve la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, a saber:

- a) **Asistencia**, porque participa en el análisis de la situación de salud de los sujetos de cuidado y grupos vulnerables, desarrolla acciones en promoción de la salud y en prevención de la enfermedad, participa en los procesos de reinserción y rehabilitación en salud.
- b) **Docencia**, porque diseña, planifica y colabora en programas educativos, bien sea dirigidos a otros profesionales de enfermería o a otros miembros del equipo de salud, y participa en la formación académica de futuros enfermeros, tanto en pregrado como en post grado.
- c) **Investigación**, porque proporciona conocimiento científico que enriquece la práctica asistencial, contribuye con el mejoramiento de la calidad de vida de las personas a través de la adquisición de estilos de vida saludables y mejora la práctica de la enfermería.
- d) **Gestión**, porque le permite desempeñar funciones directivas para liderar, planificar y gerenciar proyectos, programas y servicios de salud; convocar a otras disciplinas, trabajar con otras instituciones diferentes a salud e involucrar a diferentes sectores de la sociedad, tanto a nivel local, nacional e internacional.

De acuerdo con lo planteado, es importante aplicar las teorías propias de la disciplina que direccionen el cuidado en la comunidad a través de un proceso organizado y/o sistemático, con estrategias de tipo disciplinar e interdisciplinar, el uso de la taxonomía diagnóstica propia de la disciplina (NANDA, NIC, NOC, CIPE), y elaboración e implementación del proceso de intervención y resultados de enfermería que permitan la modificación de estilos, modos y condiciones de vida para el mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades.

También es parte del cuidado de la enfermera en la comunidad velar por generar cambios de conducta para propiciar la salud de la población a través de la educación en salud, la planeación de intervenciones promocionales y preventivas en todos los ciclos vitales sin diferencia de género, religión y/o condición social, contemplando el recurso humano y financiero con el que cuenta el ente coordinador de salud donde se encuentre desempeñando sus funciones.

2.3. Atención Primaria en Salud (APS)

Estas notas que están ahora en sus manos es el producto de una reflexión juiciosa de entender la contribución de la enfermería como grupo principal del personal de atención de salud, que utiliza la estrategia de atención primaria de salud a todos los niveles y que mantiene los vínculos entre las personas, las

familias, las comunidades y el resto del sistema de salud; mejora la equidad y el acceso a los cuidados de salud que aportan calidad a los resultados de estos cuidados.

Las recomendaciones de organismos internacionales como la OMS, el CIE, entre otras, refuerzan el valor de esta estrategia y exhorta a que en los programas de formación de enfermería se integre la APS en los niveles básico y posbásico, exploren modos nuevos y mejores para la preservación del bienestar o el mejoramiento y mantenimiento de la salud, prevenir, tratar y rehabilitar la enfermedad, en cooperación con los demás miembros del equipo de cuidados de salud con otros sectores y disciplinas (CIE, 2007).

Lo anterior debe reforzarse con un marco de formación del recurso humano con conocimiento científico y ético, que reconozca la primacía de los factores sociales determinantes de la salud y el respeto a los derechos de las personas. La investigación que de ella se derive, así como el uso de tecnologías, deben ser aceptadas por las comunidades y estar al servicio de las personas donde se realicen.

De otra parte, a nivel nacional, es importante contribuir a apuntar la responsabilidad social que nos otorga la ley 266 de 1996, artículo 17, sobre competencias: “dirigir instituciones y programas de atención primaria en salud, con prioridad en la atención de los más vulnerables de la población, y a los riesgos prioritarios en coordinación con los diferentes equipos interdisciplinarios e intersectoriales”.

Por todo esto es necesario estimular a los responsables de la formación de las profesionales de salud a incluir la estrategia de Atención Primaria en Salud en sus planes de estudio como fundamental.

2.3.1. La APS y la situación de salud

En nuestro mundo globalizado la salud está determinada por muchas fuerzas poderosas, especialmente el cambio demográfico, la rápida urbanización, el cambio climático, los tratados de libre comercio. La población mundial se enfrenta a un futuro en el cual la salud y el bienestar de las personas pueden verse afectados por los rápidos avances de la tecnología, el agotamiento de los recursos naturales y la degradación del medio ambiente, el crecimiento demográfico, las repercusiones de los problemas de salud nuevos (SIDA).

Mientras que algunas enfermedades están desapareciendo a medida que mejoran las condiciones de vida, muchas enfermedades de la pobreza persisten en los países en desarrollo, (paludismo, tuberculosis). Otros factores

como el envejecimiento de la población, la preocupación por las enfermedades crónicas y terminales imponen demandas crecientes a los servicios sociales y de salud.

En muchos países los estilos de vida y entornos sociales y de trabajo son influenciados por la comercialización desenfrenada, situación generada por la producción y consumo no sostenibles. La salud del pueblo no sólo es un problema de responsabilidad del sector, sino que también abarca cuestiones políticas más amplias tales como el comercio y la política exterior, y la lucha contra ésta requiere de voluntad política para involucrar a la totalidad del gobierno en esta materia.

Si bien desde Alma Ata, con la meta Salud para Todos en el año 2000, y los esfuerzos posteriores por parte de los organismos interesados no logró el cometido por muchos factores, aún así es vigente la estrategia y siguen existiendo razones para renovarla. Las razones que la justifican son:

- Los nuevos desafíos epidemiológicos que se deben asumir.
- Las necesidades de corregir las debilidades e incoherencias presentes en algunos de los diferentes enfoques de la APS.
- El desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas y su contribución a mejorar la efectividad de la APS.
- El reconocimiento creciente de que la APS es una estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para disminuir las inequidades en salud.
- Es una condición esencial para cumplir los compromisos internacionales vinculados al objetivo de desarrollo incluido en los Objetivos del Milenio, e intervenir los determinantes sociales de la salud para alcanzar el nivel más alto posible de salud.

Para que se logre el objetivo último de la APS que es obtener resultados sostenibles de salud para todos, es necesario un sistema de salud basado en ella, con un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos. Es necesario asumir prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia, efectividad y desarrollo de mecanismos activos, con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud. Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad.

La reorientación de la salud hacia la APS solicita un mayor énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, demanda prestar especial atención al papel y preparación del recurso humano, además de

normas y políticas para mejorar las condiciones de trabajo y seguridad laboral para disminuir los riesgos ambientales. Esto abarca también las funciones esenciales de la salud pública que hacen de la APS un socio efectivo y activo en la vigilancia de la misma, la investigación y la evaluación, la garantía de la calidad y las actividades de desarrollo institucional a lo largo de todo el sistema de salud. La voluntad política de todos los actores e instituciones es imperativa para su impulso.

2.3.2. La APS renovada y los recursos humanos

A continuación se señalan aspectos que deben ser tenidos en cuenta para la formación del recurso humano: incrementar la formación de profesionales capacitados, planificar el recurso humano de acuerdo con las necesidades de la población y ser sostenible, aplicar políticas de calidad sobre el desempeño del personal, caracterizar las capacidades humanas (perfiles y competencias) donde el perfil de cada trabajador deberá ajustarse a la labor dependiendo de sus características, utilizar mecanismos de evaluación constantes que faciliten la adaptación de los trabajadores a nuevas situaciones y a las necesidades cambiantes de la población. Para ello las políticas de formación de recurso humano deben apoyarse en el enfoque multidisciplinario de la atención integral, y la definición del trabajador en APS debe incluir a otros profesionales diferentes al médico.

Lo anterior exige que la enfermera - enfermero se eduque en: análisis de políticas públicas y competencias para hacer abogacía intersectorial y económica, trabajo con comunidad, excelente preparación en salud pública, familiar y medicina preventiva, amplio conocimiento sobre determinantes sociales, trabajo en equipo con profesionales y auxiliares de distintas disciplinas, mercado social basado en teorías psicológicas para cambiar hábitos, promover valores cívicos, participación, comunicación, educación y conocimiento sobre valores, principios y elementos esenciales de un sistema de salud basado en APS.

Todos estos conocimientos deben enmarcarse dentro de la definición de la Atención Primaria de Salud, que es: “la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y 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 los actores, del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)” (Ley 266 , 1996).

Para favorecer la Atención Primaria de Salud, el CIE considera que es de importancia crítica integrar los conceptos de misma en todos los niveles de la

formación de enfermería, y que la función de las enfermeras en la dirección de la APS se fortalezca y se articule en todos los niveles en los países y en el plano internacional.

2.4. Teoría de enfermería y promoción de la salud

La promoción de la salud como parte del propósito de enfermería no es ajena al conocimiento disciplinar; es parte esencial de su naturaleza, constituida por los componentes disciplinar y profesional (Duran, 1998 y Vega, 2006). Como profesión se esfuerza por mejorar el futuro de la calidad de vida de las personas al tratar de resolver problemas que se interponen o influyen en su logro; y como disciplina representa el cuerpo de conocimiento relacionado con el estudio del cuidado de la salud humana, que comprende tanto la ciencia como el arte de enfermería (Duran, 1998)

La teoría ofrece un fundamento razonado para el quehacer de enfermería, como es el de promocionar la salud, y se evidencia en la estructura del conocimiento propuesto por Fawcet (1990), que contiene de manera descendente el metaparadigma, filosofía, modelos conceptuales, teorías e indicadores empíricos. El desarrollo teórico se ha dado con el análisis de los cuatro (4) conceptos constitutivos del paradigma de la profesión, como son: ambiente, salud, enfermería y persona (Duran, 1998,2005) (López, 2003) (Vega, 2006).

Las teóricas enfatizan en uno u otro aspecto, de acuerdo con su experticia, experiencia y filosofía por abordar un fenómeno en particular. Reconocen, entonces, el valor de la teoría en el soporte de la práctica del cuidado, en la profesión, disciplina y en la posibilidad de ejercer la autonomía y el liderazgo. Al respecto, López (2003) plantea que avanzar en el uso de algún modelo teórico es entrar en el desafío de establecer el vínculo entre la teoría y la práctica, en la comprensión y sistematización de los fenómenos de interés, en generar un pensamiento crítico, en el uso del lenguaje propio, y en la motivación para generar nuevas teorías.

En este desarrollo conceptual se refleja la búsqueda de un marco propio que fundamenta la identidad e independencia de la disciplina de enfermería frente a otras ciencias de la salud, transitando por varias formas de entender el mundo conceptual de la enfermería: desde un modelo naturalista con enfoque curativo, uno de suplencia o ayuda, uno centrado en la importancia del ser humano y su relación en la sociedad, hasta la actualidad; con la visión de un modelo hacia la transformación, donde la persona es abordada como un todo indivisible e indisoluble de su universo, que orienta sus cuidados según sus prioridades. La salud, en esta visión, es un valor y una experiencia

que cada persona vive desde una perspectiva diferente; el cuidado se dirige entonces a la consecución del bienestar de la persona, tal y como ella lo define (Vásquez, 2006).

En consecuencia, la enfermera - enfermero cuenta con herramientas teóricas propias que facilitan el abordaje del cuidado para la promoción de la salud, y enriquecen las acciones de los profesionales al conceptualizar la relación que se establece con el sujeto, cuyo objetivo debe apuntar a dignificar y potenciar el desarrollo de lo humano, que se logra con el aporte de elementos para la valoración e intervención en la promoción de la salud, con el cuidado del individuo y los colectivos en su totalidad; es decir, entendiéndolos dentro de una relación dinámica con su entorno, con un potencial enorme para realizar los cambios que con ellos mismos se logren acordar.

Rogers, citada por Villalobos, sugiere: “la práctica es la expresión de la forma como utilizamos el conocimiento de enfermería. Si enfermería es una ciencia, entonces ella tiene unos fenómenos propios sobre los cuales se debe desarrollar el conocimiento, y si tiene un cuerpo organizado de conocimientos el cual se utiliza en la práctica, el uso creativo de este conocimiento se manifiesta en el arte de la práctica de enfermería”. La naturaleza de la práctica disciplinar sugiere que debe estar guiada por teorías científicas. (Durán, 2005)

En este sentido se presentan algunas de las teóricas que pueden enriquecer la formación del profesional de enfermería en la promoción de la salud:

Florence Nightingale (1820-1910): La enfermería moderna. Fundamentó algunas bases de la salud pública en su filosofía “Enfermería moderna”, la cual se centra en el entorno a través de los conceptos de ventilación, calor, luz, dieta, limpieza y ruido, y en los aspectos físico, emocional y social; consideraba que los ambientes saludables eran necesarios para administrar correctamente los cuidados de enfermería (Alzate, 2012) (Alligood & Marriner, 2011). El profesional de enfermería, según Nightingale, debería ser formado, comprometido y convencido de su rol para participar en el logro de procesos reparadores de la salud, así como para minimizar los efectos derivados de su ausencia o alteración (Dumbar y Dolan, 1990; Marriner & Raile, 2006; citados por Alzate, 2012).

Martha Rogers (1914- 1994): Estableció el modelo de seres humanos unitarios y el entorno como campos de energía integrados en el proceso de la vida. Afirmó que los seres humanos son campos de energía dinámicos que se integran con los campos de energía del entorno, se identifican por modelos y se caracterizan por un universo de sistemas abiertos. Empleó el término de salud positiva para simbolizar el bienestar y la ausencia de enfermedad.

Ésta lleva implícita la intención de ayudar a las personas con posibilidades de coherencia rítmica (Alligood & Marriner, 2011).

Definió la enfermería como profesión aprendida, ciencia y arte, centrada en el interés por las personas y por el mundo en que viven. Llevó al comienzo de la identificación de la enfermería como ciencia, cuyo fin es fomentar la salud y el bienestar de todos los individuos (Alligood & Marriner, 2011). Esto significa que la promoción de la salud es inherente al ejercicio de la práctica de enfermería.

La teoría de la doctora Rogers obliga al profesional de enfermería a promover la salud, a abordar la persona en todas sus dimensiones, entenderla, y aun más que esto, comprenderla dentro de una conciencia planetaria y universal, teniendo como base los conocimientos que proceden de la investigación científica y del análisis lógico.

Este modelo es un enunciado claro y directo del objetivo único de la enfermería: la utilización flexible, creativa, individualizada, diestra y compasiva, con una orientación social de la ciencia y arte que encierra esta disciplina (Alligood & Marriner, 2011), lo que nos conduce a ser sustantivas en los procesos de salud, a trascender del hacer al ser, a una práctica teorizante a través de procesos investigativos, reflexivos y críticos.

Nola Pender (1941): Modelo de Promoción de la salud (MPS). Afirma que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano, expone los aspectos de la conducta de los seres humanos que lo llevan o no a promover la salud. Este modelo ha sido utilizado ampliamente en la promoción de conductas saludables en las personas, y es una herramienta válida para comprender y promover las actitudes, motivaciones y acciones de cada una de ellas, en especial “la auto eficacia” para valorar la experiencia y pertinencia de sus acciones (Aristizábal, Blanco, Ramos, & Ostiguín, 2011).

Jean Watson (1940): Filosofía y teoría del cuidado transpersonal. Si bien su filosofía y ciencia de la asistencia tiene una connotación clínica, su utilización ha traspasado este escenario para ubicarse en todos los contextos de enfermería. La filosofía de Watson aporta elementos importantes para el abordaje de la promoción de la salud. Sus principales conceptos, que incluyen la promoción de la salud, son:

Infundir fe - esperanza facilita la promoción de una asistencia de enfermería holística, potencia la salud de las personas y describe el papel de la enfermera en el desarrollo de unas interrelaciones eficaces con el paciente y en la promoción del bienestar, ayudando a éste en la adopción de conductas de búsqueda de la salud.

Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal, lo que permite informar al paciente y derivar hacia éste la responsabilidad sobre su salud y bienestar, el autocuidado, la identificación de necesidades y la adquisición de capacidades para desarrollarse personalmente (Alligood & Marriner, 2011).

La filosofía de Watson plantea también siete (7) supuestos. Dentro de éstos están: *el cuidado efectivo promueve la salud y crecimiento personal y familiar; un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial; la ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa; el cuidado integra en conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover y recuperar la salud* (Urra, Jana, & García, 2011).

La teoría de Watson ha tomado fuerza a nivel mundial; tiene conexión mundial con 29 países, y ha sido utilizada, no sólo en el ambiente hospitalario, sino que es congruente con los enfoques contemporáneos de salud de la comunidad, en atención primaria, promoción de la salud y en modelos de desarrollo de la comunidad (Urra; et al., 2011).

Dorothea E. Orem (1914-2007): Teoría del déficit de autocuidado. El modelo se basa en tres (3) grandes teorías: teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y la teoría de sistemas enfermeros. El primer punto, documentado de la teoría de Orem como base para articular la práctica, se encuentra en descripciones de clínicas dirigidas por enfermeras para la promoción de la salud, en el cuidado de los enfermos (Alligood & Marriner, 2011).

El concepto de autocuidado sostiene que todo ser humano es capaz de cuidar y aprender a cuidar de sí mismo, requiere de conocimientos pertinentes, de habilidades motoras para la acción y de motivación; se ve reflejado en conductas que existen en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan su desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar (Urrutia citado por Muñoz & Cabieses, 2008).

Madeleine M. Leininger (1920- 2012): Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. Se centra explícitamente en el descubrimiento holístico y global del cuidado cultural como el punto de vista del mundo, factores de la estructura social, el lenguaje, cuidados genéricos y profesionales, etnohistoria y contexto ambiental, que influyen en el cuidado de los humanos a través de decisiones y acciones de cuidados congruentes que apoyen el bienestar, la salud y las formas de vida satisfactorias para las personas (Alligood & Marriner, 2011).

Plantea como supuestos, que los cuidados de enfermería basados en la cultura, que son beneficiosos, saludables y satisfactorios, contribuyen al

bienestar de las personas, las familias, los grupos y las comunidades dentro del entorno y sus contextos (Alligood & Marriner, 2011).

La meta de la teoría es suministrar cuidado responsable y coherente culturalmente, que se ajuste de modo razonable a las necesidades, valores, creencias y modos de vida de las personas (Leon, 2006); de esta forma las acciones que se realicen tendientes a la promoción de la salud serán fácilmente reconocidas y utilizadas por los sujetos de cuidado, además de permitir el cumplimiento de los principios generales de individualidad e integralidad que orientan la profesión de enfermería.

Kristen M. Swanson (1953): Teoría de los cuidados. Enfatiza en el objetivo de la enfermería de promover el bienestar de otros; define el cuidado como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal. La enfermería es la disciplina concedora de los cuidados para el bienestar de otros.

Otras teóricas de enfermería que pueden fundamentar la promoción de la salud son: **Imogene King**: marco de sistemas de interacción y teoría intermedia de la consecución de objetivos; **Margaret Newman**: modelo de la salud como expansión de la conciencia; **Rosemarie Rizzo Parse**: desarrollo humano; **Pámela G. Reed**: teoría de la auto trascendencia, **Katherine Kolcaba**: la teoría del confort, **Afaf Meleis**: teoría de las transiciones y **Myra Estrin Levine**: modelo de la conservación (Alligood & Marriner, 2011).

Para la enseñanza de la promoción de la salud se sugiere implementar, desde el contenido curricular, los conceptos propios de la promoción de la salud, analizados y abordados desde los planteamientos de las teóricas de la disciplina, así como sus propuestas de intervención y cuidado, con la utilización también de las herramientas propias de la profesión como taxonomías diagnósticas, taxonomías de intervención y resultados, incluidas en el lenguaje estandarizado de Enfermería.

Con relación al enfoque de género, desde la década de los años ochenta enfermeras de distintos países reflexionan en torno a la relación que existe entre enfermería, el género y los cuidados que se brindan, avanzando en la comprensión de esta relación sociocultural, de la mano de los avances que en esta temática han obtenido las y los estudiosos. Actualmente, los pactos internacionales, entre éstos los Objetivos del Milenio, la política de salud pública, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el CONPES 161 de 2013, resaltan como meta fundamental la inclusión del género (Acosta, Márquez, & Arenas, 2005) (Mompert & Santo Tomas).

Es necesario integrar dentro del currículo de enfermería el enfoque transversal y las teorías de género, y profundizar en la concientización de

la transformación de los imaginarios que se han creado alrededor de la enfermería, obstaculizando la investigación de la misma, entendiéndola más desde el punto de vista de apoyo, siendo necesario llevar a cabo una práctica reflexiva que permita teorizar y asimilar el significado del cuidado autónomo, humanizado y con perspectiva de género.

Lo mencionado anteriormente le permite al estudiante reconocer el cuidado mediante un proceso dinámico donde se generan oportunidades para valorar las necesidades de los sujetos o individuos, diagnosticar, plantearse metas o resultados, intervenir y evaluar los efectos de sus intervenciones.

2.5. Lenguaje estandarizado de enfermería y promoción de la salud

La disciplina de enfermería, definida como el estudio del cuidado de la experiencia de la salud humana, involucra -según María Mercedes Durán dentro de su marco epistemológico- los componentes de perspectiva, dominio, definiciones y conceptos y patrones del conocimiento. El dominio implica los resultados de la investigación y el conocimiento de la enfermería para la práctica como procesos e instrumentos de valoración, diagnósticos e intervención, diseños y metodologías de investigación, entre otros (Durán, 2002). El lenguaje estandarizado de enfermería se encuentra inmerso en el dominio de la profesión; involucra resultados de investigación, verificación de la práctica de enfermería y consenso de los profesionales, comprendido todo en el método científico del proceso de atención al interior de esta disciplina.

El lenguaje estandarizado es definido por Casey (2003) como el conjunto estructurado de palabras que representan un fenómeno de interacción de enfermería. NANDA (Nor American Nursing Diagnosis Association) afirma que muchos lenguajes de enfermería aseguran ser estandarizados; algunos simplemente son una lista de términos, pero aquellos que representan a una profesión deben proporcionar una definición basada en evidencias. Keenan lo define como un “lenguaje común, fácilmente comprensible para todas las enfermeras, para describir la atención”. La AORN (Asociación de Enfermeras Peri Operatorias) lo define como “medio común de comunicaciones con el fin de identificar un problema específico o situación, las intervenciones implícitas y el resultado observado” (Keenan, Tschanned, & Wesley, 2008).

El lenguaje estandarizado surgió con el desarrollo de la clasificación diagnóstica de la NANDA en la década de los 70. Posteriormente, en 1987, continuó con la formación de un equipo de investigación conducido por la University of IOWA para desarrollar un vocabulario y una clasificación de

intervenciones de enfermería. En 1991 esta misma Universidad organizó un equipo para desarrollar la clasificación de los resultados que se relacionan con los cuidados enfermeros (Johnson, 2007), y como consecuencia del movimiento creciente de investigación en resultados que se fraguó en EEUU, surgió el término de resultado para definir los estados variables de la persona, comportamientos o percepciones concretos que responden a la intervención de enfermería (Morales, Morilla, Torres, Porcel & Canca, 2013).

Actualmente la Asociación Americana de Enfermeros reconoce doce (12) lenguajes de enfermería, entre los siguientes:

- Clinical Care Classification (CCC)
- Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE o ICNP)
- NANDA (Nor American Nursing Diagnosis Association)
- NOC (Nursing Outcomes Classification)
- NIC (Nursing Interventions Classification)
- Sistema de Omaha
- Perioperative Nursing Data Set (PNDS)
- Normalización de las Intervenciones para la Práctica de Enfermería (NIPE)
- Nursing Information & Data Set Evaluation Center (NIDSEC)
- Network for Language In Nursing Knowledge Systems (NLINKS)
- Home Health Care Classification (HHCC)

Al respecto, Rivera y otros (2011) plantean que la unificación del lenguaje enfermero proporciona un lenguaje común para la comunicación entre los profesionales en los distintos niveles asistenciales; un ejemplo de esto son los Diagnósticos Enfermeros (DE), que aunque aportan un beneficio común, no se utilizan todavía de manera universal en el trabajo diario. La utilización de lenguaje normalizado en todas las fases del proceso de atención a los cuidados, es una necesidad cada vez más imperiosa para la práctica laboral, que los profesionales de enfermería han venido detectando en los últimos años (Rivera, Pastoriza, Díaz, & Hilario, 2013).

En la actualidad se considera importante la existencia de un lenguaje estandarizado en todos los ámbitos de la profesión; esto facilita la comunicación, la calidad de los cuidados, la investigación y la autonomía profesional (Gómez, Esain, Tina, Guembe, Fernández, & Narvaiza, 2006); sin embargo, su utilización se ha limitado más al ámbito clínico que al comunitario, y que al de la salud pública por supuesto, como sucede con el

caso de la utilización de los diagnósticos de enfermería. Al respecto, Granollers encontró que la mayoría de los diagnósticos que se utilizan corresponden a la esfera biológica, y los menos utilizados son los de la esfera psicológica y social (Granollers, Montanuy, Almirall, Roca, & Ortega, 2006).

El lenguaje estandarizado proporciona un lenguaje para comunicar lo que realizan, documenta la contribución de la enfermera al cuidado de la persona, facilita la evaluación, la mejora de los cuidados enfermeros, el desarrollo del conocimiento enfermero de los sistemas electrónicos de información clínica y del registro electrónico del paciente, la información sobre la formulación de políticas organizativas y públicas respecto a la atención sanitaria y enfermera, y facilita la enseñanza de la toma de decisiones en los estudiantes enfermeros (Johnson, 2007).

La investigación en resultados ha tenido un gran desarrollo en los últimos años para poder comprender la efectividad y contribución de diferentes intervenciones, proveedores, y como resultado de la incorporación de enfoques de seguridad clínica y de la necesidad de resolver aspectos sobre la gestión de recursos humanos, cuyo fruto han puesto de manifiesto una sólida asociación entre niveles de dotación de éstos y la aparición de resultado adversos, sobre todo en el área clínica (Morales; et al., 2013). En este sentido se hace indispensable realizar estudios de investigación, producto de la relación docencia servicio sobre el impacto en áreas comunitarias y con intervención hacia la promoción de la salud.

La promoción de la salud como parte fundamental del dominio de los profesionales de enfermería involucra conocimientos y prácticas específicas, donde algunas de ellas se encuentran descritas en el lenguaje estandarizado del enfermero. Un ejemplo de ello es el diagnóstico de Enfermería Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (00162). Algunos de los resultados (NOC) esperados que se relacionan con este diagnóstico son: conducta de adhesión, conducta de cumplimiento, conducta terapéutica, control de riesgo y orientación sobre la salud. Las intervenciones (NIC) sugeridas para el logro de estos resultados, entre otras, son: educación sanitaria, apoyo en la toma de decisiones y establecimiento de objetivos comunes.

Una experiencia importante para mencionar es el resultado del trabajo investigativo en red realizado por enfermeras representantes de diferentes países, para desarrollar una Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería, en respuesta a la necesidad reconocida por el CIE de crear un vocabulario de términos, estructurado para describir y organizar la práctica de enfermería (Theune, Basso, Cid, Cruz, Ramírez, & Torruella, 2004).

El CIPE se define como una clasificación de fenómenos, acciones y resultados

de enfermería que describen la práctica profesional, dinámica y cambiante de esta disciplina.

En este trabajo participó un grupo de enfermeras de diferentes países de Latinoamérica, incluido Colombia con la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC y la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería ACOFAEN. Como trabajo en red se creó un lenguaje común de enfermería a través de la participación de todas las enfermeras del mundo, lo que generó resultados válidos que apoyan las decisiones en salud, las investigaciones en enfermería y el ejercicio de la docencia; permitió, además, unificar cuidados, compararlos y apoyar la evidencia del resultado en los diferentes entornos donde se desarrolla el acto de cuidado (Theune; et al., 2004).

El uso del lenguaje estandarizado de enfermería posibilita el seguimiento de las acciones emprendidas en temas como evaluación, resultado, impacto, efectividad, costo generado, costo de oportunidad, beneficios, entre otros; asimismo, sirve de base para tomar decisiones, ofertar servicios de enfermería, controlar la eficiencia y efectividad de las intervenciones, investigar y generar teoría. Por lo tanto, la utilización del lenguaje propende por la calidad de los cuidados del profesional de enfermería para trascender a su posicionamiento en la sociedad; es decir, a ser reconocida como una profesión que cuida la vida y la salud de las personas, que promueve la salud, el crecimiento personal, familiar y el desarrollo del potencial, según los postulados de Watson.

Lo anterior significa que el lenguaje estandarizado es una herramienta que facilita y agiliza la toma de decisiones para cumplir con el llamado ético, donde el centro de nuestro actuar es la persona; cabe advertir, entonces, que este lenguaje no se puede convertir únicamente en un software de registro de información, o en una lista de chequeo ligada al diagnóstico médico o a la imprecisión de una valoración mal realizada sin determinar las necesidades reales del sujeto de cuidado, para concluir, una vez más, en la acción de apartar al profesional del contacto con la persona.

El lenguaje permite también una visión integral de las intervenciones y resultados de enfermería; en el caso particular de la promoción de la salud no la delimita al área comunitaria o a la salud pública, sino que invita a involucrarla en todos los contextos o escenarios donde se desarrolla la práctica de enfermería.

Las taxonomías relacionan los diagnósticos de enfermería con la visión de género, pues propone una variedad de oportunidades para concretar, a través del lenguaje, las acciones y resultados esperados en la inclusión de los enfoques diferenciales.

2.6 Marco Normativo Nacional e Internacional

2.6.1 Contexto internacional

Sin duda, uno de los referentes mundiales en el tema de la promoción de la salud son las Conferencias Internacionales sobre la Promoción de la Salud realizadas en los últimos 27 años, de las cuales surgen declaraciones y cartas que definen promoción de la salud, requisitos y componentes esenciales. La mayoría de dichas promulgaciones se generan por y desde los países industrializados, con la intención de orientar la acción de y hacia los países llamados en desarrollo. A continuación se mencionarán aspectos importantes que han direccionado el desarrollo de la promoción de la salud en nuestro país.

La Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, realizada en Ottawa (Canadá, 1986), continúa la discusión referida en la Declaración de Alma Ata y los objetivos de Salud para Todos, emitiendo la Carta de Ottawa donde se define la promoción de la salud como aquella que permite: “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, 1986). Expresa que para lograr la salud, cada territorio debe cumplir unos requisitos previos como son la paz, un ecosistema saludable, justicia social, equidad, educación, alimentos e ingreso, y establece las acciones claves para lograr la salud: políticas públicas saludables, entornos propicios, fortalecimiento de acciones comunitarias, desarrollo de aptitudes personales y reorientación de los servicios de salud. Para lograr esto se requiere del esfuerzo mancomunado de los diferentes actores sociales y sectores.

La primera de las acciones propuestas en la Carta de Ottawa, las políticas públicas saludables, se constituye en el eje central de la siguiente Conferencia Internacional: Sobre la Promoción de la Salud, realizada en Adelaide. La declaración que resulta de ésta reafirma el valor de la salud como un derecho fundamental, cuyo logro requiere del compromiso de los gobiernos para adoptar medidas sociales inscritas en políticas públicas, orientadas a “crear un entorno propicio para permitir a las personas llevar una vida sana” (Segunda Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, 1988). Propone centrar las políticas en cuatro (4) prioridades: apoyo a la salud de la mujer, alimentación y nutrición, consumo de tabaco y alcohol y creación de entornos propicios para la salud; esta última prioridad es el tema articulador de la siguiente conferencia.

La Tercera Conferencia sobre Promoción de la Salud, realizada en Sundsvall, (Suecia, 1991): Sobre los Ambientes Favorables a la Salud, visibiliza los

ambientes propicios para la salud y enfatiza en la estrecha relación entre la salud de la población y el ambiente total; menciona, entre otros aspectos, el conflicto armado, el crecimiento poblacional y la pobreza como condiciones resultantes y a su vez generadoras de inequidad, injusticia social y deterioro ambiental, lo que afecta en forma desigual a la salud de las poblaciones. La Conferencia propone cuatro (4) estrategias para promover los ambientes favorables para la salud:

- a. Fortalecer la defensa de la salud mediante la acción comunitaria, y particularmente a través de grupos organizados de mujeres.
- b. Permitir a colectividades y personas que ejerzan el control de su salud y de su ambiente.
- c. Establecer alianzas a favor de la salud y los ambientes saludables.
- d. Mediar entre los intereses conflictivos de la sociedad para asegurar el acceso equitativo a ambientes favorables para la salud.

Finalmente, se llama a organismos internacionales para establecer códigos de conducta sobre la comercialización de sustancias y productos nocivos para la salud y el ambiente (Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, 1991).

La **Cuarta Conferencia Internacional de Yakarta: Sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI**, menciona que la promoción de la salud hace referencia a un proceso de capacitación de la gente para ejercer mayor control de su salud y mejorarla; su acción se enmarca en los factores determinantes de la salud, llama a los países participantes a adoptar medidas y dispone recursos para abordarlos. Entre dichos factores se hace énfasis en aquellos relacionados con las dinámicas globales que caracterizan la entrada al nuevo siglo: “la integración de la economía mundial, los mercados financieros y el comercio, el acceso a los medios de información y a la tecnología de comunicación y la degradación del medio ambiente por causa del uso irresponsable de recursos” (Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, 1997).

La promoción de la responsabilidad social, el aumento de la inversión, la consolidación, ampliación de alianzas, el empoderamiento de las comunidades y el fortalecimiento de la infraestructura, todo ello en pro de la promoción de la salud, se establecen como prioridades que serán alcanzadas en la medida en que se fortalezcan, combinen y articulen las cinco (5) estrategias propuestas en la Carta de Ottawa para alcanzar la salud para todos; tales prioridades se constituyen en los ejes temáticos de la Quinta Conferencia.

La **Quinta Conferencia**, realizada en Ciudad de México (México, 2000): *Promoción de la Salud hacia una Mayor Equidad*, establece que “la promoción

de la salud debe ser un componente fundamental de las políticas y programas públicos en todos los países que procuren alcanzar equidad y mejor salud para todos”, y por tanto compromete a los 87 países firmantes -entre los que se encuentra Colombia- a elaborar planes nacionales de acción para promover la salud, bajo un mismo marco básico pero con las variaciones que exige el propio contexto. Dicho plan debería contener como mínimo: “La identificación de las prioridades de salud y el establecimiento de programas y políticas públicas saludables para hacer frente a éstos, el apoyo a la investigación que promueva los conocimientos sobre prioridades determinadas, y la movilización de recursos financieros y operativos para fortalecer la capacidad humana e institucional para el desarrollo, implementación, monitoreo y evaluación de los planes de acción del país” (Organización Mundial de la Salud, 2000).

La **Sexta Conferencia** realizada en Bangkok (Tailandia, 2005): *Para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado*, en relación con los determinantes sociales en salud, redefinió la promoción de la salud como: “el proceso de dotar al pueblo para aumentar el control sobre su salud y sus determinantes, incrementando de esa manera su salud” (Franco, 2011). Se centra en el trabajo en los diferentes niveles de la sociedad, desde el individuo, la familia y la comunidad; tiene en cuenta el entorno donde se desarrolla: trabajo, escuela, barrio, con un enfoque analítico de los determinantes conductuales, sociales y ambientales de la salud (Sexta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, 2005).

La **Séptima Conferencia Internacional** realizada en Nairobi (Kenya, 2009): *La llamada a la acción de Nairobi para cerrar la brecha de implementación en Promoción de la Salud*, identifica estrategias y compromisos claves que se requieren: fortalecer liderazgos y fuerza de trabajo, situar la promoción de la salud como línea central, empoderar comunidades e individuos, ampliar y realzar los procesos participativos y construir y aplicar el conocimiento. Involucra a todos los actores sociales.

La **Octava Conferencia Internacional Helsinki** (Finlandia, 2013): *Sobre la Salud en todas las Políticas (STP)*, identifica las acciones a nivel intersectorial y la política pública saludable como elementos centrales de la promoción de la salud; tiene en cuenta que la salud está determinada, en gran medida, por factores externos al ámbito sanitario. Refiere que una política sanitaria eficaz debe atender a todos los ámbitos políticos, especialmente las políticas sociales, fiscales y aquellas relacionadas con el medio ambiente, la educación y la investigación. La declaración llama a todos los gobiernos para que incorporen la salud y la equidad en salud en sus agendas y avancen en estructuras, recursos y capacidad institucional de apoyo a la estrategia.

En medio de estas conferencias internacionales se desarrollan otros encuentros, también de carácter internacional, que puntualizan aspectos que requieren profundización en los países en desarrollo, como los realizados en Ginebra (1989) y Bogotá (Colombia, 1992).

La Conferencia de Llamamiento a la Acción: Promoción de la Salud en los Países en Desarrollo, Ginebra, (1989), precisa la importancia y el significado de la promoción de la salud.

La Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Bogotá (Colombia, 1992) realiza una versión tercermundista del concepto de promoción de la salud, confirma la idea de que es una realidad histórica que se genera en contextos específicos, donde todos podemos ser colaboradores de la concreción en nuestras diferentes realidades (Franco S, Ochoa D, Hernández M., 1995), enfatiza en la equidad como condición fundamental del bienestar y en las relaciones entre salud y desarrollo y salud y paz (Franco, 2011). Plantea estrategias para impulsar la cultura de la salud modificando valores, creencias, actitudes y relaciones mediante la creación de ambientes sanos para el desarrollo de las capacidades personales y sociales, para transformar el sector salud resaltando la promoción de la salud mediante la garantía del acceso universal a los servicios de atención, la modificación de factores condicionales que producen morbimortalidad, y para convocar, animar y movilizar un compromiso social, con el fin de asumir la voluntad política de hacer de la salud una prioridad (Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, 1992).

2.6.2. Contexto nacional

La ley 1122 de 2007 define el Plan Nacional de Salud Pública para cuatro (4) años, con el objeto de atender y prevenir los principales factores de riesgo de la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludable, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y los diferentes niveles territoriales. El plan incluye la valoración del perfil epidemiológico del país, la promoción de cambios de estilos de vida saludables y la integración de éstos en los distintos niveles educativos.

La ley 1450 de 2011 expide el Plan Nacional de Desarrollo y compromisos nacionales e internacionales en Salud Pública.

La ley 1438 de 2011 fortalece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud. Permite 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, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes del país.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 es un pacto social y una mandato ciudadano, iniciativa que reconoce la salud como un derecho humano interdependiente con otros, y es un eje para lograr el desarrollo en la población de acuerdo con los Objetivos del Milenio y el Plan de Desarrollo Nacional 2010-2014; promueve acciones articuladas entre actores sociales, sectores públicos y ciudadanos responsables para crear condiciones que garanticen la atención de salud de calidad, políticas y programas incluyentes, diferenciando las necesidades y alternativas de acuerdo con las condiciones étnicas, de género, edad, pluriculturales, multiculturales, condiciones diferenciales de población como discapacidad, víctimas de violencia y pobreza extrema (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

El PDSP es un documento concertado que recoge las miradas de distintas poblaciones; está constituido con múltiples intereses que generan una oportunidad para la academia en el establecimiento de propuestas que hagan realidad las metas que propone el plan. Se enmarca en el enfoque de derecho de la Constitución Política; sin embargo, se genera una contradicción al condicionar lo anterior a los recursos disponibles de las fuentes financieras que plantea el plan, y a las limitadas posibilidades del modelo de aseguramiento que sustenta el sistema de salud. El plan menciona la participación de los diferentes actores para su formulación, pero es importante también asegurar el desarrollo del componente participativo en términos de seguimiento, veeduría, control y ejecución (Comité de Promoción de la Salud, ACOFAEN, 2013).

Norma 1441 de 2013 define los procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar los servicios utilizados para la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

2.6.3. Contexto profesional

La Ley 266 de 1996 regula la profesión de enfermería, y en el Artículo N°3 promulga como propósito del ejercicio de la profesión: “promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona”.

Establece como fin de la profesión: “dar cuidado integral de salud a la persona, a la familia, la comunidad y a su entorno; ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos para mantener prácticas de vida saludables que permitan salvaguardar un estado óptimo de salud en todas las etapas de la vida” (Ley 266 , 1996).

La Ley establece las competencias y deberes del profesional de enfermería, que evidencian la responsabilidad en la participación, formulación y desarrollo de políticas, planes, programas, proyectos y modelos de cuidado de enfermería para la promoción de la salud; requiere de profesionales líderes y con competencias gerenciales que les permita dirigir servicios de salud y de enfermería en el marco de la Atención Primaria en Salud.

La Ley 911 de 2004 promulga el código deontológico de enfermería y establece las responsabilidades del profesional con los sujetos de cuidado, colegas y otros profesionales de la salud, instituciones, investigación - docencia y registros de enfermería. Esta Ley invita a los profesionales a realizar sus acciones con calidad, principios y valores, para contribuir a mejores condiciones de vida de la población y al desarrollo de la profesión.

Las enfermeras, en relación con el marco normativo, deben asumir una posición consecuente y crítica, a pesar de la contradicción con el tema de recursos; es decir, una postura en concordancia con la legislación vigente de la profesión, con el enfoque de derechos y con los componentes que plantea la normativa; que impulse a las enfermeras y enfermeros a trabajar para transformar las condiciones de vida y salud, y obtener los insumos y recursos necesarios para desarrollar acciones de promoción de la salud. Esto significa ir más allá del cumplimiento de las políticas hacia la protección del derecho de la salud, donde lo principal es la persona, independiente de su condición de aseguramiento (Comité de Promoción de la Salud, ACOFAEN, 2013).

REFERENCIAS

1. Acosta, M; Márquez, M., & Arenas, J. (2005). Antropología-enfermería y perspectiva de género. Recuperado el 05 de 08 de 2014, de Universidad de Alicante: <http://193.145.233.67/dspace/handle/10045/995>
2. Agudelo, F. (2012). Referentes Teóricos para el Análisis de la Reforma del Sistema de Salud Colombiano. *Revista Gerenc. Polit. Salud*, 28-42.
3. Alianza por la Salud Pública. (2011). *La Salud Pública en la Formación del Talento Humano*. Bogotá: Alianza por la Salud Pública, Grupo Dinamizador, Secretaría Distrital de Salud, OPS, Universidades, Asociaciones Académicas y Gremiales y Prestadores de Servicios de Salud.
4. Alligood, M., & Marriner, A. (2011). *Modelos y Teorías en Enfermería*. Séptima Edición. España: Editorial Elsevier.
5. Alzate, M. (2012). *Enfermería y Salud Pública: Un Panorama para la Reflexión y la Acción*. Recuperado julio de 2014, de *Revista Colombiana de Enfermería*, Volumen 7, año 7, agosto http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen7/editorial.pdf
6. Aristizábal, G; Blanco, D; Ramos, S., & Ostiguín, R. (2011). El Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*. Vol 8. No. 4, 16-23.
7. Breilh, J. (2013). *De la Historiografía Descriptiva de la Medicina, a la Historia Crítica de la Salud Colectiva. Hacia un Paradigma Crítico basado en la Determinación Social de la Salud*. Encuentro de la Red Latinoamericana de Historiadores de la Salud. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. Recuperado junio de 2014 de: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3562/1/Breilh%2c%20J-CON-198-De%20la%20historiografia.pdf>
8. Canga, N; García, C., & Guillen, F. (2013). *Enfermería y Salud Comunitaria. En: Conceptos de Salud Pública y Estrategias Preventivas; un Manual para Ciencias de la Salud*. España: ELSEVIER.
9. Comité de Promoción de la Salud, ACOFAEN. (28 de 08 de 2013). *Carta Reflexiones Sobre Plan Decenal de Salud 2012-2021*. Bogotá.
10. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. (1992). Santa Fe Bogotá.
11. Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. (1997). *Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI*. República de Indonesia.
12. Duran, M. (1998). *Enfermería: Desarrollo Teórico e Investigativo*. Proyecto Innovar. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

13. Durán, M. (2005). La ciencia, la ética y el arte de Enfermería a partir del conocimiento personal. *Revista Aquichán* 5(1):86-95. Recuperado diciembre de 2013 de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100009&lng=en
14. Durán, M. (2002.). Marco Epistemológico de la Enfermería. *Revista Aquichan*, octubre, año/vol.2(2): 7-18. Recuperado diciembre de 2013 de: <http://www.redalyc.org/pdf/741/74120203.pdf>
15. Figueroa, L. (2011). Introducción a la Salud Pública. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Fase I, Área de Salud Pública I. Documento para fines docentes. Recuperado Julio de 2013 de: <http://saludpublica1.files.wordpress.com/2011/05/ii-mc3b3dulo2011.pdf>
16. Franco, S; Ochoa, D; & Hernández, M. (1995). La promoción de la salud y la seguridad social en Foros sobre Promoción de la Salud en la Seguridad Social. Bogotá: Instituto de los Seguros Sociales.
17. Franco, S. (2011). Los verbos esenciales de la salud pública. La salud y la vida de Edmundo Granda Ugalde. Varios autores. Volumen 3. Quito. Recuperado el 27 de 07 de 2014 de: <file:///C:/Users/mariapaula/Downloads/1036.pdf>
18. Franco, S. (2012). Referentes Teóricos para el Análisis de la Reforma del Sistema de Salud Colombiano. *Revista Gerec. Polit. Salud*, Bogotá 11 (22): 28-42
19. Gómez, C; Esain, A; Tina, M; Guembe, I; Fernández, L., & Narvaiza, M. (2006). Interrelación entre NANDA, NOC y NIC. *Rev ROL Enfermería* 29(7-8): 501-506.
20. Granollers, S; Montanuy, B; Almirall, E; Roca, B., & Jimenez O. (2006). ¿Utilizan las Enfermeras el Método Científico? *Rev ROL Enf* 29(7-8): 509-512.
21. Keenan, G; Tschanned, D., & Wesley, M. (2008). American Nurse Association. Recuperado el 05 de 12 de 2013, de Standardized nursing terminologies can transform practice: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/Health-IT/StandardizedNurs>
22. León, G. (2006). Buscando un Modelo de Cuidado de Enfermería para un Entorno Cultural. *Rev Gazeta de Antropología*. Obtenido de: <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=2681>
23. Ley 266 (Enero de 1996). Congreso de la República de Colombia. Bogotá, Colombia.
24. López, A. (2003). Cuidado al Adulto y al Anciano, Teoría del Déficit de Autocuidado de Orem. *Revista Aquichan*, Vol 3, No 1.
25. Malvárez, S., & Castrillón, A. (2005). Panorama de la fuerza de trabajo en Enfermería en América Latina. Universidad de Antioquia, Medellín,

- Colombia. Citado por MARÍA NUBIA ROMERO B., LORENA MESA M., SOLANYE GALINDO H. Calidad de vida de las(os) profesionales de Enfermería y sus consecuencias en el cuidado. *Avances en Enfermería* Vol 26, No 2 2008.
26. Johnson, M. (2007). *Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC*. Segunda Edición. España: ELSEVIER.
27. Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Plan Decenal de la Salud Pública 2012-2021*. Bogotá.
28. Ministerio de Salud y Protección Social. (06 de 04 de 2013). Obtenido de Resolución Número 1441 del 6 de mayo de 2013.
29. Mompert, M., & Santo Tomas, M. (s.f.). Asociación Brasileira de Enfermeras. Obtenido de UTILIZACIÓN DE LA IMAGEN ENFERMERA-MUJER Y SUS REPERCUSIONES: <http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/n3vol2artigo2.pdf>
30. Morales, J; Morilla, J; Torres, L; Porcel, A., & Canca, J. (2013). Investigación en Resultados y Clasificación de Resultados de Enfermería. Claves para la Investigación. *Revista Metas de Enfermería* 15 (10): 20-24.
31. Muñoz, M., & Cabieses, B. (2008). Universidad y Promoción de la Salud: ¿Cómo alcanzar el Punto de Encuentro? Recuperado el 08 de 2014, de Scielo: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n2/a09v24n2.pdf>
32. Nardiz, A. (1989). *Enfermería y Atención primaria de salud de enfermeras de médicos a enfermeras de comunidad*. Madrid: Díaz de Santos.
33. Organización Mundial de la Salud. (2000). Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud. Recuperado el 05 de 08 de 2014, de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/statement/en/index1.html>
34. Organización Panamericana de la Salud. (2001). *La Enfermería de Salud Pública y las Funciones Esenciales de Salud Pública: Bases para el Ejercicio Profesional en el Siglo XXI*. Recuperado el 07 de 2014, de Biblioteca Lascasas: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0054.php>
35. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Ottawa.
36. Quinta Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud: Hacia una mayor equidad. (2000). *Informe de la conferencia*. Ciudad de México.
37. Rivera, V; Pastoriza, P; Díaz, C., & Hilario, N. (2013). Revisión Crítica de la Taxonomía Enfermera NANDA Internacional 2009-2011. *Revista Científica de Enfermería* N° 6.
38. Royal of College of Nursing. (2012). *Going upstream: nursing's contribution to public health*. Londres: RCN.
39. Segunda Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. (1988).

- Declaración de la Conferencia de Adelaide sobre Políticas Públicas para la Salud. Adelaide.
40. Sexta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. (2005). Declaración de Bangkok. Bangkok.
 41. Séptima Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. (2009). Nairobi.
 42. Octava Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. (2013). Helsinki, Finlandia.
 43. Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. (1991). Declaración de Sundsvall sobre los ambientes favorables a la salud. Sundsvall.
 44. Theune, V; Basso, X; Cid, H; Cruz, P; Ramírez, C., & Torruella, P. (2004). La Clasificación Internacional para la práctica de Enfermería como ejemplo de investigación en Red. *Rev Ciencia y Enfermería*, X(2): 9-13.
 45. Torres, J., & Urbina, O. (2009). La Enfermería en la salud pública cubana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35 (1)
 46. Tovar, R; Puerto, H; Comité de Promoción de la Salud -ACOF AEN. (2007). Lineamientos para la Promoción de la Salud y la Estrategia Promocional de Calidad de Vida. ACOFAEN.
 47. Universidad Nacional de Colombia. (2003). Propuesta de Programa Interfacultades Doctorado en Salud Pública. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Documento: Informe técnico. Citado por Castaño A, González E, Camargo D. Marco de Referencia y Especificaciones de Prueba del Módulo de Salud Pública. Documento de Trabajo. Examen de Estado de Calidad en Educación Superior, Saber Pro, Junio 20 de 2012
 48. Urra, E; Jana, A., & García, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del Pensamiento de Jean Watson y su Teoría de Cuidados Transpersonales. Recuperado el 05 de 08 de 2014, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002
 49. Vásquez, M. (2006). Desarrollo Conceptual de Enfermería: evolución, tendencias y desafíos. Ponencia presentada en el XVII Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería. *Revista Avances en Enfermería* Vol. XXIV N°1.
 50. Vega, O. (2006). Estructura del Conocimiento Contemporáneo de Enfermería. *Revista Ciencia y Cuidado*. Recuperado el 07 de 2014, de http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=260&id_seccion=4227&id_ejemplar=7119&id_articulo

Impreso por:
RICMEL IMPRESORES
Agosto, 2014
Bogota, D.C. - Colombia