

BOLETÍN

DE INVESTIGACIONES Y COOPERACIÓN

N.º 4

Bogotá, D. C.

Diciembre de 2018

ISSN: 2382-3976 (en línea)

EDITORIAL

EXPERIENCIA EXITOSA

El Comité de Investigación y Ética de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

¿CÓMO VAMOS EN...?

1. Hacia la construcción de un mapa del conocimiento en el sector salud
2. Modelo integral de atención en salud (MIAS) para Bogotá
3. Ciencia, tecnología e innovación en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
4. Ciencia, tecnología e innovación: nuevo paradigma de la administración
5. Gestión del conocimiento: un reto de amplia brecha en el sector salud

Voces en CT+I

1. Experiencia de integración de la atención en redes de servicios de salud de América Latina
2. Las TIC al servicio de la salud para proveer calidad de vida a la población
3. La posición de las comunidades frente a las estrategias de comunicaciones y la investigación en salud. El papel de los líderes sociales

La CT+I en salud en el mundo

1. El ejercicio profesional y lo educativo para la Atención Primaria de Salud: el caso de los nutricionistas dietistas en dos metrópolis suramericanas

Noticias

Editorial

“... es de gran importancia que al común de la gente le sea dada la oportunidad de experimentar consciente e inteligentemente los esfuerzos y resultados de la investigación científica. No es suficiente que cada resultado sea obtenido y aplicado por especialistas en el tema. Restringir el núcleo del conocimiento a un pequeño grupo apaga el espíritu filosófico de un pueblo y conduce a la pobreza espiritual...”.

Albert Einstein

En la era del conocimiento, las organizaciones reconocen como uno de los principales capitales y parte de su patrimonio el conocimiento que se construye a partir de sus prácticas y su quehacer. Organizaciones como la Secretaría Distrital de Salud (SDS) y las empresas sociales del Estado (ESE) tienen el reto de reconocer los conocimientos que se construyen a partir de sus prácticas como patrimonio de su gestión y de la ciudad.

Actualmente existe una serie de documentos, indicadores y lineamientos que exigen que los gobiernos locales incluyan en su gestión los asuntos relacionados con las investigaciones, con la innovación o con la gestión del conocimiento como parte de sus plataformas estratégicas o sus planes de gestión.

Desde el sector salud son dos los instrumentos que hacen un llamado a incluir la investigación como parte de su gestión: las Funciones Esenciales en Salud Pública y el Modelo Integral de Atención en Salud.

La Función Esencial en Salud número diez se refiere a la investigación dirigida a aumentar el conocimiento, soportar las decisiones y desarrollar soluciones innovadoras en materia de salud pública que se implementa a través de alianzas, sus planes de investigación, el desarrollo de su capacidad institucional, la asesoría y la asistencia técnica local.

El Modelo Integral de Atención en Salud incluye el componente relacionado con el fortalecimiento de la investigación, la innovación y la apropiación del conocimiento, y el cual contiene seis retos: 1) el establecimiento de la rectoría del sistema de salud; 2) estrategias que garanticen la sostenibilidad financiera del sistema de salud; 3) la gestión eficiente de los recursos en salud; 4) el fortalecimiento de los sistemas de información efectivos y eficientes; 5) los mecanismos de transferencia de conocimiento en las políticas públicas, la investigación en el acceso, la utilización y la garantía de la calidad de la prestación de servicios de salud, y 6) el fortalecimiento de la capacidad de investigación en salud pública.

Desde la administración pública se identifican dos instrumentos que invitan a contemplar los procesos de innovación y gestión del conocimiento dentro de las instituciones:

La Función Pública propone en el componente seis del Modelo Integrado de Planeación y Gestión Pública (MIPG), la gestión del conocimiento y la innovación, con lo cual se reconoce el valor del conocimiento que se genera o se produce en una entidad como clave para su aprendizaje y su evolución. Este modelo incluye atributos relacionados con la recopilación y la organización de la información, la construcción de la memoria institucional, la promoción de la innovación, la socialización de los productos y las alianzas estratégicas, entre otros.

La Veeduría Distrital define un índice de innovación pública, que pretende medir el estado de la innovación en las entidades públicas distritales y fortalecer el ecosistema de innovación pública de Bogotá. Contiene cuatro componentes: 1) capacidad institucional; 2) condiciones para el desarrollo de procesos de innovación pública; 3) procesos y procedimientos; y 4) resultados y gestión del conocimiento.

Los mencionados instrumentos son una oportunidad para la transformación del sector; ello implica que las organizaciones sean tomadas por las creaciones, que la confianza y lo inesperado sean una de las principales estrategias de la gestión.

En este número del boletín, como experiencia exitosa, se comparten los logros del Comité de Investigaciones. En el apartado ¿Cómo vamos en...?, las oficinas de gestión del conocimiento de las Subredes de Servicios de Salud presentan reflexiones desde su quehacer en diferentes tópicos, así como los desarrollos en la construcción del mapa del conocimiento en salud de la SDS.

En esta ocasión invitamos a distintas voces de la ciencia, la tecnología e innovación: desde el sector público, conversando sobre los desarrollos de *software*, la academia comparte los avances en investigaciones en torno a condiciones crónicas; y desde la comunidad, sus reflexiones sobre estos temas.

Como uno de los temas de salud en el mundo, en este número se comparten reflexiones sobre los alcances de la educación alimentaria y nutricional en el contexto latinoamericano.

Finalmente, contamos noticias y avances relacionados con el tema de ciencia, tecnología e innovación para la salud.

Así, entonces, los asuntos de la ciencia, del conocimiento y de la innovación tendrán que apoderarse de las prácticas políticas como esos lugares donde día a día se contribuye con la salud y la vida de quienes habitamos esta ciudad.

Solángel García-Ruiz. TO Msc
Dirección de Planeación Sectorial

investigaciones
habla

El Comité de Investigación y Ética de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

Nancy Becerra. Fla MSc
Dirección de Planeación Sectorial.

El Comité de Ética de la Investigación se constituyó a partir de la expedición de la Resolución 554 de 2009, por la necesidad de implementar y adoptar las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos, como un elemento esencial para la regulación de la investigación científica en la entidad y garantizar las buenas prácticas de la relación entre los profesionales de la salud con los demás actores del Sistema de Seguridad Social y Salud, como los ciudadanos, los usuarios de los servicios de salud, los colegas, las instituciones y la sociedad en general. Busca, primordialmente, garantizar los derechos de las personas cuando son un sujeto activo en los proyectos de investigación; así mismo, construir una cultura del servidor público orientada a promocionar los derechos de las personas a los servicios de salud. En 2016 se programaron exposiciones o charlas éticas para afianzar el conocimiento de los integrantes del comité y de la comunidad en general en los temas éticos normativos y en otros temas de dilemas éticos presentados en la cotidianidad de la vida laboral, tanto en la Secretaría Distrital de Salud (SDS) como en las Subredes Integradas de Servicios de Salud y otras entidades públicas y privadas; un ejercicio que motivó el interés sobre el tema en la Secretaría.

En 2015 se reestructuró el Comité de Ética a partir de la Resolución 0469 del 15 de abril de 2015, como organismo de carácter permanente, asesor y consultivo con competencia para evaluar programas y proyectos de investigaciones en ciencia, tecnología e innovación en salud que se presenten a consideración o se realicen en el Distrito Capital, y a los cuales se les pueden proponer ajustes y medidas administrativas o técnicas. Su alcance incluye los proyectos de esa índole que sean promovidos por entidades internacionales para su realización en Bogotá o agenciados por los diversos actores del sistema.

Por otro lado, con el fin de atender los lineamientos de la última estructuración de la entidad, se emitió la Resolución 0695 de 2017, mediante la cual se creó el Comité de Investigación y Ética (CIE) de la Secretaría; y es a partir de esta resolución cuando se unifican estos dos órganos importantes: el Comité de Investigación —que antes tenía su propia resolución y su propio funcionamiento— y el Comité de Ética, y se amplía la participación de los integrantes para dar respuesta a los lineamientos establecidos en la última estructuración orgánica de la entidad. Es así como se invita a otras subsecretarías y direcciones a hacer parte del comité, y se invita a un experto en ética para que apoye en especial este componente y, desde su experticia, ayude a garantizar su objetividad.

La composición es interdisciplinaria, lo que permite una gran variedad de saberes y conocimientos, especialmente, sobre las ciencias de la salud y sociales; por eso, se encuentran perfiles como: medicina general y veterinaria, odontología, terapia ocupacional, filosofía y microbiología con especialidades, al igual que maestrías en distintas áreas, como planeación socioeconómica, epidemiología, desarrollo social, salud pública y bioética, entre otros. Así mismo, son invitados permanentes un representante de la Oficina Jurídica y uno de la Dirección de Gestión del Talento Humano.

Desde su última estructuración, en 2017, el comité ha evaluado 128 proyectos de investigación en 22 sesiones, se han presentado temas relacionados tanto con las áreas de la agenda de conocimiento como con las intersecciones entre los sistemas sociales naturales salud y enfermedad, los sistemas sociales humanos, salud y enfermedad y los sistemas sociales artificiales salud y enfermedad, y relacionados, a su vez, tanto con los componentes del Modelo de Atención Integral como con las Rutas Integrales de Atención en Salud. Las propuestas provienen de profesionales de la Subsecretaría de Salud Pública, del Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud (IDCBIS), la Universidad Nacional de Colombia, la Pontificia Universidad Javeriana.

na, la Universidad Santo Tomás, la Universidad del Rosario, la Universidad El Bosque y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Entre los perfiles de los proyectos presentados al comité se encuentran tesis de pregrado, de especialización, de maestría y de doctorado; también, proyectos de investigación presentados por distintas dependencias de la Secretaría e investigaciones presentadas por estudiantes y financiadas por ellos mismos.

¿Cómo vamos en...?

Hacia la construcción de un mapa del conocimiento en el sector salud

Solángel García-Ruiz. TO MSc
Dirección de Planeación Sectorial

Yazmín Puerto Mojica. TO MSc Est PhD
Dirección de Epidemiología, Gestión y Evaluación de Políticas en Salud

Los mapas de conocimiento contienen directorios que facilitan la localización del conocimiento dentro de la organización mediante el desarrollo de guías y listados de personas, o documentos, por áreas de actividad o materias de dominio (1); los inventarios, permiten identificar dónde se encuentra el conocimiento, saber acceder a él, entender su uso y sus aplicaciones, evidenciar qué hace falta y qué se necesita para la identificación de brechas de conocimiento existentes y a suplir, valoración del conocimiento que se posee, qué falta y qué se debería tener, análisis del tipo de conocimiento existente tácito y explícito (2). F. Edmond (3) detalla su utilidad para capturar, organizar, compartir, medir y avanzar en el desarrollo

del conocimiento. Facilitan la distribución social del conocimiento y su difusión sobre una amplia gama de lugares potenciales para la producción de conocimiento y de diferentes contextos de aplicación o uso.

Estos mapas permiten sugerir nuevos problemas y agendas de conocimiento para abordar cuestiones científicas, tecnológicas, técnicas y políticas situadas más allá de las fronteras actuales del conocimiento en salud, y que muestran la diversidad de corrientes epistemológicas, de saberes desde otras ciencias, como las sociales, las políticas, las de la tierra y las cuánticas, entre otras.

En la era del conocimiento, las instituciones requieren estratégica y progresivamente reconocer y apropiarse su conocimiento como parte significativa de sus activos. Para organizaciones como la SDS o las Subredes de Servicios de Salud, contar con mapas del conocimiento implica reconocer que las políticas, los planes, los programas, los proyectos y las prácticas se constituyen en los nuevos y diversos lugares de producción y generación de conocimiento.

Los mapas de conocimiento evidencian gráficamente cómo la ciencia no se encuentra al margen de la sociedad; por eso, ni los mapas de conocimiento ni las agendas de conocimiento se pueden comprender en términos puramente intelectuales, sino que integran el capital social, los desarrollos, los avances alcanzados por este capital y la prospección que se requiere alcanzar para responder a los desafíos y las necesidades a las cuales se pretende responder sectorialmente.

Cuidar la vida y la salud de los habitantes de la ciudad de Bogotá implica entender y transformar el lugar del agua, del aire, de la alimentación, del transporte, de la diversión, del respeto; implica transformar los modelos de atención y la prestación de los servicios; implica conocer las enfermedades que más afectan a los ciudadanos y las formas de prevenirlas y tratarlas.

Se propone, desde el sector salud, un mapa de conocimiento a partir de la agenda construida. Un mapa que permita identificar los conocimientos y los problemas de conocimiento que provienen de las prácticas, de las investigaciones, de la academia, de los ciudadanos. Este mapa contiene formas de resolver los problemas de conocimiento a través de investigaciones, desarrollos tecnológicos e innovaciones.

Referencias

1. Rodríguez M, García F, Pérez MA, Castillo J. La gestión del conocimiento, factor estratégico para el desarrollo. *Gestión en el Tercer Milenio*. 2009;12(23):7-14
2. Ramírez G. Construcción de mapas de conocimiento en las universidades. *Revista Universidad Pontificia Bolivariana*. 2013;53(153):65-78.
3. Edmond F. Knowledge Mapping: getting started with Knowledge management. *Journal Information systems management*. 2018;16:4.

Modelo integral de atención en salud (MIAS) para Bogotá

Claudia Serrano Serrano. OD Esp.
Dirección de Provisión de Servicios

Desde el contexto distrital, se hacen la adopción y la adaptación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), con el fin de sistematizar los planteamientos realizados en cada uno de los componentes, con estrategias y acciones que permitan pasar de conceptos abstractos a un modelo real, implementado acorde con las necesidades de la población y las condiciones del Distrito Capital.

Con el nuevo MIAS se busca eliminar las inequidades entre grupos sociales logrando, de manera oportuna, la atención en salud, independientemente de sus condiciones de vida, a través de la confluencia de los aseguradores y los prestadores, con los objetivos comunes de reducir los costos e incrementar el nivel de satisfacción de los usuarios con el fin de obtener resultados en salud mediante la eficacia en las acciones individuales, colectivas y poblacionales, y teniendo como principales estrategias: la Atención Primaria en Salud, el enfoque poblacional y diferencial, las acciones intersectoriales y las transectoriales, así como la participación social y comunitaria, para lograr la afec-

tación positiva de la salud desde los determinantes sociales en el Distrito Capital.

El MIAS para Bogotá se adapta partiendo de un marco conceptual que contempla el desarrollo humano y los modelos explicativos de la determinación en salud y reconociendo a las personas como centro de atención.

Así mismo, y de manera estratégica, se opera a través de la Gestión Integral del Riesgo, de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), articulados todos ellos con la generación y la apropiación del conocimiento, la innovación e investigación en salud, los esquemas de pago y la definición de incentivos frente a los resultados en salud.

El MIAS busca la implementación, el seguimiento y la evaluación de estrategias y acciones dirigidas a dar respuestas a las necesidades y las expectativas de la población en el Distrito Capital, y las cuales están definidas en el Plan de Desarrollo Bogotá Mejor Para Todos 2016-2020 y en el Plan Territorial de Salud de Bogotá, con el fin de alcanzar resultados en salud que aporten al desarrollo integral de las personas y de la ciudad.

Por lo anterior, la SDS trabaja de manera conjunta y articulada por el derecho a la salud y al desarrollo de la población, a través de la construcción y la implementación de un modelo incluyente y participativo que dé respuesta a las necesidades y las expectativas, con resultados positivos en salud, de los ciudadanos bogotanos.

Ciencia, tecnología e innovación en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente

María Juliana Araújo Oñate. Bacter. Mg
Jefe, Oficina de Gestión del Conocimiento
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente ESE

En la Subred Centro Oriente estamos comprometidos con la generación del conocimiento, que propicia la aplicación de las mejores prácticas en salud basadas en la evidencia: investigación, innovación y apropiación del conocimiento, para dar respuesta a las necesidades de la implementación del MIAS, que contempla un componente primario y uno complementario, con lo cual se busca obtener los mejores resultados clínicos y la eficiencia en la gestión.

La investigación, la innovación y la apropiación del conocimiento son los pilares estratégicos del Plan Territorial de Salud, sobre el cual hemos estructurado la gestión del conocimiento en nuestra subred considerando los lineamientos de ciencia, tecnología e innovación para la salud 2017-2020.

En este contexto, hemos desarrollado el proceso de gestión del conocimiento desde tres áreas: 1) gobernanza, 2) desarrollo de la investigación y 3) apropiación social del conocimiento.

Desde la Gobernanza, el proceso de CT+I en nuestra subred hace parte del componente misional, y uno de los objetivos estratégicos de la Subred Centro Oriente es “Generar una cultura de mejoramiento continuo y autocontrol garantizando el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad, de manera efectiva con un enfoque de excelencia clínica, investigativa y docente”.

Para el desarrollo del proceso, y como eje articulador de los otros procesos, contamos con una política de docencia e investigación emitida desde la alta dirección, y una estructura organizacional que incluye entre otros, un Centro de investigación y un Comité de Ética en investigación, certificado en buenas prácticas clínicas en Investigación por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), mediante la Resolución 2017039136 del 21/09/2017; es el único en el Distrito, y uno de los 8 públicos, de los 120 certificados en el país.

El desarrollo de las líneas de investigación se realiza en el grupo de investigación de la Subred Centro Oriente COL0088479, que se encuentra reconocido y clasificado en categoría C por Colciencias, y su reto es contribuir a la solución de los más importantes problemas de salud de nuestra población. En los últimos años ha generado como productos de investigación: 39 artículos, 2 libros, 4 capítulos de libros y participación en 34 eventos científicos.

Durante 2018, emprendimos la revisión de las líneas de investigación tomando en cuenta la caracterización de la población asignada a la subred, y los grupos priorizados en el MIAS, gracias a lo cual se focalizaron las siguientes líneas: 1) Medicina interna y subespecialidades; 2) Cirugía y especialidades quirúrgicas; 3) Medicina crítica; 4) Salud pública; 5) Ortopedia y traumatología; 6) Psiquiatría y salud mental; 7) Salud materna y perinatal, y 8) Enfermería.

Conscientes de la limitación de recursos financieros para apalancar la investigación, buscamos fuentes de financiación externa. Para 2018 participamos, en alianza con una universidad, en la Convocatoria para proyectos de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud N° 807-8 de Colciencias, y logramos la aprobación de un proyecto de investigación en tuberculosis, lo cual refleja la calidad y la pertinencia de las propuestas de investigación que generamos en la Subred.

Para fortalecer la infraestructura del proceso de gestión del conocimiento, a partir de 2018 contamos con el Centro de Recursos para el Aprendizaje (CREA), ubicado en la Unidad Médica Hospitalaria Especializada (UMHE) Santa Clara, y diseñado para propiciar la creatividad, el aprendizaje, de modo que nos permita transformar el conocimiento en las mejores

prácticas, para una gestión clínica excelente y segura. El CREA cuenta con espacios especialmente diseñados para la docencia, la investigación y el bienestar del personal en formación, de los docentes y de los investigadores, con aulas dotadas de la mejor tecnología, salas que propician la reflexión y la comunicación; también, con una biblioteca que tiene colecciones de revistas y libros impresos y bases de datos reconocidas a escala internacional, como Scopus, Web of Science, Proquest y Social Science & Humanities, entre otras, al igual que revistas electrónicas y más de 90 *e-books*, para favorecer la consulta de literatura científica. Este espacio complementa la infraestructura que hemos dispuesto en las diferentes UMHEs y las Unidades de Servicios de Salud (USS) para nuestros aliados estratégicos: 39 instituciones educativas (22 universidades y 17 instituciones de educación para el trabajo), con las cuales propiciamos el fortalecimiento de las competencias disciplinares y la investigación, de más de 5000 estudiantes que rotan en el año (el 54 % de ellos, del programa de medicina; el 38%, de enfermería, y el 8 %, de otros programas).

Hacemos la apropiación social del conocimiento asistencial y de investigación a través de ateneos, congresos, foros, simposios, encuentros de investigadores, cursos de buenas prácticas en investigación y referencias, entre otros, con lo cual fortalecemos redes de conocimiento y generamos competencias.

Continuamos trabajando en el fortalecimiento de las capacidades para el desarrollo de investigación; también, en la generación de nuevas alianzas estratégicas que permitan incrementar la visibilización del capital intelectual de la subred y el fortalecimiento de incentivos para la investigación.

Aspiramos a ser reconocidos como un hospital universitario, acorde ello con los requisitos exigidos por la Ley 1438 del 2011, para lo cual estamos trabajando en la implementación de estándares superiores de calidad con la acreditación en salud, así como en la estructuración de centros de excelencia, donde la docencia y la investigación marcan la diferencia.

Todos estos resultados se han generado gracias al apoyo de la Alta Gerencia, su direccionamiento estratégico, la idoneidad del equipo técnico científico y el compromiso y la pasión, que nos mueven para

brindar una mejor calidad de atención y esperanza a nuestros pacientes.

Ciencia, tecnología e innovación: nuevo paradigma de la administración

Claudia Patricia Galán Suárez. MD
Jefe, Oficina de Gestión del Conocimiento
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte ESE

La administración, desde sus inicios, hace más de un siglo, ha venido cambiando su enfoque: con Taylor y Fayol se imaginó la organización como una máquina; luego, con la aparición de Abraham Maslow, Douglas McGregor y Elton Mayo, el enfoque dio un viraje hacia el humanismo. Durante la década de 1960, la teoría general de sistemas, de Bertalanffy, y la administración por objetivos, de Peter Drucker, protagonizaron la era del empirismo. En el decenio de 1990, vino el énfasis en sistemas de gestión de calidad y mejoramiento continuo, con Deming y Donabedian. Hoy día, la globalización de la economía, la desaparición de las fronteras para la comunicación, la robótica y la inteligencia artificial permiten prever un nuevo viraje hacia la ciencia, la tecnología y la innovación.

Ciencia, tecnología e innovación serán el paradigma para la resolución de problemas; la ciencia, como un conjunto de conocimientos, que, a través de la observación y la investigación, busca permanentemente identificar las causas de los fenómenos o cómo intervenirlos de modo que aporten al progreso de las instituciones. La tecnología, creando herramientas para facilitar las tareas cotidianas, mejorar el entorno y satisfacer necesidades del mercado a través de su aplicación. La innovación, por su parte, surge de la creatividad, que, a su vez, se debe materializar en procesos mejorados que se desarrollen, se apliquen y generen

cambios positivos en las organizaciones y fidelizando a los clientes. Y todas ellas son herramientas que cambian la forma de realizar las actividades haciéndolas más accesibles, más sencillas de ejecutar, que facilitan la vida de las personas.

Ciencia, tecnología e innovación influyen en la sociedad para encadenar procesos de planeación, gestión, evaluación y mejoramiento. Las empresas deben apropiarse de este nuevo paradigma y centrar su trabajo en lograr que todos sus colaboradores apropien este tipo de herramientas, impulsar a las personas a proponer nuevas ideas y apoyarlas en su implementación, ya que muchas de estas logran transformar las instituciones y les permiten permanecer vigentes en el mercado. Sin innovación, las organizaciones están condenadas a desaparecer. Estas ideas deben difundirse de tal manera que puedan ser de implementación universal y que no sean exclusivas de unas pocas organizaciones, sino que lleguen a la mayor cantidad posible de entidades.

Apostar al desarrollo sostenible, a la investigación, al trabajo transdisciplinar, es la clave para tener innovación en las empresas, proceso este que debe ser permanente, continuo, y que requiere inversión, apoyo y compromiso de la alta dirección. Para que la ciencia, la tecnología y la innovación se desarrollen en las empresas, deben plasmarse en el direccionamiento estratégico de la entidad, de tal manera que se dirija la empresa hacia la creación de nuevos y mejores procesos y, en consecuencia, mejorar su posicionamiento en el mercado.

Ciencia, tecnología e innovación son complementarios y aportan desde diferentes enfoques a la generación de nuevos conocimientos, buscan el progreso de las instituciones, generan reconocimiento, facilitan la sinergia entre instituciones, y, por ende, se convierten en herramientas de uso obligatorio.

Esta nueva mirada de la administración va a permear todas las áreas de los sectores productivo y social, incluyendo las ESE; en esta línea de trabajo, el Ministerio de Salud y Protección Social emitió la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), que se materializa en el MIAS y cuenta como su herramienta de trabajo con las RIAs. La SDS, haciéndose eco de las directrices nacionales, proyectó el Nuevo MIAS para ser aplicado

en las cuatro subredes creadas. Con la reorganización de las subredes, estas apropian dicho paradigma con la creación de las oficinas de gestión del conocimiento, las cuales, tal como está definido en el acuerdo de su creación, se encargan de: formular políticas, lineamientos y directrices relacionados con los procesos de gestión del conocimiento, docencia, servicio e investigación; gestionar el aprendizaje organizacional, y promover la innovación, con el fin de generar valor y nuevos servicios y coordinar las actividades de educación continuada e investigación desarrolladas para la gestión del conocimiento que fortalezcan la prestación de servicios en la Subred.

Estas funciones se traducen en la formulación de las políticas de docencia e investigación y gestión del conocimiento, que dan directrices para la transferencia y la apropiación del conocimiento mejorando las competencias del talento humano. En docencia, se cuenta con convenios docencia-servicio con 35 instituciones educativas que aportan al fortalecimiento de competencias del personal y de los estudiantes en los escenarios de prácticas, se realizan los comités docencia-servicio de manera trimestral para hacer seguimiento al desarrollo de las prácticas formativas. En dichos comités se identifican las necesidades y las expectativas de la relación docencia-servicio que originan planes de mejoramiento, a los cuales se les hace, a su vez, seguimiento periódico para el cierre de acciones. En educación continuada, se realizan cursos, foros y simposios como herramientas de transferencia de conocimientos. Entre ellos, cabe destacar el Primer Simposio de Investigación de la Subred Norte, donde se presentaron proyectos de investigación desarrollados por nuestros profesionales y contó con la participación del doctor Manuel Elkin Patarroyo como invitado especial; también se desarrolló el Simposio Nacional Abordaje Integral del Paciente con Quemadura, que contó con la participación de conferencistas nacionales de la Unidad de Quemados de la USS Simón Bolívar y de conferencistas internacionales de Médicos por la Paz, actividades estas que lograron una numerosa convocatoria.

En investigación, es importante resaltar el reconocimiento del grupo de investigación de la Subred en la Convocatoria 781 de 2017 de Colciencias, que se ha venido fortaleciendo con la publicación de dos artículos en 2017 y tres artículos en 2018, en revistas

indexadas. Además, se instauró el semillero de investigación, y los profesionales que lo conforman fueron capacitados en un curso de metodología de la investigación con el apoyo de la Universidad Javeriana, y ya cuenta con cinco proyectos formulados.

El reto es desarrollar prácticas innovadoras en la Subred, que aporten a la promoción de la salud y a la prevención, la protección y la paliación de la enfermedad. También, que la innovación se convierta en una práctica común que guíe el progreso de la institución, para hacerla más competitiva, más eficiente, generadora de conocimientos que agreguen valor y permitan servicios de calidad.

Gestión del conocimiento: un reto de amplia brecha en el sector salud

Néstor Suárez. MSc. PhD(c).
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur

En el sector salud recientemente se escucha el término *gestión del conocimiento* (GC), el cual ha tenido múltiples acepciones que dejan entrever una amplia brecha entre lo que se establece desde el pensamiento complejo y el reto de avanzar hacia el saber mediante el conocimiento multidimensional y lo que operativamente se ha adoptado.

Durante la primera generación de GC, a mediados de la década de 1990, esta disciplina se “centró en los procesos de gestión tecnológica para identificar, codificar y almacenar el conocimiento ya poseído por los empleados” (1). Posteriormente, desde mediados de la década de 1990 hasta principios de la década de 2000, en la segunda generación de GC, “se reconoció el valor de los factores humanos, la conversión del conocimiento tácito-explicito, el capital intelectual organizacional, la cultura y la iniciativa personal” (1). La tecnología fue considerada la herramienta, más que la fuerza, que conduce a implementaciones de GC. En

la actualidad, el mundo aborda la tercera generación de GC intentando reconciliar las diferencias entre la primera y segunda generaciones; “se direcciona a perspectivas estratégicas, el aprendizaje social, la innovación ético-social, el impacto de las prácticas de GC, el desarrollo nacional y la creación de valor” (1).

Con el fin de explorar las prácticas de GC implementadas en una institución de salud en 2015 y establecer los factores organizacionales y de desempeño de los procesos en su gestión y conocer las prácticas implementadas en las diferentes áreas funcionales, se evidenció por parte de los encuestados el requerimiento de superar el estrecho mundo de capacidades y de habilidades cognitivas. En cuanto al proceso de socialización, se identificaron actividades —con alta regularidad de uso entre los profesionales encuestados— de discusiones o diálogos colectivos, y el desarrollo de espacios para compartir experiencias y habilidades, así como exposiciones orales. Se destaca la menor proporción observada en la actividad de creación de grupos de trabajo.

En relación con el proceso de exteriorización, las mencionadas actividades resultaron de menor regularidad respecto al proceso de socialización, al ser de uso esporádico u ocasional. Dentro de las actividades, se destacaron por su aplicación relativa en las áreas funcionales de desempeño actual la creación de manuales, de documentos y de *best practices* (en español, buenas prácticas) de servicios y procesos, así como el uso del pensamiento deductivo y el inductivo, que se consideró común entre los trabajadores del área funcional. Este perfil de actividades, al parecer, es influenciado por los procesos de gestión de sistemas de calidad en varias de las unidades funcionales registradas.

En el ámbito del proceso de combinación, la frecuencia de implementación es baja, y se destaca el uso de correos electrónicos para el intercambio de información o conocimientos. Llama la atención la inexistencia, según los encuestados en la mayoría de áreas funcionales, de actividades como la actualización constante, por medio de cursos impartidos por agentes externos a la empresa (universidades, centros tecnológicos, congresos, seminarios, etc.), y la ausencia de acceso a información especializada mediante revistas, manuales, libros, foros, cursos, etc.

En el proceso de interiorización solo se destaca la conservación de experiencias y procedimientos en memorias documentales u otros medios. El perfil encontrado de prácticas de GC implementadas evidencia facilidad en la transformación y la creación de conocimiento tácito y explícito, pero deja entrever niveles críticos de desarrollo en algunos procesos, como la combinación y la interiorización.

El actual modelo de los servicios de atención en salud está en etapa de transición, y se espera superar la fragmentación, el desequilibrio y la incapacidad para avanzar hacia sistemas más innovadores (2). Es de esperar el avance hacia un modelo que dé prioridad a las personas y a las necesidades de la población, por lo cual se requiere en el próximo futuro el conocimiento sistémico, producto de la “combinación de los conceptos formados con los datos existentes y con conocimiento externo” (2).

Aun cuando en la actualidad en los hospitales de Colombia, la GC no tiene una orientación clara, pues se evidencia poca familiarización con su concepto, se observa cómo a medida que se aumenta el nivel de formación académica, se fortalece su concepto, el cual se plantea en términos de “creación, organización, almacenaje, recuperación, transferencia y aplicación sistemática del conocimiento” (3). Adicionalmente, “se percibe que falta gestionar el concepto institucionalmente y lograr la interiorización del mismo” (4); incluso, se demuestra debilidad en la capacidad de gestionar el conocimiento en las instituciones de salud, “ya que falta agresividad del tomador de decisiones para promover el desarrollo de nuevas ideas y para lograr que éstas se conviertan en innovaciones de servicio o de proceso” (4). No existe práctica de la GC en un gran número de empleados; especialmente, en las instituciones de mayor complejidad y capacidad. Existe referencia a factores que integran la GC, como el manejo de los sistemas de información, las capacitaciones y la administración de recursos, e, incluso, se manifiesta que es un medio para garantizar ventaja competitiva, pero no es evidenciable el despliegue de líneas de trabajo altamente competentes en GC y aprendizaje organizacional por parte de la dirección de las empresas.

Al ser la GC una herramienta para el logro de desarrollo estratégico, se torna en un verdadero desafío —no

solo organizativo, sino cultural— que esta tipología de instituciones en el sector público en países de ingresos medios evolucionen hacia organizaciones inteligentes; y para lograrlo, nuestras organizaciones deben orientarse hacia el cambio y desarrollar conjuntamente disciplinas como la construcción de una visión compartida, modelos mentales que acentúen la “apertura al cambio, aprendizaje en equipo, dominio personal para aprender cómo nuestros actos afectan el mundo, y pensamiento sistémico que integre las demás disciplinas fusionándolas en un cuerpo coherente de teoría y práctica” (5). Es el momento de dar respuesta al interrogante: ¿Cuál es el modelo de GC que se puede construir/adoptar, implementar y validar tomando en cuenta los factores organizacionales y de desempeño en las subredes de Servicios de Salud en Bogotá?

Referencias

1. Serenko A. Meta-analysis of Scientometric Research of Knowledge Management: Discovering the Identity of the Discipline. *J Knowledge Management*. 2013;17(5):773-812.
2. Sampedro Camaren F. La gestión del conocimiento y el empowerment en un hospital universitario del siglo XXI. *Revista de Administración Sanitaria*. 2010;1(5):1-14.
3. Arias L, Portilla L, Villa C. Gestión del conocimiento: el triunfo de los intangibles. *Scientia et Technica*. 2007;3:351-5.
4. Arboleda-Posada Gladys I. Conceptualización de la gestión del conocimiento en instituciones de salud de mediana y alta complejidad. *Rev. Salud Pública*. 2016;18(3):379-90.
5. Peter S. La quinta disciplina: el arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje. Argentina: Ediciones Granica S. A.; 2011.

Experiencia de integración de la atención en redes de servicios de salud de América Latina¹

Amparo Susana Mogollón Pérez

Profesora titular, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad del Rosario. Investigadora Principal, Proyecto Equity-LA II. Colombia

La fragmentación de los servicios de salud en muchos países de América Latina se constituye en un obstáculo para alcanzar resultados efectivos en la atención en salud, dado que genera barreras para el acceso a los servicios de salud, pobre calidad técnica, pérdida de la continuidad de la atención e ineficiencia. Estos problemas resultan más complejos en personas con condiciones crónicas, dado que requieren la coordinación de múltiples profesionales de la salud y proveedores de servicios (1), constituyéndose en un reto para la región, dados los cambios demográficos y epidemiológicos que se presentan (2).

Como respuesta a esas necesidades, en distintos países se ha promovido el desarrollo de redes integradas de servicios de salud (RISS), que buscan garantizar una atención en salud más eficiente, equitativa y de calidad (3). Las ventajas de promover la coordinación entre los distintos niveles de atención van más allá de reducir costos, y abarcan el acceso a los niveles más apropiados de atención garantizando mayor efectividad del sistema de salud (4-6).

Estudios previos al presente demuestran un pobre desempeño de las RISS en cuanto al acceso, la coordinación y la continuidad asistencial (7), lo cual establece la importancia de desarrollar estrategias de integración asistencial que ayuden a los diseñadores de políticas a mejorar los resultados de las redes de servicios de salud.

En este contexto se desarrolla el proyecto Impacto de las estrategias de integración de la atención en el desempeño de las redes de servicios de salud

en diferentes sistemas de salud de América Latina (Equity-LA II), cuyo propósito es contribuir a la mejora de la coordinación y la calidad asistencial, con especial atención a los pacientes crónicos, mediante la introducción de estrategias alternativas de integración de los servicios (8). Equity-LA II es un proyecto internacional, financiado con fondos del Séptimo Programa Marco de la Comisión Europea, liderado por el Consorcio de Salud y Social de Cataluña (España) y en el que participan el Instituto de Medicina Tropical Príncipe Leopoldo (Bélgica), la Universidad de Chile (Chile), la Universidad de la República (Uruguay), la Universidad Veracruzana (México), el Instituto de Medicina Integral Profesor Fernando Figueira (Brasil), la Universidad Nacional de Rosario (Argentina), y, por Colombia, la Universidad del Rosario.

Equity-LA II es un proyecto de investigación que desarrolló intervenciones paralelas en los seis países de América Latina participantes, a través de un método cuasiexperimental, con un diseño controlado antes-después, el cual involucra intervenciones con un enfoque de investigación-acción participativa (IAP). Esto significa que cada uno de los socios latinoamericanos trabaja, junto a una red de servicios de salud pública de su país, en el diseño y la implementación de estrategias para mejorar la coordinación clínica en los diferentes niveles de atención fomentando el conocimiento y la colaboración, el intercambio de conocimientos y la confianza mutua entre los prestadores de servicios de atención primaria y especializada.

Este trabajo colaborativo ha fortalecido la capacidad de investigación y el intercambio de conocimientos entre los actores involucrados (redes de servicios de salud y universidades de los diferentes países) implementando procesos en cada uno de ellos, y los cuales buscan mejorar la coordinación entre los niveles de atención y, por otra parte, hacer un análisis comparativo transnacional que permita identificar los factores contextuales que explican los procesos y los resultados obtenidos en cada uno de los países.

¹ Resultados del Proyecto Equity-LA II en una Subred Integrada de Servicios de Salud de Bogotá, Colombia.

En el caso de Colombia, este proceso fue conducido por un comité conductor local (CCL) constituido por distintos actores de la subred, una plataforma de profesionales integrada por médicos generales y especialistas, con el acompañamiento del equipo de investigación. El enfoque participativo partió del reconocimiento de la problemática por parte de los distintos actores, a partir de un estudio de línea de base, el análisis conjunto de los resultados, la priorización colectiva de problemas de coordinación asistencial y la identificación de alternativas de solución, e involucrando el uso de metodologías tanto cuantitativas como cualitativas. Se discutieron diversos problemas que impactaban la coordinación entre niveles de atención, y a raíz de ello se confirió prioridad a la inadecuada comunicación y al desacuerdo frente a la toma de decisiones entre médicos generales y especialistas. La selección de intervenciones surgió del análisis de las condiciones de la red, de los aportes dados por los actores, de la contrastación de experiencias nacionales e internacionales y de la viabilidad de su implementación. Los actores involucrados priorizaron como estrategia de intervención las reuniones conjuntas entre médicos generales y especialistas, con dos componentes: 1) el análisis de casos clínicos y 2) sesiones de capacitación médica conjunta. El proceso de diseño adoptó métodos reflexivos que promovieron el aprendizaje conjunto, el reconocimiento de saberes acumulados y la generación de confianza entre médicos generales y especialistas.

La evaluación cualitativa, demostró que las reuniones conjuntas mejoraron la comunicación y el acuerdo en el manejo clínico entre médicos generales y especialistas necesarios para el logro de la coordinación entre niveles de atención, el uso de mecanismos de transferencia de información, los criterios de derivación, la capacidad resolutoria del médico general y el reconocimiento del papel del profesional del otro nivel. No obstante, la implementación de la intervención se vio afectada por: a) factores organizativos relacionados con cambios en el modelo de organización de la red, énfasis en la productividad, modelos de contratación laboral, rotación de directivos y profesionales, y b) factores de los profesionales; principalmente, la actitud y experiencia laboral, que inciden sobre su involucramiento en la estrategia.

En síntesis, las reuniones conjuntas entre médicos generales y especialistas fueron percibidas como una estrategia que contribuye a la mejora de la coordinación entre niveles de atención, que se articula con los lineamientos de cualificación del talento humano en salud, con la Política de Atención Integral en Salud y con los procesos de acreditación institucional. No obstante, su sostenibilidad amerita el apoyo de los directivos y su apropiación dentro del modelo organizativo de las Subredes Integradas de Servicios de Salud, así como la promoción de entornos de trabajo que favorezcan la coordinación.

Referencias

1. Montenegro H, Holder R, Ramagem C, Urrutia S, Fabrega R, Tasca R, et al. Combating health care fragmentation through integrated health service delivery networks in the Americas: lessons learned. *Int J Integr Care*. 2011;19(5):5-16.
2. European Observatory on Health Care Systems and Policies Series. *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Maidenhead: Open University Press; 2008.
3. WHO. *The World Health Report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organization; 2000.
4. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Morgan KL, Mitchell JB. *Remaking health care in America. The evolution of organized delivery systems*. 2nd ed. San Francisco: The Jossey-Bass Health Care Series; 2000.
5. Banks P. *Policy framework for integrated care for older people*. London: King's Fund; 2004.
6. Ovreteit J. *Does clinical coordination improve quality and save money?* London: Health Foundation; 2011.
7. Vargas I, Mogollón-Pérez AS; De Paepe P, Ferreira da Silva MR, Unger JP, Vázquez ML. Barriers to healthcare coordination in marketbased and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and

Brazil. *Health Policy and Planning*. 2016;1-13. doi: 10.1093/heapol/czv126

8. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, Samico I, et al. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open*. 2015; 5, e007037.

Las TIC al servicio de la salud para proveer calidad de vida a la población

Alexandra López Sevillano. Ing. Md. PhD
Dirección de TIC

Existe una tendencia a escala mundial, de integrar las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) en los servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento a la salud de las personas, con el fin de optimizar los costos en el sistema de salud (1,2). Esta tendencia se conoce como e-Health, y se la considera una solución a la cobertura de los servicios de salud, pues promueve la atención a poblaciones remotas y desatendidas. Así mismo, se espera que el uso de las TIC en la salud mejore el diagnóstico, el monitoreo, el seguimiento y el control de las condiciones de salud de las personas, al tener información precisa y oportuna, a través de registros de salud electrónicos; adicionalmente, las TIC mejoran las operaciones y la eficiencia financiera de los sistemas de atención médica (3). Esto se refleja en los propósitos de asegurar la continuidad en la atención en salud y mejorar la gestión clínico-asistencial de los usuarios del sistema optimizando, así como los procesos de intervención, con el fin de brindar herramientas para la toma de decisiones asertivas por parte del profesional de la salud, al tener información precisa y oportuna.

Por otra parte, la globalización ha llegado a los países traspasando barreras de tiempo y espacio, para moldear disciplinas que han estado presentes, a lo largo de la historia, con particulares condiciones geográficas y sociales (4,5). En este sentido, Colombia enfren-

ta varios retos y avances por mejorar en el campo de las TIC en torno al sector de la salud (6). Entre los principales resultados, frente a los retos y avances por mejorar en el campo de las TIC, el principal es un sistema que contribuya a mantener una población sana. Se espera tener un sistema que apoye la atención para contar con población sana, ya que su bienestar contribuye al desarrollo individual y social y al sostenimiento económico, con el consecuente impacto en la distribución del ingreso y la reducción de la pobreza.

La atención en salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Por esa razón, es responsabilidad del Estado proporcionar facilidades para que los servicios de salud tengan la capacidad de responder a las necesidades y las expectativas de la población, fundamentados en la calidad, en términos de continuidad, disponibilidad, suficiencia, accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, pertinencia y rendición de cuentas, entre otros, de tal forma que se logre la máxima efectividad y se minimicen los daños y los perjuicios (7).

Las actuales aplicaciones de las TIC en la salud incluyen la conocida Internet de las Cosas (IoT), la cual está rediseñando los procesos de atención médica con perspectivas tecnológicas, económicas y sociales prometedoras (8). En 1998, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció la creciente importancia de Internet y su potencial para impactar la salud a través del uso y la promoción de productos médicos.

La e-Health engloba, además, diferentes productos y servicios para la salud, como aplicaciones móviles, la telemedicina, los dispositivos *wearables* (dispositivos para la monitorización que se integran en la ropa y los accesorios), entre otros. Los datos recolectados son tratados o procesados (el Big Data), con el fin de servir como sistemas de apoyo a las decisiones clínicas. Las tecnologías inalámbricas han permitido tener una red de dispositivos inalámbricos (WSN) para censar, procesar y visualizar la información de los pacientes.

La tecnología en comunicaciones inalámbricas y la de censado han avanzado gracias a la microelectrónica; esto ha generado que el consumo de energía de los procesadores y de los sensores provea redes más específicas y robustas en cuanto a escalabilidad e inter-

conectividad. En esencia, el IoT pasa a ser el centro integrado de tecnologías; se basa en redes de comunicaciones y sensores y en Big Data (gestión de los datos). Otros objetivos de diseño y requisitos generales del Internet del futuro son: ubicuidad, seguridad, robustez, movilidad, heterogeneidad, calidad de servicio y autogestión.

A la hora de diseñar una red de comunicaciones heterogénea, que pueda gestionar, a la vez, diferentes aplicaciones, se debe tener en cuenta:

- La longevidad de la red, la cual debe ser entendida como el tiempo que los dispositivos conectados a la red obtienen información censada, se intercambia entre ellos hasta llegar a la aplicación final.
- Latencia; o sea, el tiempo entre el instante en que el sensor obtiene la información y el momento en que esta se entrega al destino.
- Precisión, o la relación de la cantidad de energía que es utilizada por los sensores en el momento de obtener la información recibida.
- En términos de comunicaciones de los dispositivos, se puede contar con la inclusión de diversos protocolos tanto a escala industrial como en la del área personal (Zigbee y Bluetooth, respectivamente).
- El protocolo
- Zigbee (IEEE 802.15.4) fue diseñado para no generar un alto volumen de información (del orden de kilobits por segundo) y para proveer una comunicación sencilla y de baja transmisión de datos para aplicaciones como: monitoreo de casas, automatización, monitoreo ambiental y control industrial, entre otras.

Para el caso de los servicios de salud en Bogotá, es importante resaltar que la SDS, ente rector de la política pública para la prestación de los servicios de salud, apoya el desarrollo, la construcción y la generación de alternativas novedosas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de los servicios utilizando TIC y promoviendo acciones que se reflejen en la calidad de vida de la población en la red de servicios de salud

para el Distrito Capital, y facilitando la producción técnica de *software* computacional como: activación de ruta, sistema de referencia y de contrarreferencia, tableros de control del porcentaje de ocupación del servicio urgencias, registro de usuarios remitidos (RUR), *software* de mamografía, autorización de servicios de salud, reacciones adversas al medicamento (RAM) y prototipo funcional de un servicio e-health para el seguimiento de pacientes crónicos hipertensos. Estos son algunos desarrollos que articulan las bondades de las TIC al servicio de la sociedad.

Referencias

1. Edworthy SM. Telemedicine in developing countries: May have more impact than in developed countries. *BMJ*. 2001;323(7312):524-5.
2. Blaya JA, Fraser HS, Holt B. E-Health Technologies show promise in developing countries. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(2):244-51.
3. Organización Panamericana de la Salud. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas. Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington, DC., USA: Organización Panamericana de la Salud; 2013.
4. De la Rubia FM. Un debate abierto sobre la inexorable globalización. *Ieee.es*. 2017;22.
5. Avella Martínez LY, Parra Ruiz PP. Tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en el sector salud [tesis de especialización]: 2013 [Universidad Nacional]: Bogotá.
6. Vilorio Núñez C, Caballero Uribe CV. Avances y retos para implementar la telemedicina y otras tecnologías de la información TICS [Editorial]. *Salud Uninorte*. 2014;30:v-vii.
7. Molina G, Oquendo T, Bastidas D, Rodríguez S, Flórez M. Georreferenciación de la oferta de programas de salud pública en cuatro ciudades en el contexto del mercado competitivo del sistema de salud, Colombia 2014. *Iatreia*. 2015;28(3):223-39.
8. Riazul Islam SM, Kwak D, Kabir H, Hossain M, Kwak K-S. The internet of things for health care: a comprehensive survey. *IEEE Access*. 2015;3:678-708.

La posición de las comunidades frente a las estrategias de comunicaciones y la investigación en salud. El papel de los líderes sociales

Hebert Guerrero Labrador

Presidente de la Asociación de Usuarios en Salud de la Localidad Rafael Uribe Uribe. Subred Centro Oriente

Dentro de las 20 localidades de Bogotá, los líderes de las asociaciones de usuarios de las localidades de Bogotá, D. C. han identificado 2 problemas que impiden el desarrollo de su comunidad; una es la importancia de apropiarse del conocimiento del manejo de las diferentes tecnologías de la comunicación, y otro es el desarrollo de la investigación que garantice las mejores prácticas del sector de la salud, pues uno de los papeles más importantes para desarrollar por parte de sus líderes es velar por que el sistema de salud preste mejores servicios cada día; más aún, tomando en cuenta que se está implementando el nuevo Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), el cual comprende complejidades que no son fáciles de abordar y requieren más conocimientos de orden social, político y económico por parte de sus líderes y de la comunidad en general.

Por lo anterior, y respondiendo a la petición expresa de la comunidad de que el Gobierno Nacional, a través del Ministerio de las TIC, ha desarrollado estrategias para el conocimiento y el manejo de las diferentes tecnologías, buscando mejorar la participación de toda la población, para que intervengan de manera más activa en la construcción de los planes, los programas y los proyectos que se deben diseñar y desarrollar con el concurso de comunidades en las 20 localidades de Bogotá.

Haciendo historia en este punto, observamos que el tema no es nuevo, y que fue a finales de la década de 1990 cuando se diseñaron los primeros lineamientos para garantizar el desarrollo de la infraestructura del país en materia de telecomunicaciones, a través del Plan Nacional de Desarrollo Cambio para Construir la Paz (1998-2002) (1), que buscaba la inclusión de las TIC en las instituciones públicas y de gobierno, con el fin de avanzar en su modernización como una Política de Estado que buscaba “masificar el uso de las Tecnologías de la Información y con ello aumentar la competitividad del sector productivo” (2). Fue así como se diseñaron estrategias para mejorar su funcionamiento hasta llegar a lo que conocemos ahora como Gobierno en Línea, herramienta con la que se ha tratado de cumplir, en parte, con el propósito para el cual fue creado, pero no sin antes llamar la atención sobre la falta de estrategias más eficaces y eficientes para que el ciudadano se empodere de dicho conocimiento y pueda ejercer un papel protagónico en el diseño, la implementación y el seguimiento de los planes, los programas y los proyectos que garanticen sus derechos en materia de salud.

La otra estrategia, la cual tiene que ver con la investigación, ha tenido menos eco dentro de los actores políticos y sociales de las localidades, pues el conocimiento que se tiene de su importancia es apenas incipiente. Interrogando a las diferentes instituciones —no solo de salud, sino educativas—, se encuentra, por ejemplo, que dentro de la Localidad de Rafael Uribe Uribe se evidencia una total falta de interés en su implementación y su desarrollo, empezando porque la localidad no tiene ninguna universidad dentro del sector, y en los colegios distritales de la zona el tema no es abordado dentro de sus programas; tampoco lo es en los hospitales, ni en la Subred Integrada de Servicios de Salud ESE, donde el tema no tiene mayor relevancia.

Este pequeño artículo quiere evidenciar la necesidad de que se siga con los procesos de apropiación social del conocimiento de las tecnologías y se implementen procesos de investigación en la localidad, con la participación de los diferentes actores que la conforman, y, de manera prioritaria, de los líderes de la comunidad; especialmente, en los temas de salud y educación.

Referencias

1. Departamento Nacional de Planeación. Cambio para construir la paz (1998-2002). Bogotá; 1998.
2. Ruiz Velasco LF. El gobierno en línea en Colombia. Bogotá: Universidad del Rosario; 2013.

La CT+I en salud en el mundo

El ejercicio profesional y lo educativo para la Atención Primaria de Salud: el caso de los nutricionistas dietistas en dos metrópolis suramericanas

Alexandra Pava-Cárdenas. N. Mg. PhD

Ana Maria Cervato-Mancuso. N. Mg. PhD

Generalmente, los estudios de mayor circulación y prestigio en alimentación y nutrición se enfocan en los avances sobre el qué, y muchas veces dejan de lado el cómo y a quiénes. En colaboración con la SDS y la Secretaría Municipal de São Paulo, el grupo de investigación Seguridad Alimentaria y Nutricional: Formación y Actuación Profesional, bajo la coordinación de la profesora doctora Ana Maria Cervato-Mancuso, perteneciente al Departamento de Nutrición de la Universidad de São Paulo, Brasil, ha venido trabajando en investigaciones de maestría y doctorado para la aproximación a las metrópolis de Brasil y de Colombia. Se busca entender el ejercicio profesional en el nivel de la Atención Primaria en Salud (APS), una contribución importante a propósito de los 40 años de promulgación de la Conferencia Internacional sobre Cuidados Primarios de Salud.

La mediación educativa es estratégica en los escenarios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; especialmente, para la salud pública. Sin embargo, persisten debilidades en cuanto a la publicación, la presentación de evidencias y, sobre todo, fragilidades teóricas, además de la poca discusión al respecto, entendiendo que la práctica no se puede desligar de la teoría y viceversa (1). Así, el grupo de investigación comenzó en 2011 trabajos sobre educación alimentaria y nutricional en la APS de São Paulo y de Bogotá, D. C., partiendo desde lo descriptivo hasta llegar a lo analítico (2). De hecho, se ha buscado posicionar esta temática, poco común, a escala global, para aumentar el nivel de reflexión y discusión. A finales de octubre de 2018, se publicó en la BMC Nutrition el artículo “Promoting healthy eating in primary health care from the perspective of health professionals: a qualitative comparative study in the context of South America” (3). El artículo elucida dos modelos educativos encontrados en las dos metrópolis después de un intenso análisis y su correspondiente compromiso teórico.

Partiendo del interés en la perspectiva de los profesionales, en 2014 se adelantó una propuesta de investigación en la que la atención recae en la posición del usuario de los servicios, como actor central que logra dimensionar los alcances de las acciones educativas en salud (4). Una de las mayores provocaciones para ello fue lo advertido por Bisogni y colaboradores (5), quienes destacan que una “dieta saludable” no cobra sentido para las personas. A su vez, en el informe de los diagnósticos y recomendaciones de las prácticas de Información, Comunicación, Educación en Alimentación y Nutrición (ICEAN), promovidas por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, se refiere la falta de estudios sobre las experiencias del educando (6). Así, se tiende a ignorar al usuario, a quien se concibe como una persona “resistente y difícil” o “hiposuficiente” (7,8).

La investigación se desarrolló en lugares periféricos, priorizados por condiciones de vulnerabilidad social y económica, que tuvieran una cobertura de atención semejante. Los usuarios participaron en acciones educativas en alimentación y nutrición durante el último año y aceptaron hacer parte del estudio mediante consentimiento libre y declarado. Durante 13 meses, se realizó el trabajo de campo, con aproximación de ins-

piración etnográfica. El referencial estuvo guiado por la perspectiva sociológica de Pierre Bourdieu. En el estudio participaron 47 mujeres, en 6 grupos focales por cada ciudad.

En Bogotá, identificamos particularidades en los tres tipos de sistemas de relaciones y de usuarias específicamente para la educación alimentaria y nutricional: 1) sistema de la dieta y de las recomendaciones con las usuarias capturadas: se trabaja con recomendaciones, pero, generalmente, se brindan de forma apresurada, para lograr que se realice el número de visitas efectivas, y muchas veces no se cuenta con otra visita para el acompañamiento al proceso; 2) sistemas de las explicaciones con usuarias satisfechas: el aprendizaje sustenta la frecuencia de participación, una vez es reconocido el papel educativo, y es potencializado por el gusto en asistir al servicio; 3) sistema de distracción con usuarias escépticas: el valor atribuido es por la oportunidad de socialización, pues los contenidos de nutrición, generalmente, ya se perciben como dominados.

Los tipos de usuarias identificadas, más que dialogar con el concepto central de la promoción de la salud, que es el empoderamiento, apuntan al desafío de trabajar por una relación que incluya la concepción de involucramiento. El empoderamiento exige un proceso que alcanza la construcción de la conciencia crítica y la capacidad de intervención y transformación de la realidad por parte del sujeto. Ya el involucramiento se cuestiona el aspecto básico de la “inclusión” en la organización y en la movilización de la comunidad. Un ejemplo de ello es lo encontrado en las usuarias de Bogotá, donde no se denota la creación de lazos con los profesionales de la salud, pues ellas no logran identificar a personas específicas ni nombres, sino solo a “las señoritas”, y refieren que las visitas de estas son esporádicas, con el único interés de “obtener la firma”.

Con la perspectiva de las aspiraciones educativas, buscar estrategias para fortalecer los lazos entre los profesionales y usuarios, en términos de proceso y de regularidad de contacto, es prioritario, entendiendo que el contenido de las reflexiones sobre alimentación y nutrición no se caracteriza por una incorporación automática, ni tampoco por la alta credibilidad en el sistema de salud, como un todo. A esto se agrega la na-

turalidad del tema, que, consecuentemente, lleva a una disputa cultural, comercial y de saturación mediática sobre el asunto. Las investigaciones en Colombia han evidenciado que el país se encuentra con uno de los mayores niveles de tercerización en América del Sur, lo que se relaciona, a su vez, con la precarización del trabajo (9), y afecta no solo el ejercicio profesional, sino también, a los usuarios, en términos de calidad de la atención y del proceso educativo. Esto es delicado, en el sentido de que se trabaja con población priorizada, y supuestamente, dadas las restricciones financieras, es en dicha población en la que se espera algún tipo de transformación.

Referencias

1. Bourdieu P. A genèse dos conceitos de habitus e campo. En: Poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2000. p. 59-73.
2. Cárdenas AP. Educación alimentaria y nutricional en la Atención Primaria en Salud en San Pablo y Bogotá: escenarios y temáticas. Versión español [disertación de maestría en Internet]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2013 [citado 2019 ene. 11]. Disponible en: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6138/tde-17042013-110402/pt-br.php>
3. Pava-Cárdenas A, Vincha KRR, Vieira VL, Cervato-Mancuso AM. Promoting healthy eating in primary health care from the perspective of health professionals: a qualitative comparative study in the context of South America. BMC Nutr. 2018;4(1):34.
4. Pava-Cárdenas A. Alcances de la educación alimentaria y nutricional a la luz del contexto latinoamericano: el usuario. Versión español [tesis doctoral en Internet]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2017 [citado 2019 ene. 11]. Disponible en: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6138/tde-23012018-122304/es.php>
5. Bisogni CA, Jastran M, Seligson M, Thompson A. How people interpret healthy eating: contributions of qualitative research. J Nutr Educ Behav. 2012;44(4):282-301.

6. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Informe final sobre las buenas prácticas en programas de información, comunicación y educación en alimentación y nutrición (ICEAN) [Internet]. 2013 [citado 2019 ene. 11]. Disponible en: <http://www.fao.org/ag/humannutrition/30015-076c5deeeab4a54ba3ed00f1a5b13a903.pdf>

7. Ayres JR de CM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. En: Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Primeira edição. Rio de Janeiro: CEPESC-IMC/UERJ-ABRASCO; 2011. p. 17–39.

8. Fernandez JCA, Westphal MF. O lugar dos sujeitos e a questão da hipossuficiência na promoção da saúde*. Interface - Comun Saúde, Educ [Internet]. 2012;16(42):595-608.

9. Arenas EG, Piedrahíta CV, Plata JML. Marco jurídico de las cooperativas de trabajo asociado. Rev Opinión Jurídica. 2007;6(11):33-45

Visualizador

Es un aplicativo cliente-servidor que permite navegar sobre los datos de atenciones en salud reportadas por medio de los Registros Individuales de Prestación de Servicios en Salud (RIPS). Construido en forma de cuadros de mando, donde se permite realizar diferentes clases de consulta y se muestra cierta información geográfica y se muestra la prestación del servicio en las diferentes localidades de Bogotá.

CDEIS

El Centro Distrital de Educación e Investigación en Salud (CDEIS), de la SDS, en el componente de educación y docencia-servicio, define estrategias enfocadas en el fortalecimiento de conocimientos y capacidades del talento humano en salud de la ciudad que impacten en la prestación de servicios de salud de calidad; así mismo, adelanta acciones dirigidas al mejoramiento en la calidad de la educación del personal en formación que realiza prácticas formativas en las Subredes Integradas de Servicios de Salud.

Se han implementado estrategias virtuales y presenciales para lograr los objetivos, que incluyen desarrollo de procesos de formación presencial que involucran el nuevo modelo de atención, y el desarrollo de cursos virtuales que han sido diseñados, avalados y realizadas pruebas piloto, con el fin de, en 2019, ponerlos a disposición —en la plataforma virtual de la Secretaría Distrital de Salud (SDS)— para el Talento humano de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) del Distrito Capital.

En equipo con las Subredes Integradas de Servicios de Salud se revisaron las condiciones habilitadoras para ser escenarios de práctica formativa y se formularon las minutas que regirán a partir de este año la relación docencia-servicio en el Distrito.

Noticias

Salud Data-Observatorio de Salud

Es una plataforma digital con información de salud pública al alcance de los ciudadanos.

Ingresando a saludata.saludcapital.gov.co, los usuarios encontrarán información de salud con indicadores, gráficos, cuadros comparativos, análisis epidemiológicos y fichas técnicas, que podrán filtrar por localidades y fecha, sobre temas como: demografía y salud, salud mental, enfermedades crónicas, salud laboral, seguridad alimentaria y nutricional, enfermedades transmisibles, salud sexual y reproductiva, salud ambiental, emergencias y desastres, oferta de servicios de salud y desarrollo sostenible y salud.

Boletín Investigaciones y Cooperación
Número 4

Enrique Peñalosa Londoño
Alcalde Mayor de Bogotá

Luis Gonzalo Morales Sánchez
Secretario Distrital de Salud de Bogotá

Adriana Posada Suárez
Directora de Planeación Sectorial

Solángel García-Ruiz
María Nancy Becerra-Beltrán
Editoras

Gustavo Patiño Díaz
Corrección de estilo

Gustavo Andrés Ángel Rueda
Oficina Asesora de Comunicaciones SDS
Diagramación

Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-81
Teléfono: 364 9090, ext. 9796
Bogotá, Colombia