

**Significados que construyen los docentes sobre la formación de enfermeras
en Atención Primaria en Salud Renovada en una Universidad del
departamento de Antioquia ***

**Meanings that teachers construct to the training of nurses in Primary Care in
Renewed Health in a University of the Department of Antioquia**

Nairoby Cárdenas Velásquez

Trabajo de investigación para optar al título de Magister en Enfermería

Asesora

Ana Ligia Escobar Tobón

Profesora Universidad de Antioquia

PhD en enfermería

Universidad de Antioquia

Facultad de Enfermería

Medellín

2018

* Se aclara que por efectos de redacción se utilizará el termino Atención Primaria en Salud como sinónimo de Atención Primaria en Salud Renovada, no pretendiendo con ello desconocer la evolución histórica del concepto y lo que dicha Renovación significa para los sistemas de salud; además por respeto a la mayoría de las participantes se hablará de profesionales de enfermería en femenino.

**A Dios quien me dio las fuerzas para perseverar.
A mi esposo por acompañarme en un camino arduo.
A mi hija por llegar.
A mi madre y hermana por no dejarme caer.
A mi asesora, compañera de camino.
A mi maestra, Dora Lucia Gaviria, por sembrarme la semilla.
A Edith Arredondo por insistir y persistir.
A la Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería,
por ser mi segundo hogar.**

Tabla de contenido

Resumen	8
Abstract	9
1. Introducción	10
2. Planteamiento del problema	12
3. Justificación	24
4. Pregunta de investigación	26
5. Objetivos	27
5.1. Objetivo general.....	27
5.2. Objetivos específicos.....	27
6. Referentes	28
6.1. Referente contextual	28
6.2. Marco epistemológico	30
6.2.1. La disciplina de enfermería.....	30
6.2.2. El desarrollo de la enfermería comunitaria.....	40
6.2.3. La formación de la enfermería en APS.....	43
6.2.4. Evolución de la Atención Primaria en Salud	47
6.3. Referente conceptual.....	49
7. Metodología	55
7.1. Enfoque, paradigma y método	55
7.2. Participantes	56
7.2.1. Criterios de selección	58
7.2.2. Criterios de exclusión	59
7.3. Acceso al campo	59
7.4. Trabajo de campo	59
7.4.1. Conservación, custodia y almacenamiento de los archivos	60
7.5. Plan de análisis.....	60
8. Criterios de rigor	64
9. Consideraciones éticas	65

10. Hallazgos	68
10.1. La invisibilización de la Atención primaria en salud en la formación de profesionales de enfermería	69
10.2. La subvaloración de la Atención primaria en salud en la formación de profesionales de enfermería	79
10.3. Fragmentar para comprender y no volver a unir un error a superar	86
10.4 La Atención primaria en salud, la enfermería comunitaria, el trabajo con colectivos, la salud pública: la cenicienta en la formación en enfermería.....	94
11. Discusión	98
11.1. La invisibilización de la Atención primaria en salud en la formación de profesionales de enfermería.....	98
11.2. La subvaloración de la Atención primaria en salud en la formación de profesionales de enfermería.....	108
11.3. Fragmentar para comprender y no volver a unir un error a superar	117
11.4 La Atención primaria en salud es la cenicienta en la formación en enfermería	121
12. Conclusiones	130
13. Recomendaciones	132
14. Agradecimientos	134
15. Bibliografía	135
Anexos	152

Lista de figuras

Figura 1. Mapa conceptual articulación referente disciplinar y conceptual

Figura 2. Estructura Jerárquica del conocimiento contemporáneo para formación en enfermería en APS

Figura 3. Plan de análisis

Figura 4. La Atención primaria en salud, la enfermería comunitaria, el trabajo con colectivos, la salud pública: la cenicienta en la formación en enfermería

Figura 5. La invisibilización de la Atención primaria en salud en la formación de profesionales de enfermería

Figura 6. La subvaloración de la Atención primaria en salud en la formación de profesionales de enfermería

Figura 7. Fragmentar para comprender y no volver a unir un error a superar

Lista de tablas

Tabla 1. Caracterización de los participantes

Lista de anexos

Anexo 1. Carta de Solicitud de autorización institucional

Anexo 2. Guía entrevista semiestructurada

Anexo 3. Guion grupo focal

Anexo 4. Consentimiento informado

Resumen

Objetivo: comprender los significados que construyen los docentes sobre la formación de enfermeras en Atención Primaria en Salud Renovada en una Universidad del departamento de Antioquia **Metodología:** estudio de caso cualitativo, con entrevistas semiestructuradas a 10 docentes. Realizado entre junio de 2016 y diciembre de 2018 en una facultad de enfermería, en Medellín-Colombia. **Resultados:** la formación de enfermería en Atención Primaria en Salud, es invisible, subvalorada y presenta fragmentaciones, aspecto que lleva a considerarla como postergada, entre otros, por las reformas en salud, el predominio de la clínica frente a lo comunitario, la visión social, del gremio, el desconocimiento de los profesores sobre el tema y las fracturas de la práctica y el currículo. **Discusión:** el concepto de Atención primaria en salud no presenta una definición clara, aunque todas las concepciones apuntan a sus valores y principios filosóficos; la invisibilización de esta, en parte se debe a la reforma en salud propuesta en la Ley 100 de 1993, la cual además influenció la educación y posibilitó la brecha existente entre lo clínico y comunitario, este último con una imagen social con predominio asistencial, por ello, enfrenta una visión subvalorada de su saber y hacer. La fragmentación del currículo y de la práctica se considera un error ligado al saber del docente quien debe lograr la articulación conceptual y práctica. **Conclusiones:** la polisemia, la falta de articulación dentro del currículo y el desconocimiento, son algunos de los factores que promueve la invisibilización y subvaloración la Atención Primaria en Salud en el proceso de formación de enfermeras.

Palabras claves: Formación. Atención primaria en salud. Enfermería. Fragmentación. Subvaloración. Invisibilización.

Abstract

Objective: understand the meanings that teachers build about the training of nurses in Primary Care in Renewed Health in a University of the Department of Antioquia. **Methodology:** qualitative case study, with semi-structured interviews with 10 teachers. Held between June 2016 and December 2018 in a nursing faculty, in Medellín-Colombia. **Results:** Nursing education in Primary Health Care is invisible, undervalued and fragmented, which leads to consider it postponed, among others, by health reforms, the predominance of the clinic versus the community, the social vision, the guild, the lack of knowledge of the teachers on the subject and the fractures of the practice and the curriculum. **Discussion:** the concept of Primary Health Care does not present a clear definition although all conceptions point to its philosophical values and principles; the invisibility of this, in part, is due to the health reform proposed in Law 100 of 1993, which also influenced education and made possible the existing gap between the clinical and community, the latter with a social image with a predominance of care, this, he faces an undervalued vision of his knowledge and doing. The fragmentation of the curriculum and of the practice is considered an error linked to the knowledge of the teacher who must achieve the conceptual and practical articulation. **Conclusions:** polysemy, lack of articulation within the curriculum, and lack of knowledge, are some of the factors that promote the invisibility and undervaluation of Primary Health Care in the process of training nurses.

Keywords: Training. Primary Health Care. Nursing. Fragmentation. Undervaluation Invisibility

1. Introducción

La formación en atención primaria en salud para la enfermería ha estado sujeta a cambios generados desde diversos contextos, incluidos los desarrollos que como profesión ha tenido que sobrellevar para lograr su identidad y autonomía, es por ello que este trabajo de investigación se ubica en el área de la educación para la enfermería.

La comprensión de los significados que construyen los docentes sobre la formación de enfermeras en Atención Primaria en Salud Renovada en una Universidad del departamento de Antioquia, permitió identificar que no existe un concepto claro sobre lo que es la Atención Primaria en Salud (APS) y que ligado a ello, pueden tejerse relaciones que permiten entender como es vista la formación en la unidad académica donde se desarrolló el estudio; aspecto importante porque en parte, la función del docente en el proceso formativo debe pasar de trasmisor de conocimiento a guiador y orientador de procesos de aprendizaje auto-gestionado -donde el profesor universitario desde su experiencia y a través de la posibilidad de pensar y reflexionar pueda construir un saber disciplinar y práctico, como dice Molano “si un profesor no conoce su disciplina, serán pocos los aportes desde su experiencia” (1) - a la formación como proceso de constante reflexión del saber, del ser y del hacer. En este sentido, el maestro desde su disciplina y con sus potencialidades en lo pedagógico y lo didáctico, llega a construir con los estudiantes una relación emergente de formación ligada a la experiencia.

La falta de investigaciones orientadas a la comprensión de la manera como se vislumbra la formación en APS y mi experiencia durante la trayectoria como enfermera comunitaria, abren interrogantes sobre el tema, dando lugar a las siguientes preguntas: ¿por qué los profesionales egresan sin identificar la APS como un campo de acción profesional? ¿Cómo aprenden la APS los profesionales de enfermería? ¿Por qué los profesionales egresan con vacíos conceptuales sobre la APS? Cuestionamientos que me llevaron a investigar, para dar

respuestas y aportar al mejoramiento de la formación de profesionales de enfermería en la institución donde no solo me he formado, sino que ejerzo la docencia.

Es por ello que esta investigación se desarrolló con el fin de identificar la importancia de los docentes en el proceso formativo y comprender la relevancia para la formación de la visión del docente sobre los conceptos y las ideas frente a la formación en Atención primaria.

Por lo tanto, el aporte de esta investigación, está ligado a tres aspectos, el primero, hace referencia a la comprensión de los significados que desde los profesores expertos en APS se construyen de la formación en el tema, para contribuir en la consolidación de la visión de la enfermería comunitaria como un campo del saber y actuar profesional; el segundo, a la disciplina, puesto que en el tiempo actual esta área del saber ha sido considerada por organismos internacionales y nacionales, como un campo donde se ejerce el liderazgo de la enfermería, pero en el cual hace falta conocimiento y talento humano; y por último, se refiere al beneficio para profesionales de enfermería en formación, ya que en la medida en que se comprendan el significado de la formación en APS, se construyen relaciones que contribuyen en el proceso de enseñanza-aprendizaje, en la concepción de nuevos escenarios para el ejercicio profesional.

2. Planteamiento del problema

Este proyecto nace del interés profesional de la investigadora quien como enfermera de APS experimenta la ausencia de profesionales de enfermería en este campo de acción, en gran medida por la preferencia para ejercer en grandes hospitales; además, su práctica profesional se ve permeada por el desconocimiento conceptual y práctico en su primera experiencia profesional en APS. Sumado a lo anterior, en el rol como asesora departamental en APS y salud pública, se percibe como las enfermeras que trabajan por primera vez en APS, sufren el mismo desconocimiento; más tarde como docente descubre que se aprecian dificultades para ejercer el cuidado desde la estrategia; de allí el interés investigativo sobre la formación en APS.

Por consiguiente, este trabajo se enfoca en los docentes que forman a los futuros profesionales porque son ellos quienes guían el proceso de aprendizaje y se convierten en marco de referencia de las enfermeras en formación.

Antes de plantear el problema de este estudio, es necesario reconocer, primero, que existe poca investigación frente al tema y segundo, que la formación en enfermería, debe preparar al ser humano, futuro profesional, para el análisis crítico de las situaciones cambiantes de la realidad, para que sea capaz de asumir los diversos retos y roles que plantean los sistemas de salud y la profesión (2). En este sentido, la formación en enfermería actualmente, debe posibilitar que mediante el reconocimiento del contexto y el análisis de las dinámicas sociales que configuran la realidad, se logren procesos de cuidado en ámbitos diferentes a los centros de atención hospitalaria[†], tal como lo propone la declaración de Atención Primaria en Salud desde 1978 (3–5).

[†] La interdisciplinariedad en el marco de la Atención Primaria en salud se entiende como el conjunto de “técnicas, basadas en una teoría o imagen del mundo, cuya práctica exige estudio y concentración y se enfoca hacia una parte de la realidad;

Aunque la APSR[‡] se considera hoy como la mejor opción para direccionar los sistemas de salud, Colombia, al igual que muchos países, presenta falencias significativas para su implementación, o por lo menos así lo reconoce la OMS y OPS (6), algunas de estas falencias se relacionan por un lado, con la falta de cualificación de los docentes en las facultades de enfermería para desarrollar las acciones del sistema en el marco de los valores, principios y elementos de la APS, y por otro, la insuficiencia de personal de la salud en ambientes comunitarios y la preferencia por los ambientes clínicos sobre los comunitarios (6,7).

En cuanto a la primera falencia, referente a la insuficiencia de talento humano, en particular de profesionales en enfermería en APS, el estudio “Panorama de la Atención Primaria en Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos”[§], realizó un mapeo sobre la APS en 12 países de América del Sur en el año 2015 y encontró que los profesionales de enfermería están presentes en todos los equipos de APS de los países del estudio, exceptuando Bolivia, donde se relacionan técnicos o auxiliares en enfermería y no profesionales. Sin embargo, la razón de las enfermeras profesionales por mil habitantes es menor que la de médicos, en siete países, incluido Colombia. Por ejemplo, en Argentina^{**} se cuenta con 3,8 médicos y 2,2 enfermeras por 1000 habitantes mientras que en Colombia, la tasa de médicos por 1000 habitantes es de 1,7 y de profesionales de enfermería de 0,9 para el año 2011. En cuanto a los médicos dedicados a la salud familiar,

la interdisciplina hace referencia a las formas en que interactúan las diferentes disciplinas entre sí y que se convierten en el objeto de la interdisciplinariedad” (153).

[‡] La Atención Primaria en Salud es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica, en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación y a un coste que la comunidad y el país lo puedan soportar, esta se visualiza como la estrategia de atención esencial para liderar los sistemas de salud, como primer contacto de las poblaciones con la salud en cualquier escenario donde trascorra la vida y como parte integrante tanto del sistema nacional de salud, como del desarrollo social y económico global de la comunidad, considerándola además como la estrategia para lograr el pleno desarrollo (3,6)

[§] Estudio realizado por el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (Isags), Organismo Internacional del Consejo de Salud Suramericano, de la Unión de Naciones Suramericanas (Unasur)

^{**} País con la tasa más alta de enfermeras por 1000 habitantes para APS, según el estudio.

medicina familiar y comunitaria en Colombia se tiene un reporte de 500 profesionales; no se encuentra en el estudio este dato para enfermeras dedicadas a la enfermería familiar o comunitaria (7).

El estudio anterior, ratifica los consensos expresados por la OMS en cuanto al talento humano en salud para la APS en América del Sur, si bien enfatiza en la insuficiencia de este cualitativa y numéricamente, no deja de lado la formación de profesionales de salud, la cual la califica como poco adecuada y desorientada frente a la práctica de la APS. Además, afirma que en los últimos años se han observado diversas iniciativas de formación en algunos países de América del sur, no obstante estas no están presentes en Colombia y se enfocan de forma destacada a la formación de médicos de familia (7).

La segunda falencia, que considera la preferencia por ambientes clínicos, frente a los comunitarios, expresa que es necesario que los profesionales de enfermería muestren interés por los problemas sociales de las comunidades rurales por encima de los problemas de salud de las grandes ciudades donde convergen los niveles más altos de desarrollo o los servicios especializados, como las unidades de cuidado intensivo (6,8); esto porque los sistemas de salud basados en APS, tienen dentro de sus objetivos responder a los nuevos desafíos epidemiológicos: generar el desarrollo de nuevos conocimientos y mejores prácticas de cuidado de la salud y la vida; fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud y tomar sus propias decisiones de forma participativa; aportar al cumplimiento de los compromisos internacionales vinculados a los objetivos de desarrollo del Milenio, hoy objetivos de desarrollo sostenible, y generar análisis y acciones en el marco de los determinantes sociales de la salud que permitan alcanzar el nivel de salud más alto posible para todos (9–13).

El hecho que los profesionales de la salud prefieran los ambientes clínicos sobre los comunitarios, podría considerarse histórico, en la medida que los modelos de enseñanza así lo posicionaron. En las áreas de la salud, los modelos de enseñanza desde hace más de 100 años han sido permeados por modelos

“flexnerianos” y los modelos “críticos”^{††} quedaron rezagados, esto en gran parte porque los cambios históricos de los sistemas de salud generan una mirada centrada en la enfermedad y no en la salud.

En América latina, el modelo Flexneriano “*representó la oportunidad para la incorporación y modernización de las ciencias básicas preclínicas, contribuyó a la formación de docentes especializados y promovió en ocasiones el desarrollo de una infraestructura biomédica (...), pero este modelo de ninguna manera contribuyó a favorecer una visión integral del hombre*”(14). Por otro lado, el modelo crítico al introducir una mirada sobre los determinantes sociales de la salud, amplía la visión de la salud e intenta limitar la visión centrada en la enfermedad, este modelo incorpora aspectos de las ciencias humanas a la formación en las áreas de la salud, lo que genera, entre otros elementos destacados de este paradigma, la importancia de la APS como estrategia de promoción y recuperación de la salud y la tendencia a la medicina en casa (14).

Hay que mencionar además, que las reformas en salud pretenden cambios fundamentales sobre los problemas existentes de los sistema de salud, en especial lo referente a la calidad, equidad, satisfacción del usuario y eficiencia técnico-administrativa, todo esto, en coherencia con los valores, principios y recursos de una determinada sociedad (15), aspectos que posicionan la visión de la salud y que permean los ambientes formativos. Sin embargo, la reforma que se instauró en Colombia en 1993, en palabras de Franco (16), limitó la formación del personal de salud en salud pública. Esta área del saber no mereció la atención de esta Ley, es más, en la formación quedaron por fuera las competencias en esta área y las estrategias no fueron coherentes para analizar y dar respuesta a las realidades del país.

^{††} El modelo pedagógico “flexneriano”, esta basados en los aportes de Abraham Flexner, una de las propuestas de este modelo de enseñanza con casi 100 años de aplicación y múltiples críticas, hace hincapié en que los planes de estudios médicos –y de las demás áreas de la salud- deben tener una división entre un periodo o ciclo inicial de disciplinas básicas, seguido por otro dedicado a los estudios y afianzamiento de habilidades y estudios clínicos. Por su parte el modelo crítico pedagógicos intentan superar algunos de los postulados de Flexner e introduce una mirada sobre los determinantes de la salud y la enfermedad (14).

Como se puede ver, los dos elementos anteriores desencadenan en el tercero, la formación de los profesionales de la salud. Frente a esto, la OMS y la OPS exponen que la práctica profesional no se ajusta a los requisitos de la APS y no expresan lineamientos o directrices que permitan afrontar los desafíos de formación del talento humano en este tema (6), aspecto que conlleva a que cada país de forma autónoma establezca políticas para enfrentar la necesidad de talento humano formado en el tema; políticas que en oportunidades no alcanzan niveles de implementación nacional óptimos y generan experiencias aisladas de modelos de formación en un territorio (7).

En el mismo sentido de la OMS y la OPS, Showstack et al (17) plantean la necesidad de realizar cambios en la formación del talento humano en salud para posicionar la APS, requiriendo una transformación de los programas de formación. En el caso de enfermería, una transformación que permita visualizar la relación entre esta estrategia y el cuidado, haciendo explícitos los contenidos, reflexiones y prácticas (18). Ejemplo de esto, es Cuba, país que no solo replantea su modelo de educación superior y cambia las políticas de formación del talento humano en salud, considerando desde 1984 a la enfermera de familia^{††} como profesional que promueve el trabajo articulado en el modelo de APS (19,20), sino que en la actualidad y gracias al desarrollo en esta estrategia, forma talento humano bajo las premisas epistemológicas y axiológicas de la APS (18).

Según la experiencia cubana, es posible que para la implementación de la atención primaria en los países se deban dirigir los procesos de formación para los profesionales de enfermería contemplando el cuidado a los sujetos, las familias y los colectivos, para posibilitar así que las instituciones de educación superior fortalezcan los conceptos, las reflexiones y prácticas en los estudiantes. Para lograr lo anterior es indispensable el compromiso docente dentro de las facultades

^{††} En Cuba, el modelo de atención en salud se enfoca en la atención primaria de salud (APS) basada en el modelo del médico y la enfermera de la familia (MEF) y opera bajo el principio de que la salud es un derecho social inalienable, por lo que todos los cubanos tienen derecho a servicios integrales de salud (20).

de salud, ya que son estos quienes deben buscar la articulación de la APS a la práctica y generar espacios de apropiación temática en los estudiantes (18).

El objetivo de transformar la formación del área de la salud para hacer presente la APS, se visualiza en una de las metas del quinto desafío^{§§} de la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos para la Salud, celebrada en Toronto en octubre de 2005 en la cual se propone que el 80% de las escuelas de ciencias de la salud deben reorientar su formación hacia la APS y las necesidades de la salud comunitaria, incorporando estrategias para la formación interprofesional, meta que servía de plataforma para una década de trabajo en fortalecimiento del talento humano en salud (21,22); sin embargo, como lo propone un estudio en Australia, *Preparing nurses for primary health care futures: how well do Australian nursing courses perform?*^{***}, no hay claridad en los currículos sobre las competencias que debe tener un profesional en APS cuando egresa, lo que hace difícil que se encuentre un perfil claro para desempeñarse en este campo del cuidado (23).

En este estudio se observa que las competencias frente a la APS no son claras en los planes de estudio, además los detalles frente a los contenidos que algunas unidades académicas poseen en cuanto a la práctica formativa en esta área, son pocos, por lo cual se reconoce que en Australia se debe enfrentar el desafío de los nuevos cambios en salud formando las próximas generaciones en APS, para ello es importante modernizar los planes de estudio ya que aún no se visualiza el

^{§§} “Las metas regionales de recursos humanos para la salud 2007 – 2015 (12), organizadas según cinco desafíos críticos mencionados en la Agenda de Salud para las Américas y el Llamado a la Acción de Toronto. Estas metas son: a) definir políticas y planes de largo plazo para preparar los profesionales y técnicos de manera tal que se adapte a los cambios previstos en los sistemas de salud; b) ubicar a las personas adecuadas en los lugares adecuados; c) promover iniciativas nacionales e internacionales para que los países en desarrollo conserven su personal sanitario y eviten carencias en su dotación; d) fomentar la creación de ambientes de trabajo saludables, que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población; y e) crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para que sea posible adaptar la educación de los profesionales sanitarios a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población” (22)

^{***} Estudio que realiza auditoria a los currículos de enfermería para comprender como estaban los planes de estudio de pregrado frente a los principios y prácticas de APS en Australia.

papel de la enfermera de APS como garante de la salud y el bienestar de la población (23).

En contradicción a lo anterior, el estudio *The situation of nursing education in Latin America and the Caribbean towards universal health*^{†††} muestra que “*Entre las escuelas que participaron en el estudio, se observó que las competencias que sustentaban el plan de estudios, es decir, las competencias en epidemiología, bioestadística, salud pública, determinantes sociales de la salud, conocimientos y evaluación de la salud pública, atención primaria de salud y principios de la Salud Universal*” están presentes y corresponden a directrices propuestas por la Asociación Estadounidense de Universidades de Enfermería y la Asociación de Educadores de Enfermería de Salud Comunitaria (24).

Esta investigación, además, sustenta que “*en la mayoría de las escuelas participantes*^{†††}, *el modelo del plan de estudios incluye el servicio comunitario como parte del proceso de aprendizaje, (...). Las escuelas también ofrecen experiencias adecuadas de aprendizaje a nivel de la atención primaria*”, pero manifiesta de forma paradójica que “*otros aspectos que contribuyen a la preparación de los estudiantes para promover la Salud Universal*^{§§§} (...) *deben fomentarse en las escuelas de América Latina y el Caribe mediante experiencias de aprendizaje en entornos de atención primaria de salud. Asimismo, el contenido del plan de estudios debe brindar apoyo al fortalecimiento de los sistemas de salud mediante los valores de la Salud Universal y la atención primaria de salud,*

^{†††} Estudio transversal, cuantitativo, descriptivo y exploratorio en 25 países de América Latina y Caribe, incluido Colombia, que tiene como objetivo evaluar la situación de la educación en enfermería y analizar en qué grado los programas de educación de enfermería a nivel de grado en América Latina y el Caribe están preparando a los graduados para contribuir al logro de la Salud Universal.

^{†††} Según datos obtenidos en el 2016 por la OPS/ OMS, en América Latina y el Caribe hay 1.283 escuelas de enfermería que tienen programas de enfermería a nivel de grado. Sin embargo, en el estudio se disponía de la información de contacto de 1100 escuelas de enfermería (86% del total) y se invitó cada una de ellas a que participara en el estudio. La muestra final abarcó 246 escuelas de enfermería (tasa de respuesta de 22%) de 25 países que respondieron a la encuesta. En Colombia se tenían identificadas 43 escuelas, de las cuales respondieron el 47% (24).

^{§§§} Entre estos la ética, los derechos humanos, la justicia social, la comprensión de las diferentes culturas y repercusión de la cultura en la vida humana, el liderazgo, la promoción de la causa, la coordinación y administración de los servicios de salud, la educación terapéutica y sobre salud para pacientes y grupos comunitarios, y el conocimiento de los principios de la atención centrada en el paciente, la familia y la comunidad (24).

haciendo hincapié en el contexto de la atención de salud y las prioridades del país”(24).

En concordancia con lo anterior, se encuentran los postulados del documento “La formación de los recursos humanos para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina y Europa”****, en el cual se expresa que un proceso de formación pertinente en Atención Primaria debe contemplar asignaturas transversales y coherentes a sus postulados epistemológicos, teóricos y prácticos, los cuales enfocados al perfil profesional permiten el trabajo interdisciplinar, premisas que deben hacerse visibles en el proceso de formación por docentes con preparación en el tema, ya que a mayor conocimiento y experticia de los docentes, mayores niveles de desarrollo del conocimiento en los estudiantes (18), además porque “Son los docentes un factor determinante en la generación del proceso de identidad profesional”(25), por ello, la importancia de preguntarse sobre el significado de la formación en APS para los docentes, ya que como lo expresa el estudio *The situation of nursing education in Latin America and the Caribbean towards universal health*, la academia tiene la responsabilidad de *“contratar profesores con experiencia en el entorno de atención primaria de salud y en facilitar la educación interprofesional; de esta manera, podrán transmitirles a los estudiantes estas experiencias de aprendizaje importantes y transformadoras”* (24).

Situación parecida sucede en Colombia, donde se justifica la necesidad de transformar los procesos de formación, desde el actual modelo de salud propuesto en el marco de la reforma en salud, Ley 1751 de 2015 (13) y su política complementaria (26), normas que proponen la APS como eje del modelo de salud, más aun si se considera que desde 1991 se declaró a las enfermeras líderes de la Atención Primaria y en el trabajo a los colectivos en Colombia (27).

**** Presentado en el 2009 por diferentes organizaciones mundiales, entre estas el Ministerio de salud de Brasil, la escuela nacional de salud pública Sergio Arouca y la fundación para la cooperación y salud internacional del sistema nacional de salud de España.

En este sentido la actual reforma en salud, enmarcada en la Ley Estatutaria en salud, Ley 1751, visualiza a la APS para alcanzar la salud como Derecho Fundamental y también promueve nuevos retos, al reconocer que la formación de talento humano en salud en Colombia ha respondido a la creciente demanda de servicios especializados, implantados en la Ley 100 de 1993 privilegiando el aseguramiento como medida para garantizar la salud, lo cual posibilitó la pérdida progresiva de competencias de algunas profesiones en áreas como salud pública y comprensión del contexto, sumado a que durante los años posteriores a la reforma de 1993 no se dio la formación de competencias asociadas a la educación y promoción de la salud, APS, procesos de gestión y coordinación de programas e intervenciones de carácter familiar, social y comunitario, entre otras, generando brechas entre la formación y las necesidades del desempeño (26).

Lo anterior, a su vez, determina una baja capacidad resolutive de los profesionales de la salud frente a las necesidades en el primer nivel, así como para la coordinación de programas e intervenciones comunitarias dada la tendencia a perfiles de formación hospitalocéntricos (26) y la pérdida del enfoque interdisciplinario liderado por la enfermería que propone tanto la OMS y OPS como el Ministerio de Salud en Colombia (6,27) y a lo cual se suma el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) cuando afirma que la enfermería hace parte de este equipo interdisciplinario y que *“todo sistema basado en la APS debe tener establecido el apoyo y la ayuda a todo el espectro de las actividades de enfermería”* (28).

Otro aspecto a considerar dentro de la normatividad colombiana, es el cambio de los procesos de formación del talento humano en salud, que se manifiesta desde la Ley 1164 de 2007 *“por la cual se dictan disposiciones en materia del talento humano en salud”*. Esta Ley en el capítulo III estableció reglas sobre calidad de los programas de formación, escenarios de práctica y egresados. Igualmente dispuso que *“el desempeño del talento humano en salud lleva consigo un compromiso y una responsabilidad social, que implica la disposición de servicio hacia los individuos y las colectividades (...)”* (29) aspecto que para hoy debe enmarcarse

en la Ley 1438 de 2011 la cual hace parte de la actual reforma SGSSS y estipula que se deben constituir equipos básicos en salud que den respuesta a las necesidades de salud. Esto implica reorganizar de forma funcional el SGSSS y por ende formar el talento humano para responder a las necesidades en salud de la población colombiana y a los requerimientos del SGSSS enmarcado en la actualidad en la APS (12,30).

Conscientes de esta necesidad de formación, el estudio titulado Atención Primaria en Salud. Una mirada desde los profesionales de enfermería: barreras, conocimientos y actividades, realizado en el año 2013 en Barranquilla, afirma que los profesionales de enfermería tienen dificultades conceptuales frente a la APS. Al valorar la puntuación de ocho ítems abordados para conocer los aspectos esenciales y básicos del concepto de APS, *“se observó que el 63 % de los participantes no superó o aprobó la prueba de conocimientos”*. El estudio señala *“que los aspectos básicos relacionados con la atención primaria en salud son deficientes en la tercera parte de la población estudiada. El 14 % desconoce que la sigla “APS” significa atención primaria en salud.”*. El 32,9 % desconoce el contexto histórico de la APS, al no responder de forma adecuada entre otras preguntas, que esta surgió de la Conferencia de Alma Ata en 1978 (31).

Otro rasgo del estudio muestra conocimientos no aceptables en el tema. La publicación afirma que *“el 64,6 % presentó un conocimiento no aceptable con relación a APS. (...) concluye que el nivel de conocimiento demuestra la necesidad de capacitación, movilización y empoderamiento con respecto a la atención primaria en salud para el profesional de enfermería”*; además, menciona la necesidad de transformar la formación para las enfermeras de forma tal que se contemple a la Atención Primaria en Salud de forma transversal (31).

Al igual que en Barranquilla, en el departamento de Antioquia, la formación del profesional de enfermería se identifica en estudios recientes como parte de la necesidad para fortalecer el conocimiento en APS. El estudio Situación de la enfermería en el desarrollo de la atención primaria en salud en Antioquia desde la perspectiva de sus profesionales realizado en los años 2014 y 2015 expresa como

los profesionales de enfermería en Antioquia reconocen la carencia de este tema en los procesos de formación y por ende propone realizar cambios (32).

En esta investigación Atehortua (32) considera como categoría emergente “la formación del profesional de enfermería como un asunto crítico”, en la cual los profesionales del estudio manifiestan la existencia de vacíos académicos frente a la APS. “según los participantes de este estudio, durante la formación de los profesionales de enfermería, el estudio específico en APS es casi ninguno o muy escaso, y se ven sorprendidos en el mundo laboral cuando se les presenta una oportunidad de trabajar en la construcción e implementación de ésta”. Los profesionales de este estudio, enuncian que los vacíos conceptuales potencializan la discrepancia teórica – práctica y la disputa entre las áreas de desempeño clínico y comunitario (32).

Por todo lo anterior cabe preguntarse cómo es la formación de los profesionales de enfermería en relación a la APS, por ello se revisan las páginas Web de los programas académicos de 7 universidades^{****} que para el segundo semestre de 2016 tienen aprobado el código SNIES y el registro calificado para ofertar la carrera de enfermería en Antioquia. En esta consulta se pudo observar que dentro de los planes de estudio publicados en las respectivas páginas web no existe un módulo o curso que se nombre como APS, pero están presentes en los planes de estudio cursos o módulos de salud pública, atención familiar y promoción de la salud, así como el cuidado a los colectivos que pueden contener elementos temáticos, prácticos, conceptuales y actitudinales sobre la APS como elementos esenciales, que se encuentran identificados en lo que la OMS y OPS llamaron el sol de la APS (28).

Sin embargo, el que no exista un curso nombrado de tal forma no es suficiente para considerar que no se dan procesos de formación en APS o que la formación está en oposición a las investigaciones que consideran que este tema debe

^{****} Se hace un rastreo de los programas académicos de enfermería publicados en las páginas web de las universidades: adventista, Pontificia Bolivariana, CES, Uniremington, Universidad Católica de Oriente, Cooperativa de Colombia y Universidad de Antioquia.

integrarse a los planes de estudio de los profesionales de enfermería de forma transversal para desarrollar capacidades resolutivas y de trabajo interdisciplinar en los estudiantes (14,33).

Lo dicho hasta aquí implica, la necesidad de realizar un análisis que permita develar lo que está sucediendo en la formación de enfermería en APS, de manera primordial por un vacío investigativo, y como lo expresa Yarnall (34), por la necesidad de realizar cambios en la formación, hoy con enfoque predominante curativo, hacia una orientación integradora en el marco de la Atención Primaria, estudios en los cuales un aspecto importante se relaciona con los docentes como parte del proceso educativo.

3. Justificación

En el contexto formativo y pedagógico de la Enfermería, los docentes tienen un papel fundamental como tutores del saber profesional, quienes en la formación de enfermería son invitados a entender el cuidado como objeto de estudio de la disciplina en todos los escenarios donde se desarrolle la vida, por ello, esta investigación propone comprender los significados que construyen los docentes sobre la formación de enfermeras en Atención Primaria en Salud Renovada en una Universidad del departamento de Antioquia para contribuir al desarrollo y posicionamiento del campo de acción de la enfermería familiar y comunitaria como un núcleo no solo de formación sino de acción en donde la estrategia de APS cobre valor.

Comprender estos significados permitirá visualizar las necesidades de formación de APS y podrá sustentar proyectos educativos que incluyan procesos de actualización y formación que respondan a las necesidades planteadas por la sociedad y por el Ministerio de Salud de Colombia durante la capacitación sobre el Modelo Integral de Atención en Salud –MIAS^{****}, cuando expone que la “labor de las enfermeras es central para el desarrollo del modelo porque es la profesión que mejor ha guardado las raíces de la Atención Primaria en Salud” (35) en el país y por lo tanto, la consideró una profesión fundamental para el desarrollo del MIAS, aunque hace la salvedad, en la Política de Atención Integral en Salud, de la poca formación frente al tema, por lo tanto, esta investigación intenta aportar a la formación, mediada por la necesidad de elaboración de cursos transversales coherentes al cuidado desde la APS.

^{****} Modelo de Atención en Salud que hace parte de la reforma a la salud propuesta por la Ley 1438 de 2011 y Ley Estatutaria 1751 de 2015 y donde la APS tiene un papel protagónico.

Teniendo en cuenta lo anterior, como profesional de enfermería que durante años he trabajado con la estrategia de APS desde diferentes niveles, entre estos el práctico, el asesor y el docente, he comprendido la necesidad de la formación en APS para brindar cuidado de enfermería en el marco de un trabajo interdisciplinario, sin perder la esencia de la enfermería. La pertinencia de esta investigación gira en torno al propósito de contribuir al fortalecimiento de la formación de la enfermería en APS y por ende al desarrollo y posicionamiento del campo de acción de la enfermería basada en esta estrategia, dado el vacío del saber en esta área.

Sumado a estas razones, está la pertinencia social de la enfermería, la cual enfrenta a la profesión a dar soluciones a las necesidades de cuidado de los individuos, las familias y las comunidades no sólo en el marco de los desarrollos clínico asistenciales, sino dentro de un modelo de salud que propende por la participación social, la equidad y la justicia social en el contexto de una nueva visión de la salud como Derecho Fundamental conforme a lo estipulado en las actuales disposiciones normativas colombianas contempladas en la Ley 1438 de 2011 y la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Es preciso señalar, que no se encontraron estudios o análisis sobre el tema a nivel nacional ni para la Facultad de Enfermería que se eligió para el estudio, pese a que está considerada como referente departamental gracias a publicaciones que postulan un modelo de atención en salud en el marco de la APS para el departamento de Antioquia; este vacío, sumado al momento histórico donde se plantea una transformación curricular en la unidad académica fundamentan la investigación.

Finalmente, la presente investigación, diseñada desde la metodología de estudio de caso cualitativo, procura la comprensión del significado que tienen los docentes frente a la formación en APS en los niveles de pregrado, posibilitando un acercamiento en el campo investigativo hacia la profundización de nuevas investigaciones en esta área.

4. Pregunta de investigación

Teniendo presente el planteamiento del problema el cual expone la necesidad de formar profesionales cualificados y suficientes en APS y la pertinencia de los procesos de formación en los docentes, nos preguntamos acerca de ¿cuáles son los significados que construyen los docentes sobre la formación de enfermeras en Atención Primaria en Salud Renovada en una Universidad del departamento de Antioquia?

5. Objetivos

5.1. Objetivo general

Comprender los significados que construyen los docentes sobre la formación de enfermeras en Atención Primaria en Salud Renovada en una Universidad del departamento de Antioquia

5.2. Objetivos específicos

- Identificar las concepciones y las creencias que tienen los docentes sobre la formación en APS-R en una Facultad de Enfermería del departamento de Antioquia.
- Describir las concepciones y las creencias que tienen los docentes sobre la formación en APS-R en una Facultad de Enfermería del departamento de Antioquia.
- Interpretar las concepciones y las creencias que tienen los docentes sobre la formación en APS-R en una Facultad de Enfermería del departamento de Antioquia.

6. Referentes

6.1. Referente contextual

La Facultad de enfermería en la cual se desarrolla la propuesta de investigación hace parte de la Universidad de Antioquia. Fue creada bajo resolución número 30 del Consejo Directivo de la Universidad de Antioquia, como Escuela de Enfermería dependiente de la Facultad de Medicina y bajo la dirección de las Hermanas de la Presentación, iniciando labores desde marzo de 1951, asumiéndose con sede propia desde 1956 (36).

En 1961, la Asociación Colombiana de Universidades aprueba el plan de estudios y la expedición del correspondiente diploma que acredita el título de Enfermera General y cuatro años después la dependencia académica se rige por el calendario académico que tiene la Universidad, pero tan solo hasta la década de los 80 el ICFES concede licencia de funcionamiento al programa complementario de enfermería, la Escuela de Enfermería se transforma en Facultad, se diseñan los primeros programas de posgrado para el cuidado a pacientes en estado crítico y se edita por primera vez la revista “Investigación y Educación en Enfermería”(36,37).

En la década de los años 90, en la Universidad se promovieron estrategias para la actualización y rediseño de los currículos, con el fin de hacerlos más flexibles y con mayor pertinencia social y académica, de esta manera se realizó una transformación curricular en la Facultad de Enfermería, centrada en la reflexión del cuidado como objeto de estudio disciplinario, logrando la modificación del currículo en la primera década del siglo XXI en tres líneas de formación profesional: fundamentación básica, formación profesional con enfoque teórico – práctico para el cuidado individual y colectivo en la salud y en la enfermedad y profundización o énfasis en un área temática del pregrado, a elección de cada estudiante (36,37).

Hoy en día, la facultad forma profesionales de enfermería de pregrado y posgrado, con una visión integral de la salud y la vida, orientada al cuidado de individuos, grupos familiares y comunitarios, en todas las etapas de la vida, buscando incidir positivamente en su proceso vital con acciones de promoción y rehabilitación de la salud y de prevención y manejo de la enfermedad, a nivel de pregrado. La facultad ofrece el programa de Enfermería en Medellín y en el Oriente Antioqueño y cuenta con la re-acreditación del programa por el ICFES, además del registro calificado (36).

Dentro de su plataforma estratégica pueden vislumbrarse aspectos epistemológicos de la formación integral y con elementos de la APS en relación con la enfermería, como lo son el mejoramiento de la calidad de vida en los procesos que intervienen en el cuidado de la salud del individuo, de la familia y de la comunidad, con base en la disciplina de enfermería. Dentro de sus propósitos se destaca la formación integral que responda a las necesidades de salud del país, el desarrollo de capacidades para responder a los desafíos que condicionan el entorno de la salud y el fomento de la investigación para cualificar la docencia, avanzar en el conocimiento de teorías y modelos propios de la profesión y aportar propuestas de solución a problemas de la enfermería y de la salud, por lo cual, dentro del perfil del egresado se señala que este debe tener habilidades para diseñar, ejecutar y evaluar programas de cuidado de enfermería dirigidos a personas, grupos familiares y grupos comunitarios (36).

Cuenta con reconocimiento en cuanto a la APS gracias a los proyectos que ha desarrollado en convenios con la Secretaria de Salud de Antioquia, del cual se derivó entre otros la publicación del libro “Lineamientos para la promoción de la salud con-sentido humano en Antioquia” en el que un capítulo expresa las “Aproximaciones a un modelo de atención primaria en salud para el departamento de Antioquia”. El hecho de que esta Facultad tenga esta trayectoria en APS, y sea la más antigua en el departamento, además de poseer dentro de su plataforma estratégica elementos relacionados con los valores, principios y elementos de la APS, la convierte en un lugar de interés para esta investigación (36–38).

6.2. Marco epistemológico

Este apartado está construido teniendo en cuenta que el fenómeno de estudio no puede verse de forma aislada, ya que lo consolidan diferentes conceptos, por ello se plantean conceptos propios que configuran el objeto de estudio, formación, docente, Atención primaria en salud, como aquellos propios de la disciplina, enfermería, cuidado; pretendiendo con esto una articulación entre los conceptos relacionados con la salud pública-comunitaria, como piso de la Atención Primaria en Salud, y aquellos propios de la epistemología de la enfermería, lo que a su vez permite comprender la salud como derecho fundamental alcanzable mediante el actuar enfermero en la implementación de la estrategia de APS. (ver figura 1.)

6.2.1. La disciplina de enfermería

Las visiones del mundo son formas abstractas de ver la realidad y reflejan las pretensiones que desde el punto de vista ontológico (ser) y epistémico (conocer) tienen las diferentes disciplinas. En este caso la enfermería, se ve nutrida de estas visiones que se acercan al objeto y sujeto de cuidado de diferentes formas, posibilitando así la comprensión de los diferentes significados que las personas dan a las experiencias, realidades, o fenómenos relacionados con el cuidado de la salud (39).

Este trabajo se desarrolla bajo la influencia de la visión simultánea o unitaria transformativa, que plantean Fawcett y Newman (40,41), puesto que posibilita la articulación al paradigma investigativo cualitativo al compartir la visión humanística y subjetiva del mundo; además esta visión posibilita la comprensión del significado que tienen los docentes sobre la formación en APS ya que no podría considerarse que los significados son ajenos al ser totalitario del docente, estos son parte de su ser unitario y holístico y por lo tanto ser docente en enfermería para formar en APS es un todo que aunque compuestos por partes no puede separarse.

En esta visión del mundo los seres se consideran una organización que evolucionan a través de la historia, donde “las personas son seres unitarios,

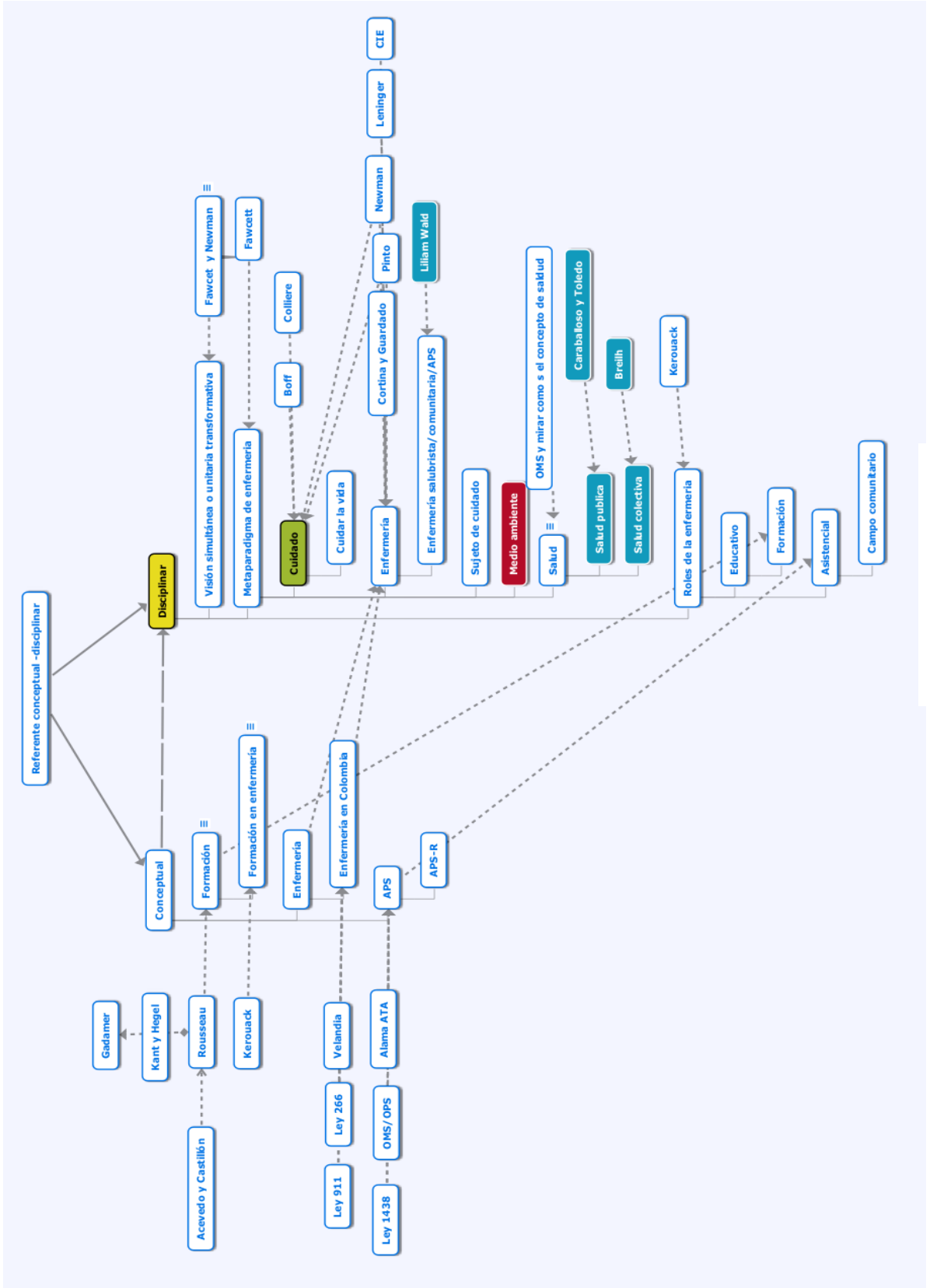
campos holísticos, autoorganizados e irreducibles, (...) identifica a la persona como un todo unido que posee integridad y características evidentes, que lo convierten en algo más que la suma de las partes que lo componen” (39). En este sentido, y en relación con el fenómeno de estudio, esta visión del mundo en enfermería permite comprender al ser humano (ya sea el sujeto de estudio: docente o el sujeto de cuidado en APS) como seres humanos totalitarios.

Otro aspecto de suma importancia para esta investigación, es la forma en que la visión unitaria-trasformativa considera la relación entre las personas y el ambiente, lo cual es indiscutible en la APS, en la cual, los determinantes sociales de la salud, condicionan el desarrollo humano integral de los sujetos y marcan su proceso de salud.

Desde esta perspectiva la persona/ser humano integral, biológico, cultural, social y espiritual, integrante de una sociedad, es la visión del sujeto de cuidado que se plantea tanto desde la enfermería moderna, como desde la concepción de APS, en esta visión, una persona debe ser vista con una mirada del cuidado que comprenda la existencia conjunta de necesidades de cuidado familiar, social, comunitario e individual; un aspecto que se logra a través de una mirada al individuo en su contexto real, propuesta por Leininger (42)

La teoría del sol naciente propuesta por Leininger, está enmarcada en una corriente teórica del pensamiento crítico social, que aporta elementos para comprender que el individuo se desarrolla como parte de una estructura social, donde cada sujeto posee un papel dentro de la sociedad, siendo lo biológico uno más de los tantos eslabones necesarios para el cuidado del ser humano. Ver al sujeto de cuidado desde esta teoría posibilita intercambios significativos con los elementos de la atención primaria en salud, por ejemplo, ambas teorías, la de Leininger y la de la APS, consideran esencial para el cuidado, la cultura donde están inmersas las personas, siendo estas las que guían el actuar del enfermero hacia un cuidado con calidad (6,43,44).

Figura 1: mapa conceptual referente disciplinar y conceptual



Fuente: elaboración propia

Otro aspecto es que ambas teorías, el sol naciente de Leininger y el sol de la APS, consideran que existen factores que influyen en el cuidado de la salud, entre estos los sociales y políticos; la diversidad en los cuidados propuesta por Leininger, guarda relación con el valor de la APS de ser desarrollada según las necesidades de las poblaciones y a costos soportables para la sociedad y el Estado. Finalmente, ambas consideran la universalidad de los cuidados, el contexto de cuidado y la necesidad de una estructura social para el cuidado a la salud (6,43,44).

Acogiendo entonces la inmensa relación que se tiene entre la concepción del sujeto de cuidado propuesto por Leininger y el sujeto de cuidado de la APS-S, este trabajo considera que la persona, como sujeto independiente, que posee racionalidad, intelecto, capacidad de vincularse socialmente y por ende vivir en comunidad, lo lleva a vivir bajo la obligación ética y moral de hacer valer los derechos y deberes propios y ajenos. Es, por lo tanto, un ser político, ético, espiritual y social que se relaciona con otros al reconocer y valorar al otro como a sí mismo sin ningún tipo de discriminación, viéndolo como un sujeto de derechos, deberes y de valores igual que sí mismo; dentro de esta definición entonces se comprenden a los participantes del estudio.

De este modo, el docente para este estudio no es un sujeto directo de cuidado, este debe como ser humano que cuida, ser capaz de interesarse por los otros; sin desconocer la cultura (45).

Si bien, el contexto donde se desarrolla esta investigación fue descrito en el apartado del referente contextual como la facultad donde se desarrolló el caso de estudio, en este momento hacemos referencia a dos relaciones, la primera aquella que existe entre el docente y la unidad académica y de ahí la segunda, referente a la relación de estos con el contexto de cuidado para la APS. En este punto, si la formación se considera un proceso libre y continuo, más allá de lo instaurado en una institución, y el contexto para la APS es cualquier escenario donde la vida trascorra, entonces la relación queda completamente clara frente al fenómeno de estudio, la formación de enfermeras donde el cuidado de la persona es el eje

central, podrá darse en cualquier lugar donde la vida trascorra, incluidos los espacios no institucionalizados, será un cuidado libre (6,44,45).

Según la visión unitaria transformativa el cuidado de enfermería es “un rasgo humano que motiva a acciones integradas en un todo, en donde el profesional de enfermería desarrolla empatía con la persona que cuida, se genera retroalimentación durante el cuidado dando como resultado un cuidado individualizado y permitiendo la participación activa y continua del paciente” (39) en su proceso de salud. Esta definición, comparte elementos propuestos por la APS.

En este contexto de ideas, es necesario aclarar, que el cuidado de enfermería es un término polisémico, según Pat Rose (46) existen más de 6000 resultados sobre la definición del cuidado en una sola revista: *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*. Esta variación permite que en su definición teórica se reflejen los cambios sociales, económicos, ideológicos, políticos, históricos, religiosos e incluso científicos que enmarcan el cuidado (47,48); aspectos que como veíamos antes condicionan el desarrollo de la vida. Sin embargo, esta multiplicidad de significados también posibilita la falta de sistemas teóricos sólidos que pudieran ofrecer conexiones conceptuales válidas para el ejercicio profesional, como lo expresa Sanabria (49).

En este sentido, concretar una definición para el cuidado es complejo y hace necesario comprender como lo plantea Medina (50) que el cuidado “ha extraído del campo de la filosofía, y la psicología existencial, humanística y personalista” elementos fundamentales. En relación a lo anterior y si se comprende como una de estas influencias al humanismo, escuela en la cual también puede tener cabida la visión transformativa, podría decirse que existe una escuela humanística del cuidado, que le confiere atributos comunes y esenciales; atributos que deben permeare la formación de enfermería ya que son elementos compartidos en la teoría de APS.

En esta escuela humanística, el cuidado de enfermería se dirige hacia al sujeto de cuidado^{§§§§}, es considerado universal, individual y colectivo; involucra una relación en la que la persona cuidadora está comprometida con las necesidades propias del sujeto de cuidado, dicha relación esta mediada por la comunicación, la intersubjetividad y la cultura. Como causa de lo anterior el cuidado se considera obligación moral y deber legal, y requiere de una relación respetuosa y de reflexión constante (46,51–53). Por otro lado, desde las raíces interpretativas este se debe a la integración de acciones a la vida cotidiana y a las formas de satisfacer las necesidades en las diferentes culturas, lo cual lo coloca como concepto *esencial* para todas las comunidades.

Considerando entonces que lo esencial, corresponde a una visión estructural, esta investigación se adhiere a la definición basada en la esencialidad del cuidado, puesto que es la estructura del proceso de formación de enfermería y por tanto debe estar presente en la formación de enfermería en APS.

El cuidado de enfermería, es el objeto de estudio de la disciplina, es más que un acto, es una actitud, por lo tanto representa un modo de ocupación, de interés, de responsabilidad, de conocimiento y la implicación afectiva con el otro (54). El cuidado de enfermería mantiene la vida, asegura la satisfacción de un conjunto de necesidades que son diversas de acuerdo al entorno en el cual el ser humano se encuentre, es tan diverso como el hombre y aplicable en todo momento de la vida, en todo lugar donde se desarrolle; son acciones que propenden por dignificar al ser humano, y es un cuidado universal (41,47,55–57).

Por lo anterior, un proceso de formación en APS para enfermeras no puede darse alejado de la comprensión del cuidado como centro del quehacer profesional, sumando a que los propios modelos planteados en el contexto nacional, departamental, local e institucional, configuran al cuidado como centro de la estrategia de APS en el que la enfermería se considera líder de esta estrategia (26,28,38).

^{§§§§} Entiéndase persona como se definió en párrafos anteriores.

Continuando con los conceptos epistemológicos de enfermería mirados a través de la visión unitaria-trasformativa, la enfermería está vista como un rasgo humano, un imperativo moral y una relación intersubjetiva e interpersonal. Si se considera el sentido social cooperativo que esta profesión posee, que como lo plantea Cortina y Guardado pretende proporcionar un bien social específico e indispensable mediante el cuidado (58), es decir, una enfermería que se preocupa por reivindicar el derecho a la salud, y que mediante el cuidado pretende promover la vida, la salud, el bienestar social e individual, se está hablando por ende, de una enfermería que contempla en su accionar uno de tres valores de la APS, la salud al mayor nivel posible.

Entonces si el cuidado de la salud, es el quehacer de la enfermería, de donde se deriva su sistema práctico y creencias, sus valores y la naturaleza de sus servicios, además de la responsabilidad para el desarrollo del conocimiento particular (59), se posiciona la importancia de la formación profesional en APS como campo de acción ya que en el momento actual, el país exige enfermeras con capacidad resolutoria en el marco de un modelo que fundamenta sus raíces en la estrategia de APS y al cuidado como núcleo del mismo, ceder estos espacios de formación, es renunciar al liderazgo reconocido frente a las acciones de la enfermería comunitaria (26,27).

Enfermería comunitaria o salubrista que desde 1983 es definida por Wald, como aquella que ejerce su accionar propio no con grandes recursos económicos sino con capacidades propias del cuidado por el ser humano, en respuesta a las problemáticas socioeconómicas, políticas y de salud de grupo en la sociedad (60), lo cual viabiliza el accionar de la enfermera en APS en el contexto colombiano; quehacer que requiere una formación que como lo plantea Leininger, debe contemplar lo cultural y darle una visión social al sujeto de cuidado, incluyendo elementos de las ciencias sociales y brindando dentro de los procesos de enseñanza conocimientos básicos en sociología, antropología, psicología e investigación social cualitativa (9,10).

Teniendo en cuenta lo anterior se puede considerar lo siguiente:

“La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Son también funciones esenciales de la enfermería la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación” (63).

Por su parte, la salud es el objeto de estudio de múltiples áreas del saber, como la enfermería, la medicina, ciencias sociales, política, e incluso la economía, además es un concepto polisémico, cuyos significados varían según la cultura, por ello definirla de una forma única sería inapropiado. Así pues, desde 1946 la OMS concibió como salud el estado de completo bienestar bio-físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. Lo cual la posiciona no solo en el ámbito de la enfermedad sino del pleno desarrollo humano, incluso permite concebirla como derecho para alcanzar un desarrollo humano y social sostenible (64), aspecto que converge con lo propuesto en la visión unitaria transformativa, que contempla la salud como un todo, que no se puede fraccionar y que se afecta por cualquiera de sus partes.

En el mismo documento donde la OMS define a la salud, este organismo mundial expresa que el disfrute del más alto nivel posible de la salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, creencia política, economía o condición social, por lo cual la salud de todos los pueblos es fundamental para lograr la paz y la seguridad y depende de la plena cooperación de las personas y los Estados, por lo que los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de sus pueblos, aspecto que sólo puede cumplirse mediante la provisión de medidas sociales y de salud adecuadas (64) y mediante la implementación de estrategias de atención de salud como la APS con talento humano altamente cualificado.

Actualmente en Colombia, la salud bajo la Ley Estatutaria en Salud, Ley 1751 de 2015, se regula como derecho fundamental, autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, en esta norma se consagra que el Estado debe adoptar políticas públicas tendientes a reducir las desigualdades en salud que incidan sobre el goce efectivo del derecho a la salud, dichas políticas deben orientarse en el marco de la equidad y de los determinantes sociales de la salud y de la APS.

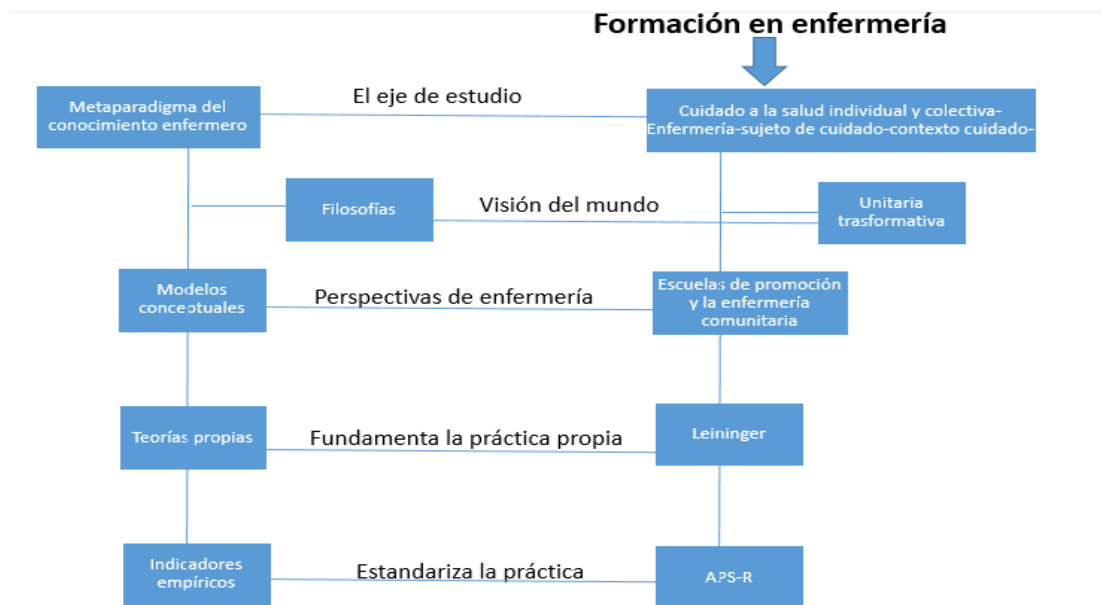
Para esto se establece que el gobierno debe implementar una política pública en salud, la cual es radicada en el 2016 por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia conocida como la Política integral de salud (PAIS) cuyo marco estratégico gira en torno a cuatro componentes, dos de ellos de trascendental interés para este trabajo, la APS y el cuidado de la salud (13,26). Complementando la anterior política – Resolución 429 de 2016, PAIS- y con el fin de dar lineamientos sobre su implantación, surge el modelo de Atención Integral en Salud, (MIAS), el cual se considera un modelo de atención y prestación de servicios de salud, diseñado para ser implementado con enfoque étnico, cultural y de APS.

Para la Enfermería, la salud y el cuidado guardan una estrecha relación, pues la primera se alcanza mediante acciones del segundo. Leininger definió que la salud es un estado de bienestar, culturalmente definida, valorada y practicada de forma tal que se refleje la capacidad de los individuos para llevar a cabo sus roles cotidianos, en esta teoría la salud se considera universal a todas las culturas, pero con una definición particular y distintiva, en donde cada grupo humano pueda plasmar sus valores, costumbres y creencias específicas (42), definición que permite relacionarse con los postulados de la APS, ya que guardan estrecha relación.

Por todo lo anterior, la salud, es un derecho fundamental que propende por el completo bienestar de las poblaciones, yendo más allá de la ausencia de enfermedad, que para lograrlo se debe tener enfermeras con capacidad de liderar la APS visualizando el cuidado como uno de sus elementos (ver figura 2)

Sumando a lo anterior, es necesario tener presente que en la historia de la enfermería plantea un desarrollo cronológico de la profesión. Basados en Meleis (65), se puede expresar que este desarrollo da origen a escuelas de pensamiento de enfermería, las cuales además de tener presente la visión y la conceptualización frente al paradigma enfermero, plantean una postura disciplinar frente a los problemas de enfermería y las acciones de cuidado propuestas en determinado periodo de tiempo, por ello una escuela en la cual podría anclarse esta propuesta es la escuela de promoción de la salud, la cual se centra en identificar qué son los cuidados de enfermería en la promoción de los comportamientos de la salud, y cómo estos logran estar dirigidos a los colectivos humanos, especialmente la familia.

Figura 2. Estructura Jerárquica del conocimiento contemporáneo para formación en enfermería en APS



Fuente: Modificación al modelo planteado por Fawcett, J., Desanto, S., En Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. 2013. Pag. 29.

6.2.2. El desarrollo de la enfermería comunitaria

La enfermería al contemplar al cuidado del otro, del medio y de sí como su núcleo de estudio, connota una historia tan antigua como la existencia del hombre. La enfermería comunitaria, por su parte relata su historia ligada al cuidado de los más necesitados. En sus labores se encuentra ligada a la expansión del cristianismo, cuando el cuidado se expresaba mediante el amor a los pobres y enfermos, mediado por una profunda solidaridad entre los creyentes en Cristo, “quienes se ayudaban mutuamente en la enfermedad, en la pobreza y en las persecuciones” (66), si bien, el objetivo de este apartado no es hacer un recuento histórico fidedigno, por lo cual se encuentran saltos en la línea del tiempo, se retoman algunos hechos que se consideran de importantes para contextualizar el desarrollo de la profesión desde el campo comunitario.

Parte de esta historia se ejemplifica con la vida de Febe, quien se considera como la primera enfermera visitadora, ya que atendía a los enfermos en sus hogares, dando el bautismo y ungiendo el aceite, proporcionando así no solo cuidados físicos sino espirituales, quizá por ello “la enfermería representa misericordia y caridad”(66).

Posterior a la época de cristo, con las cruzadas y los heridos que estas dejaron se hace necesario los cuidados en las rutas de estas guerras santas, e incluso existen evidencias del siglo XIV del surgimiento de movimientos femeninos destinados al cuidado de los colectivos humanos, tal como lo comprendemos hoy, en estrecho contacto con las realidades sociales, con los fenómenos culturales y económicos, que se dedicaban al cuidado de los enfermos, a asistir a los pobres y a la enseñanza de los niños, pero desligadas de los estrictos mandatos de la iglesia; este es conocido como el movimiento beguino (67).

En la primera mitad del siglo XVII San Vicente de Paúl, fundó la orden religiosa de las Hermanas de la Caridad, propulsora de la visita domiciliaria sistematizada y con criterios organizativos, entre los que estaba evaluar periódicamente la

evolución de los pacientes, considerar a la familia como unidad de servicio o enseñar a sus miembros cómo auto cuidarse.

En 1981, en Inglaterra surge la necesidad de visualizar el cuidado domiciliario, gracias a William Rathbone, quien había experimentado la carencia de personal preparado para cuidar en este entorno. Este solicita a Florence Nightingale enfermera con este enfoque, quién ya había visto esta necesidad previa a la petición, y lo había incluido como uno de los objetivos de los planes de estudio gracias a la labor de las Hermanas de la Caridad, pero no lo puso en práctica por la falta de empleo, ya que la atención era para los pobres sin capacidad de pago; sin embargo, Rathbone tenía la intención de consolidar esta atención a los pobres de la comunidad, y en 1982 logra crear un instituto con lineamientos de la escuela de Santo Tomas con prácticas en hogares pobres en los 18 distritos de Liverpool. Organizó que una enfermera graduada por Nighthingale con damas voluntarias visitara a los enfermos en los hogares. Este hecho llevó a que en Londres se estableciera la atención hospitalaria municipal y comunitaria por distritos y se iniciara la enseñanza formal de la enfermería comunitaria como algo nuevo en Inglaterra, incluso se llegó a considerar la especialización. En 1934 el CIE propone para los programas educativos de las escuelas dos áreas, la curativa y la educación preventiva. En América Latina la escuela de Nurse de Uruguay inicia la formación comunitaria como aspecto integrante del plan de estudios en 1950 (68). En Colombia no existe gran diferencia con este desarrollo, la enfermería comunitaria tiene como uno de sus antecedentes el surgir en el entrenamiento de enfermeras y parteras en el Hospital Santa Clara de Cartagena de Indias (69) y en el entrenamiento práctico, por parte de médicos, a señoritas en el hospital de la Misericordia en Bogotá en el año de 1911, allí se gradúa un número pequeño de estudiantes, quienes obtienen el diploma de *“Idoneidad en Medicina y Enfermería”*; sin embargo, es solo hasta 1920 que se abre la primera escuela de enfermería en Bogotá (69).

A principios de 1930, se organiza la escuela nacional de enfermeras visitadoras en Colombia desde la dirección de higiene nacional (69,70). Estas enfermeras

visitadoras, tienen sus orígenes en el escuela de Rathbone, quien incluyó como una de las funciones la visita domiciliaria, combinando así la enfermería clínica u hospitalaria con la atención a la comunidad e incluso con la movilización social, pues fueron estas 80 enfermeras visitadoras de la Dirección de Higiene en Bogotá, quienes se organizaron en el primer sindicato femenino del sector salud (71); aspecto que permitió posicionar la profesión, como un elemento esencial para el cuidado de la salud y expedir normas del ejercicio ético y autónomo de la profesión, enmarcado en la primera Norma que reglamenta a la enfermería en Colombia: Ley 87 de 1948 (71,72).

Solo en 1958, la Escuela Nacional Superior de Enfermeras es elevada a la categoría de Facultad de Enfermería obteniendo así el primer programa de estudios autónomo de Licenciatura en Ciencias de Enfermería en el país (73,74).

Esto permite comprender dos aspectos sobre la enfermería, el primero que es profesión joven, el segundo las herencias biomédicas, religiosas, femeninas, militares y étnicas (74) que determinan tanto la identidad de la enfermera como la visión que la sociedad tiene acerca de la profesión (75) y como se liga a la atención comunitaria y a los principios de la APS.

Los primeros posgrados registrados en el año de 1972 de enfermeras magíster con titulación, son con estudios en áreas afines a la educación, solo hasta el año de 1984 se aprueban los posgrados en áreas propias bajo la modalidad de especializaciones (76), y los doctorados en enfermería se inician en el año 2002 (77) en la Universidad Nacional de Colombia; sin embargo, no se registra ningún posgrado propio en enfermería comunitaria, existen posgrados en salud pública o en salud colectiva, que pudieran responder a las necesidades de cuidado a los colectivos, pero ninguna con eje central del cuidado como podría ser un posgrado que responda a ese primer momento de la enfermería visitadora.

Hoy en Colombia en el marco regulatorio de la Ley 266 de 1996 por la cual se reglamenta la enfermería en Colombia, el llamado a una enfermera comunitaria queda tácitamente descrito, al definirla en su artículo 3 como “una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la

familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influyen en la salud y en el bienestar" (78). De igual forma sucede en la Ley 911 de 2004, cuyas disposiciones centrales están dadas frente a la responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia y el establecimiento del régimen disciplinario correspondiente (79) donde se definen los valores con los cuales se ejercerá la función de enfermería y se define la naturaleza del acto de cuidado.

6.2.3. La formación de la enfermería en APS

No es posible iniciar hablando de la formación del profesional de enfermería en APS, sin antes discutir un poco los conceptos que centran esta categoría conceptual: la formación en enfermería. Aunque el concepto de formación soporte un análisis epistémico e histórico, este no es el fin del presente texto, no obstante, la exposición de algunas ideas de grandes pensadores como Rousseau, Kant, Hegel, y Gadamer sobre este concepto.

Iniciando con Rousseau, Castrillón (80) propone la deuda con la concepción de formación, en sus postulados, ya que esta "(...) es entendida como una experiencia semejante entre hombres, cosas y sabiduría", pero no la define de forma puntual, entendiendo hoy que Rousseau lo que expone respecto a la educación, de los hombres, quienes en naturaleza son buenos, pero deben vivir en una sociedad que no lo es tanto, y por ende debe ser educado como un ciudadano ideal.

Considerando entonces que existe cierta sinonimia entre los términos de formación y educación para Rousseau, este autor critica la formación como proceso homogéneo en instituciones y la separa en niveles según la edad o experiencia ligando gran parte de este proceso a la familia y la sociedad. La primera formación que el ser humano recibe para Rousseau, es la formación inicial, que proviene de la casa y familia; en esta prima cierta obediencia a las normas y se imparte en lo que hoy consideramos infancia temprana. La segunda,

inicia en la escuela y se desarrolla bajo la supremacía de la instrucción, y corresponde a los conocimientos que se dan en la primera infancia. La tercera, empieza en la adolescencia y finalmente el apartado que corresponde a la adultez, donde se desarrolla la formación política, profesional y familiar. La idea rousseriana de formación implica además la razón, el pensamiento y el entendimiento, pues esta no es concebida solo como el simple acto de ir a la escuela, la formación es tener conciencia y haber comprendido (45,80).

Lo anterior posibilita entender que la formación es un proceso dado a lo largo de la vida de forma ininterrumpida, donde el sujeto adquiere la condición de sujeto social, conforme logra independencia, haciéndose dueño de su proceso quizás guiado por un tutor, maestro o profesor el cual obviamente debe tener habilidades para guiar. Esta interpretación de los postulados de Rousseau, compaginan con las ideas de Kant, frente a “las obligaciones para sí mismo” que tenemos como sujetos en constante formación de darnos forma, aunque como afirma Acevedo (81) Kant tampoco utilizó el término formación, sino que es Hegel quien habla de 'formarse' y 'formación', recogiendo la idea kantiana de las obligaciones para consigo mismo de darse forma y proponiendo que el hombre no es lo que es por naturaleza, sino que en su evolución se transforma en una forma constante, progresiva e ininterrumpida hacia su ser espiritual (82).

Por otro lado, Gadamer estudiando por qué las ciencias empíricas no explican la naturaleza humana, analiza el concepto de formación de Hegel y comprende que la formación como proceso está en constante desarrollo y no tiene un único objetivo verdadero, sino que depende de la reflexividad que hacen los sujetos al ir más allá de la formación de capacidades del saber o del hacer. La importancia de la formación para Gadamer radica, en ser el sujeto que se va a ser en el transcurrir de la vida, entendiendo y actuando como un ser que apropia lo que lo forma; es decir, un ser nunca está vacío en ningún momento de la formación y que actúa en concordancia a esto en el contexto (82).

Otro aspecto que cita Gadamer de los postulados de Hegel, es la relación de complementariedad que se establece en los dos modos de formación, práctica y

teórica, pese a la diferencia que existe entre ambos. La formación práctica se da cuando el sujeto se adjudica una generalidad, lo cual es posible porque se aleja de la necesidad personal y del deseo privado; la teórica por su parte se logra al aprender a aceptar la validez de las cosas, aprendiendo lo objetivo sin intereses propios. Según lo anterior, la formación posee un saber especial aplicado según la situación dada, la cual no es efímera y que permanece en el tiempo, un saber que trasciende lo conceptual y se une a lo humano (82).

Recapitulando, la formación implica una acción profunda que se ejerce sobre el sujeto, desde sí y desde quien forma, que propende por transformar el ser, el saber y el hacer, por lo cual no se limita a un periodo de tiempo; su alcance está dirigido a la capacidad reflexiva que el sujeto forma con teoría y práctica. En la formación el saber no se considera acumulo de conocimientos, sino capacidad resolutive de las necesidades humanas.

Según lo anterior, la formación en enfermería debe ser un asunto en constante desarrollo donde se posibilite la autonomía del estudiante hacia el proceso de enseñanza-aprendizaje; en este proceso, es indispensable la adquisición de conocimientos propios de la disciplina, pero va más allá de la instrucción hacia la formación integral del sujeto, la cual debe ser reflexiva de la realidad social, económica, política y disciplinar. En este sentido la formación de los futuros profesionales debe permitir el encuentro con las otras maneras de ver el mundo de la salud, incluyendo aquellas situaciones frente a las necesidades de cuidado de los individuos, la familia y la comunidad.

Otro aspecto a considerar en la formación en enfermería en APS, implícito en los postulados de Kerouack (2) es la complejidad inherente a un mundo en constante cambio, lo cual ha acelerado la evolución de la enfermería para responder a una práctica interdisciplinaria, donde se visualiza el cuidado como elemento de interés no solo de esta profesión. En este sentido, el proceso de formación profesional debe aportar elementos para la consolidación de prácticas interdisciplinarias en salud que aseguren una respuesta a las necesidades cambiantes de los sujetos, las familias y los colectivos, pero que además afirme el dominio del saber propio

de la profesión dentro del contexto de la salud, haciéndolo indispensable para la comprensión del mundo, de los sistemas de salud y de los avances científico-técnicos.

De esta forma la autora propone, que la formación en enfermería está arraigada a la esencia de la profesión y debe preparar al estudiante para el análisis crítico de la realidad, asegura que la “formación invita y conduce a los estudiantes a comprender la misión social específica de la disciplina enfermera, la utilidad del servicio que la profesión presta a la sociedad y la importancia que este servicio reviste para la sociedad” (2). Entendida así la formación de enfermería constituye un proceso de socialización y reflexión de conocimientos, principios, valores, conciencia sanitaria y habilidades técnicas, en contextos complejos como lo son el desarrollo disciplinar, científico, técnico, ético y sociopolíticos, por ello, los planes de estudio necesitan estar sintonizados permanentemente con la realidad, los contenidos, las experiencias y los ambientes de aprendizaje para transmitir, además de conocimientos, valores éticos y morales (22).

Vinculando la visión que Gadamer propone sobre la formación como un proceso de constante reflexión, que además articula la teoría y la práctica, podríamos entender que la formación en enfermería no se aleja de este postulado, ya que el núcleo es formar sujetos reflexivos que traten de analizar, explicar, relacionar y comprender las necesidades de los sujetos de cuidado respondiendo de forma específica a estas; en otras palabras la formación debe conllevar “ (...) a centrar lo que saben las enfermeras y como estos conocimientos guían su pensamiento y su toma de decisiones mientras se concentran y analizan de manera crítica la situación de salud-enfermedad de la persona” (83).

Pese a ser una necesidad en la formación la obtención de conocimientos actuales, suficientes y reflexivos de la realidad, que le permita a los futuros profesionales desarrollar procesos confiables de cuidado (25), en Colombia como en muchos países, la formación requiere cambios que contemplen estrategias, como la APS, que permitan acciones de cuidado cada vez más cercanas a donde la vida se desarrolla (7). En este momento los retos para enfermería se centran en

desarrollar prácticas que incentiven la enfermería en las comunidades rurales, prácticas que como lo supone la visión de formación de Gadamer, no pueden alejarse de un saber teórico

La formación profesional de enfermería con un enfoque comunitario no es nuevo, se visualiza desde “las discusiones teóricas sobre la enfermedad que se llevan a cabo en el ambiente universitario o eventos científicos, [las cuales] no ejercen ningún impacto en los servicios de salud”(84) ya que estos continúan aferrados a una idea morbo-céntrica y no analizan los nuevos paradigmas holísticos del desarrollo humano, donde el cuidado a la vida cobra vital importancia, cuidado que según la visión de varios organismos internacionales y aun los nacionales, debe ser brindado por enfermeras bajo la implantación de acciones de cuidado en el marco de la APS (9,27,85), lo cual determina la importancia de la formación en APS para los futuros profesionales ya que como lo plantea Agudelo (86), para que la APS se pueda implementarse como estrategia del SGSSS, deben desarrollarse algunos componentes básicos, entre estos la formación idónea del talento humano en enfermería.

6.2.4. Evolución de la Atención Primaria en Salud

La salud ha registrado grandes cambios en los últimos años, en especial en América Latina, donde se han iniciado reformas a los sistemas de salud para responder a los nuevos cambios epidemiológicos, políticos y sociales cuyas consecuencias más visibles son la prevalencia y emergencia de enfermedades no trasmisibles y ponen en peligro cualquier logro alcanzado en materia de seguridad social en salud. Estas reformas en salud buscan entre otras cosas que los sistemas sean más incluyentes, asequibles, eficientes y eficaces, pero que además acerquen la salud a las poblaciones. Para esto la OMS y OPS han considerado que el mejor enfoque es renovar la visión de la Atención Primaria en Salud (APS) (9,87). Consciente de esto Colombia modifica su modelo de atención y lo basa en los principios rectores de la APS (12,13,88)

La APS es uno de los ejes de trabajo de la OPS (87), es una estrategia definida por la conferencia de Alma Ata de una forma general, como el núcleo del sistema de salud del país, del cual forma parte integral del desarrollo socioeconómico, representa el primer contacto entre los individuos, la familia y la comunidad hacia el sistema de salud, por lo cual esta debe llevarse lo más cerca posible a donde se reside y trabaja (3). Se debe agregar que cada país puede permitirse redefinirla de acuerdo a sus necesidades (86), siempre y cuando se conserven los criterios básicos de la definición aprobada por los países miembros en 1978. Años después, en el 2003, se inicia la renovación de esta visión y se consideran los retos que para la época están sufriendo los sistemas de salud de la región de las Américas, los cuales concluyeron en el año 2007 cuando se publica el documento “La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS”(11) y alcanza su máxima cúspide en el 2008 con el documento “La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca” (9).

Es así como La renovación de la APS, mantiene la esencia de lo postulado por Alma Ata de 1978 , solo que esta vez su definición se centra en el sistema de salud, visto este como el conjunto de sectores públicos, privados y sin ánimo de lucro, aplicable a todos los países y propone valores, principios y elementos enfocados hacia la calidad de la atención en salud, descartando que esta estrategia pueda ser vista como un paquete de servicios ya que la atención en salud debe centrarse en las necesidades de cada sujeto, familia y comunidad (6,11).

En Colombia la Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el SGSSS, adopta la APS como componente del modelo de salud definiendo esta como:

la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de

las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (12).

Esta Ley es clara en afirmar que la APS hace uso de “*métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud [mediante la integración de tres] componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social comunitaria y ciudadana*” (12).

Aunque la renovación de la APS desecha la idea de que esta sea brindada por un grupo estandarizado de personal de salud, ya que los equipos de salud deben determinarse según los recursos y necesidades de cada país, en Colombia y en el mundo es claro el liderazgo histórico de los profesionales de enfermería en la implementación de esta estrategia (27), tanto así, que el cuidado hace parte estructural, en primer lugar, de la renovación, al ser considerado como uno de los elementos dentro del modelo propuesto por la OPS, el cual está conformado por valores, principios y elementos; y en segundo lugar, del modelo de salud de Colombia (26), motivo por el cual el conocimiento de esta debe trazarse dentro de los programas de estudio como una competencia a desarrollar.

6.3. Referente conceptual

En el siguiente apartado, se pretende describir de forma breve algunos conceptos que guardan relación con el fenómeno de estudio:

6.3.1. La enseñanza

Según la definición adoptada por Flórez, se entiende como una actividad que tiene implícita la intencionalidad y la planeación de los saberes por parte de las personas que se dedican a enseñar (profesores, maestros) y cuyo objetivo es el

aprendizaje en interacción constante entre los sujetos (89). En este sentido, la enseñanza representa un aspecto específico de la práctica educativa (90).

Al entenderse como práctica social específica supone, por un lado la institucionalización del quehacer educativo y por el otro la sistematización y organización en torno a los procesos institucionales de enseñanza/aprendizaje, por ello, es tanto un proceso sistemático que supone una especialización creciente de las funciones y saberes en la sociedad, que condensa el quehacer educativo en unos tiempos y espacios determinados, es decir, en la academia; y un proceso relacionado con la organización de las sesiones de clase, que, supone la gestión de los procesos curriculares (90).

6.3.2. La educación

Es el proceso mediante el cual una sociedad particular inicia y cultiva en sus individuos la capacidad de asimilar y producir cultura (89). La educación es en el sentido amplio, el proceso por el cual la sociedad facilita el crecimiento al ser humano, crecimiento en términos de evolucionar, desarrollarse, adaptarse, integrarse o apropiarse en el medio cultural y social en que se vive. En este sentido, la educación es una práctica social, que responde a una determinada visión del hombre (90).

Por ello, no puede reducirse a solo recibir conocimiento o información para desarrollar destrezas laborales para producir eficientemente, aspecto que no solo limita el crecimiento personal sino que restringe la educación a la edad, lo cual posibilita la evolución de nuevos conceptos relacionados, entre los que encontramos, educación para vida, es decir, la educación como proceso permanente que trasciende la academia y se refiere al hombre como un todo (90).

6.3.3. El proceso enseñanza-aprendizaje

El aprendizaje, es considerado como un proceso consciente del ser humano, que le permite modificaciones del pensamiento duraderas, por ello, es calificado como un proceso subjetivo, que puede ser manifestado por acciones específicas en momentos determinados. Por su parte, el proceso enseñanza-aprendizaje, es sucesivo y progresivo, mediado por una interacción entre varios sujetos (profesores, alumnos) y un tema previamente elegido por el profesor, con el cual se espera generar diálogo y reflexión compartida, de la que se espera algún aprendizaje, por ello se considera un proceso intersubjetivo (89).

“Las experiencias en enseñanza-aprendizaje están determinadas por el contexto político, social, cultural y económico en que se circunscriben” (5) y deben ser adecuadas al momento contemporáneo. En este, es de trascendental importancia la posición del estudiante como sujeto activo, es decir, tiene espacio para colocarse y proponer cambios, lo cual se logra mediante el uso de metodologías activas de enseñanza con enfoque crítico-reflexivo, la ampliación y diversificación de los escenarios de enseñanza-aprendizaje y la intención de los docentes o maestros de adoptar formas de evaluación formativa.

6.3.4. La Creencia

Sistema socializado de conceptos e ideas que organizan la percepción de partes del mundo o su totalidad en el que vive la sociedad de referencia, pueden ser de origen mitológicos o racionales, pero no necesariamente verdaderas, aunque el grupo social le dé completo crédito como verdad, ya que nace del interior de cada persona se desarrolla por su convicción, valores morales y la influencia de los factores internos y del entorno social (91).

Según Villoro, una creencia puede considerarse como una habilidad adquirida, que causa un conjunto coherente de respuestas conductuales, por ello es una disposición a actuar, aunque seguidamente no se dé la acción, de hecho, es a partir de las acciones efectivas que se pueden inferir las creencias, ya que la disposición a actuar de un sujeto esté determinada por el objeto o situación

objetiva y por la congruencia práctica, es decir, por lo que piensa qué es y cómo actúa frente a lo que considera que es (92,93). El hecho de que sea una habilidad adquirida no significa que sea genética o instintiva. Son adquiridas en la interacción con el mundo y con otros sujetos.

Desde el enfoque de Villoro las creencias no son innatas, por ello se consideran como puestas sobre un objeto, -objeto al que culturalmente se le ha asignado sentido-, este objeto al cual se dirige la creencia es el que recibe la condición, es decir, es aprehendido en algún momento por la percepción, la memoria o el entendimiento, aunque necesariamente no esté presente en la conciencia, entonces, es el objeto que determina la creencia, ya que limita la manera en que el sujeto está dispuesto a responder ante una determinada circunstancia, las creencias no poseen rasgos caracterológicos puesto que no están dirigidos a ningún objeto intencional, la dirección hacia un objeto es lo que hace de la creencia un estado intención (92,93).

6.3.5. Concepción

Dado que el término concepción hace referencia a dogmas, es decir, es relativo a los conceptos que se creen como firmes y ciertos o que tienen un principio innegable, es necesario para comprender que es una concepción, reflexionar un poco sobre lo que es un concepto. Este término ha sido usado en diversas acepciones equivalentes a la noción o idea, incluso ha sido utilizado para referirse a un pensamiento. Desde la filosofía antigua, el concepto es entendido como universal, ya que define o determina la naturaleza de una entidad. En tal caso el concepto es entendido como la esencia o la sustancia, es decir, forma parte de las cosas que se conciben.

Sin embargo, si se sigue a Kant, las concepciones deben distinguirse de sensaciones; la primera, definida como lo que se entiende de un “algo” y la segunda lo que ese “algo” genera en el ser humano. Por ello para Kant, todo concepto es un marco de referencia dentro del cual encaja la experiencia, de esta

forma puede decirse que existen conceptos en general y conceptos del entendimiento o categorías, solo estos últimos son a priori, es decir, establecen las reglas o son alternativas mediante las cuales se ordena el material de la experiencia (94).

Con todo lo anterior, la concepción se entiende como el conjunto de ideas que sostiene alguien sobre un tema u objeto específico, las cuales no necesariamente son excluyentes entre sí (91).

6.3.6. Sujeto/persona

Ser humano como unidad, son personas que no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social o de su concepción de mundo, es único, e irrepetible, por ello no existen tipos de personas. El sujeto para este estudio, se considera personas activas en la toma de decisiones, que posee características de ser humano individual, pero también de ciudadano, por ello tiene una consciencia social, publica que le posibilita la vida en comunidad. Es gracias a la educación que el ser humano adquiere características de personalidad libre, autónoma y de relaciones sociales (9,45,95).

6.3.7. Cultura

Para este estudio y aunque se reconoce la polisemia del termino cultura, se entiende por esta el conjunto de conocimientos, saberes, costumbres, creencias, formas de comportarse o modo de vida de un individuo o grupo social, es la forma como el hombre puede alcanzar la libertad social ya que posibilita la solución de necesidades de todo tipo mediante la comunicación e interacción con los otros de allí que se considere indispensable durante la formación y el actuar profesional de

enfermería, ya que se reconoce que los saberes culturales son aprendidos, compartidos y transmitidos de una generación a otra (9,45,95).

6.3.8. Entorno

Se considera como todos los aspectos en los que se encuentran los individuos y grupos culturales; y que guardan relación con su desarrollo, por ello, se entiende como sinónimo de contexto ya que tiene presente tanto el espacio físico como las circunstancias que lo condicionan y que otorgan significados los cuales guían las expresiones y decisiones del ser humano frente a una situación particular, en este último sentido también se supone una similitud con el término de determinantes sociales, de esta forma puede ser entendido desde la institucionalidad o un lugar seguro para vivir, para pensar, para desarrollarse como sujeto social e individual; es el espacio donde se concentra la cultura y la tradición (9,45,95)..

7. Metodología

7.1. Enfoque, paradigma y método

Este trabajo entiende que la metodología tal como lo proponen Taylor y Bogdan (96), en su acepción más amplia, se refiere al modo como enfocamos los problemas y buscamos las respuestas, es decir, a como se reduce la complejidad y como se establecen relaciones entre el fenómeno de estudio, la población, el investigador y para nuestro caso la disciplina de enfermería. En concordancia con el planteamiento del problema, el enfoque de este estudio es cualitativo, ya que permite abordar la realidad de forma subjetiva como objeto legítimo del conocimiento científico buscando comprender desde adentro, desde el otro, la realidad social como fuente de conocimiento (97).

Comprender la formación del enfermero en APS con un enfoque cualitativo y bajo el paradigma interpretativo, posibilita la construcción de conocimientos que ocurren sobre la base de conceptos y significados que los docentes participantes de la investigación poseen sobre dicho fenómeno (98). Además, esta forma de investigar, rescata la particularidad, hace énfasis en la valoración de lo subjetivo, lo vivencial y posibilita la interacción entre los sujetos de investigación, desarrollando contacto directo y permanente entre participantes e investigador; lo cual es de vital importancia para este estudio, ya que el interés radica en comprender en los docentes -participantes de la investigación- la realidad de la formación del enfermero en pregrado respecto a la APS utilizando un proceso de indagación inductivo (97). Es necesario aclarar que la vinculación entre el fenómeno de estudio y los sujetos que participan de la investigación, incluyendo el investigador, está centrada en que el investigador no es ajeno a la formación en

APS ni a los procesos de formación profesional en enfermería, así como tampoco lo son los participantes.

Teniendo presente la subjetividad y la particularidad que se pretenden en esta investigación, se propone un estudio de caso cualitativo, el cual es definido por Simons como el tipo de estudio cuya finalidad es la particularidad, la unicidad del caso singular (99). Este tipo de estudio permite, tal como lo proponen sus características principales, investigar fenómenos en los que se busca dar respuesta a cómo y por qué ocurren, permitiendo al “*investigador comprender el fenómeno objeto de estudio, ampliando la experiencia y describiendo nuevos significados o confirmar los que ya sabe*” (97). De esta manera, esta perspectiva permitirá comprender la situación única de una facultad de enfermería sobre el significado que construyen los docentes sobre la formación en APS, además de posibilitar el reconocimiento sobre las características particulares del contexto de estudio.

Finalmente, este se considera porque el estudio de caso se describe como una indagación empírica que estudia los fenómenos contemporáneos dentro del contexto real donde existen, donde las fuentes son múltiples y el fenómeno y el contexto guardan estrecha relación, y que pretenden ser la base para posteriores decisiones, incluso podría considerarse según la clasificación que Yin hace de este tipo de estudios que es un caso explicativo, ya que presenta datos incluidos en la relaciones con el objeto de estudio, pretendiendo entonces conocer y comprender el significado de este. (100–102).

7.2. Participantes

Aunque el proceso de selección de participantes tal como lo propone Galeano (97) es progresivo y sujeto a la dinámica de los hallazgos, para esta investigación los participantes se seleccionaron de manera intencional, teniendo presente lo que plantea Patton (103) cuando expresa que esta selección se centra en casos ricos en información, aspecto que se comparte con Simons cuando propone que los

participantes dentro de un estudio de caso son intencionados, para el papel clave que juegan en el fenómeno de estudio, por ello, se destaca que los participantes iluminan con su experiencia al fenómeno: la formación en APS del profesional de enfermería. En este sentido, los participantes fueron personas que poseen dentro de la facultad amplia información sobre la formación de profesionales de enfermería y sobre la APS (104), esto a su vez permitió consolidar la comprensión del caso investigado.

El proceso de selección se desarrolla dando cumplimiento a las recomendaciones que desde el comité de ética de la institución donde se desarrolla el estudio se expresan. En estas, se sugiere limitar la posibilidad de presión en los participantes dados los vínculos con el investigador y la visión sesgada de los expertos que este tiene, dado el conocimiento de las dinámicas propias de la formación en la unidad académica^{*****}. Por este motivo, se solicita que desde la administración de la unidad académica se reconozcan los participantes claves, es decir, quienes tienen mayor conocimiento sobre la formación en APS, de lo cual, se logra una referenciación de once personas que cumplen con los criterios de selección; a quienes se les presentó la investigación vía correo electrónico y que posteriormente fueron abordados para definir si deseaban participar del estudio.

De los once posibles participantes seleccionados como expertos, diez aceptaron participar de forma voluntaria, (pese a contactarse, el onceavo participante nunca expresa la voluntad para agendar la entrevista), los demás firman voluntariamente el consentimiento informado para la entrevista, y programan fecha, hora y lugar.

Todos los participantes son profesionales de enfermería, con diferentes tipos de posgrado: ocho con maestría, uno doctorado y uno con especialización; en cuanto al sexo, ocho mujeres, como se puede ver en la Tabla 1.

***** Los falta a los principios éticos posibles están dados porque el investigador es docente de la facultad donde se desarrolla el estudio y ha sido formado y ha trabajado en la APS en la misma unidad académica, aspectos que posibilitan, primero, que se hallan tejido relaciones sociales y humanas con los docentes, segundo, que el grupo de expertos en APS en la unidad académica este

Tabla 1. Caracterización de los participantes

Participante	Sexo	Pregrado	Posgrado
PE	F	Enfermería	Doctorado en Educación
PH	M	Enfermería	Maestría en Salud Colectiva
PJ	M	Enfermería	Maestría en Epidemiología
PZ	F	Enfermería	Maestría en Enfermería
PP	F	Enfermería	Especialista en gestión
PV	F	Enfermería	Maestría en Salud Colectiva
PL	F	Enfermería	Maestría en Salud Colectiva
PB	F	Enfermería	Maestría en Educación
PD	F	Enfermería	Maestría en Salud Colectiva
PM	F	Enfermería	Maestría en Educación

Fuente: Construcción propia.

7.2.1. Criterios de selección

El primer aspecto a considerar es el lugar donde se desarrolla el estudio. Para ello, se selecciona una unidad académica pública, que cumpla con la normatividad vigente en Colombia para ofertar enfermería en el primer semestre del año 2017 y que tenga trayectoria en el desarrollo de programas, proyectos o cursos en APS a nivel del departamento de Antioquia.

Frente a los participantes se tuvo también en cuenta:

- Docentes con alguna vinculación contractual a la facultad para el semestre I de 2017.
- Tener más de dos años de experiencia docente en la unidad académica, ya que posibilita el conocimiento del contexto donde se desarrolla la investigación.
- Ser designados por el equipo administrativo como se mencionó en párrafos anteriores.
- Tener experiencia en atención primaria en salud, por lo menos haber tenido algún contacto en los últimos 15 años con el desarrollo, implementación o formación en APS, ya que desde esta época se presentan cambios conceptuales, metodológicos y prácticos frente a la Atención Primaria.

7.2.2. Criterios de exclusión

Ser docente pasante, es decir tener al momento del estudio algún tipo de vinculación con la unidad académica donde se está desarrollando la investigación, pero pertenecer a otra dependencia o unidad de la misma institución u otra institución diferente, esto porque el conocimiento sobre la unidad académica puede verse disminuido y limitar el estudio del caso.

7.3. Acceso al campo

Tal como lo proponen Hammersley y Atkinson (105) el acceso no es sólo la presencia o ausencia física del investigador en el contexto estudiado; el acceso al campo es más que adquirir el permiso para llevar a cabo la investigación, implica un encuadre cultural, sin dejarse coactar o forzar (97), este encuadre, debe potenciar el rapport dentro de la investigación. En este estudio, el acceso al campo se realizó mediante la gestión del permiso según los protocolos de la institución seleccionada. Para esto se envió una carta de solicitud de autorización institucional (anexo 1) al equipo directivo de la facultad. Esta actividad se llevó a cabo luego de la aprobación del comité de ética institucional.

Una vez autorizada la entrada al campo, se continuó enviando correo electrónico con la presentación del trabajo a los posibles participantes, a quienes posteriormente se contactó de forma personal para aclarar dudas sobre la investigación, solicitar el consentimiento y agendar fecha y hora de la entrevista, en caso de haber aceptado vincularse a la investigación.

7.4. Trabajo de campo

Una vez logrado el acercamiento a los participantes, el trabajo de campo para este estudio se desarrolló utilizando la entrevista semiestructurada, la cual como su nombre lo indica permitió alternar preguntas temáticas previamente estructuradas

(anexo 2) y preguntas espontáneas cuyo fin fue escudriñar la información que posean los participantes sobre el fenómeno de estudio intentando extraer los conocimientos de la vida cotidiana, estas entrevistas, al ser cualitativas fueron flexibles y dinámicas, desarrolladas en encuentros cara a cara entre el investigador y los participantes y transcritas para iniciar con el proceso de análisis de la información (96).

Se efectuaron en total 10 entrevistas a 10 participantes, con una duración promedio de 44.9 minutos, los audios cumplieron con la aprobación de cada participante y se realizaron previo consentimiento informado, estos fueron luego transcritos para el análisis a las 48 horas como máximo y enviados vía correo electrónico a los participantes de quienes no se obtuvo cambios sobre los relatos aportados en la entrevista.

7.4.1. Conservación, custodia y almacenamiento de los archivos

Los datos recolectados quedaron consignados en un archivo personal de la investigadora, junto a los consentimientos y demás documentos físicos; siendo archivados en una carpeta física y digital durante 18 meses posteriores a la aprobación estudio. Las publicaciones que de esta investigación se deriven conservarán todas las normas de confidencialidad en cuanto a nombres de personas e instituciones y serán de autoría principal de la investigadora.

7.5. Plan de análisis

El análisis de la información para este estudio conservó los principios éticos y los criterios de rigor propios de la investigación cualitativa que se describen de forma amplia en apartados posteriores; en este ítem solo se hará referencia al proceso de codificación y análisis de la información.

La primera fase de este plan de análisis: transcripción y revisión del texto, posibilitó la contextualización del todo, mediante la lectura detenida del documento

línea por línea, de forma completa, lo que llevó a su vez a un análisis reflexivo basado en similitudes y diferencias.

Para profundizar sobre los datos se planteó el análisis línea por línea, con lo cual se develaron, nombraron y desarrollaron conceptos ^{††††}, práctica, APS, enfermería, formación, experiencia, etc.; estos a su vez permitieron abrir el texto y exponer los pensamientos, ideas contenidos dentro de él; para ello los datos que se consideraron claves de las entrevistas fueron seleccionados, delimitados, apartados o fragmentados de forma manual en tarjetas; los cuales posteriormente se agruparon asignándole códigos ^{‡‡‡‡}, entre los cuales está cenicienta, invisibilidad, flojo, deuda, limitaciones, lágrimas de sangre, ir y volver, entre otros (106,107).

Lo anterior permitió que el dato fuera examinado y comparado por sus similitudes y diferencias, para luego agruparlos bajo conceptos más abstractos, conocidos como subcategorías ^{§§§§} iniciales, enseñar a cuidar, la experiencia docente, aprender APS, concepción de APS, diversas formas de enseñar, la docencia es dura, práctica en APS, entre otras, las cuales fueron transformándose gracias a la reflexión constante frente a los datos. Estas al ser analizadas y agrupadas se corresponden a las dimensiones ^{*****} o propiedades ^{†††††} o al rango explicativo sobre la categoría ^{‡‡‡‡‡} hasta obtener las sub-categorías y categoría central emergentes del estudio: “La atención primaria en salud es la cenicienta en la formación en enfermería”, la cual configura el significado de los docentes frente a la formación de enfermeras en APS. Simultáneo a la etapa de análisis línea a línea

^{††††} Bloques construidos de la teoría y que aparecen en el apartado marco conceptual del protocolo de investigación.

^{‡‡‡‡} Los códigos permiten dar atributos a los conceptos, son la mínima expresión del dato y pueden ser in vivo, es decir las palabras textuales del participante o ser interpretados por el investigador.

^{§§§§} Conceptos que pertenecen a una categoría, concediéndole una especificación y clarificación mayor.

^{*****} Rango, a través del cual las propiedades generales de una categoría varían, otorgando especificaciones a una categoría y una variación (significativa) a la teoría.

^{†††††} Características de una categoría, la delimitación de la que se define y se le da un significado.

^{‡‡‡‡‡} Conceptos que se desprenden del fenómeno

se consignaron los memos^{§§§§§§} que ayudaron a cuestionar, analizar y profundizar la informacion obtenida mediante las entrevistas. (107)

La primera clasificación los datos en códigos fueron consignados en una matriz analítica en Excel, la cual junto a las tarjetas aporta a la construcción de esquemas o mapas que permiten representar los hallazgos de forma visual y los enlaces entre los conceptos, subcategorías etc., para ello se utilizó los programas Cmap-tools y SmartArt de word.

Es necesario aclarar que el análisis de la información inició desde el momento mismo de la recolección de datos, lo cual lo convierte en un proceso sistemático, ordenado y flexible. Esto permite que se base en dos principios básicos: ser inductivo y reflexivo. El partir de lo específico a lo general potenció a su vez el microanálisis de la información, por ello es que el proceso de análisis no correspondió a un diseño rígido, es más, contempló dentro sí el principio de reflexión que permitió volver al dato siempre que fuera necesario (107). Sin embargo, la descripción del plan de análisis propuesto para este estudio se hace a modo de fases, solo para hacerlo más entendible (figura 3).

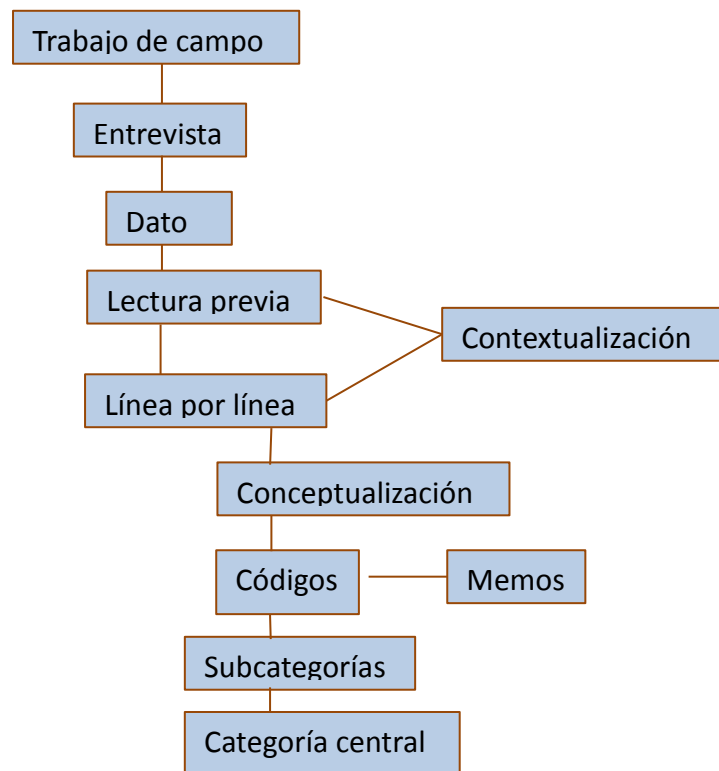
La salida del campo se inicia al terminar las entrevistas con la consecuente saturación de información, esto fue en septiembre de 2017; sin embargo, por diferentes dificultades relacionadas entre otros aspectos con la salud del investigador, se finaliza en octubre de 2018, fecha en la cual cobró vital importancia el grupo focal con el cual se validó la información obtenida en el estudio con los participantes y otros docentes de la facultad.

En este encuentro el diálogo horizontal y bidireccional entre investigador y participantes marcó el eje de trabajo, así cada participante, que lo creyó pertinente, pudo expresar su opinión. La asistencia total al evento fue de 6 personas (108).

^{§§§§§§} Recopilación de análisis, pensamientos, interpretaciones, preguntas y direcciones, tomadas por el investigador, para una colección de datos más detallada.

Sumado a lo anterior, se contempla la realización de una reunión académica con convocatoria abierta a toda la comunidad académica que quiera asistir donde se expondrán los resultados del estudio, esta se realizará solo hasta el momento de lograr aval por los diferentes evaluadores del proceso, incluidos los evaluadores para optar el título de maestra en enfermería.

Figura 3. Plan de analisis



Fuente: elaboracion propia

8. Criterios de rigor

En este estudio se consideró la visión de los sujetos participantes, y se mantuvieron los criterios de rigor que contribuyen a la calidad de la investigación.

La credibilidad, comprendida como la veracidad o validez interna, se mantuvo mediante el reconocimiento de los participantes de los hallazgos como parte de lo que ellos sienten y piensan, por ello, se hizo devolución de las entrevistas transcritas a los participantes y el foro de devolución de la información (97,109,110).

Para desarrollar la auditabilidad, reconocida como la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho y llegar a conclusiones similares, se tuvo precaución en detallar minuciosamente la metodología utilizada, en especial en el momento de análisis de la información (97,109,110).

La transferibilidad, llamada también aplicabilidad o validez externa, es entendida como la posibilidad de extender los resultados obtenidos de esta investigación a otras poblaciones, frente a este criterio se consideró que el tema de formación de profesionales de enfermería en APS en Antioquia tiene pocos estudios, por lo cual para posibilitar la trasferibilidad se realizó una descripción amplia del contexto, de los sujetos y del caso de estudio (97,109,110).

Finalmente la dependibilidad no está asegurada, dadas las condiciones propias de un estudio de caso cualitativo (97,109,110).

9. Consideraciones éticas

Las consideraciones éticas en la investigación cualitativa se describen como la “calificación del riesgo, la confidencialidad de la información, la garantía de guardar la privacidad de los participantes, el respeto a su autonomía al aceptar o no la participación en la investigación, el uso de los datos con fines exclusivos para este proyecto y la devolución de los resultados a las personas, comunidades o instituciones participantes” (111). En este sentido esta investigación se desarrolló según las pautas contempladas en la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia y en las normas internacionales que regulan la ética de la investigación tales como el Código de Núremberg, Declaración de Helsinki y las Pautas de la CIOMS y los requisitos éticos para la conducción responsable de la investigación clínica propuestos por Ezequiel Jonathan Emanuel.

Según lo dispuesto por la resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, esta investigación se categorizó sin riesgo, no pretendió realizar intervenciones o modificaciones intencionadas de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes del estudio. Solo se recolectó información entrevistas, en las que no se trataron aspectos sensitivos de la conducta de los participantes (112); sin embargo, se contempló que ante la presencia de alguna alteración emocional por la información aportada del participante, esta sería destruida y no se contemplaría en la investigación, la persona contaría con el apoyo psicológico necesario según sea considerado.

Se partió además en esta investigación del respeto por la dignidad humana, por lo cual se propuso conservar por parte de la investigadora una actitud ética y moral que permitió mantener las consideraciones del riesgo que plantea el informe de Belmont y fue así como se brindó un trato con calidez humana sobre la población participante, manteniendo los principios de beneficencia, justicia y respeto como

principales ejes de actuación en cada etapa, así como la autonomía y el derecho a la información que se desarrollaron mediante el consentimiento informado (113).

Además de la evaluación del riesgo, fue necesario considerar los requisitos éticos propuestos por Ezaquiel Emanuel (114). Primero, la selección equitativa del sujeto: los sujetos de esta investigación pertenecen a un grupo específico, los docentes de enfermería de una Universidad del departamento de Antioquia quienes podrán participar siempre y cuando cumplan con los criterios de inclusión. Por ser un estudio cualitativo no se espera una muestra con relevancia estadística, pero si significancia sobre el fenómeno.

Segundo, la proporción favorable de riesgo-beneficio. Al considerarse una investigación sin riesgo, no se presentaron daños o malestares en los sujetos participantes en ningún momento de la investigación, sin embargo, se contempló que ante alguna incomodidad del participante durante el estudio este podría retirarse en cualquier momento, lo cual se hizo saber a cada uno de ellos.

Tercero, evaluación independiente, esta investigación es independiente a toda institución, fue financiada con recursos propios del investigador principal y los participantes no recibieron ningún lucro durante la participación.

Cuarto, consentimiento informado, este documento se diseñó conservando los criterios éticos de la investigación cualitativa, fue socializado de forma individual con los participantes, aclarando en este que la participación es libre y no tiene relación con el vínculo en la facultad, se diligencio previo al desarrollo de la entrevista a los docentes de la facultad e incorpora el propósito de la investigación, el consentimiento sobre la grabación de audios, la toma de nota y publicación de los resultados bajo completa confidencialidad (Anexo 4).

Quinto, respeto por los sujetos inscritos, considerado transversal en el proceso de investigación, por ello se supone a los participantes como sujetos autónomos. Para conservar este principio, se contó con la autorización de la administración de la facultad donde se desarrolló el estudio, previo estudio de la propuesta adjunto a la carta de solicitud del permiso, quienes autorizaron la entrada en el campo, el estudio documental de ser necesario y brindaron información sobre los

participantes que cumplían los criterios de inclusión y exclusión los cuales no están condicionados por sexo u otras características de tipo personal.

Sexto, la confidencialidad en esta investigación, se mantuvo al no solicitar datos personales de identificación, la caracterización de la población se hizo durante la misma entrevista y los datos obtenidos se codificaron según el participante con una letra aleatoria del alfabeto precedida de la letra P, además, la información que se obtuvo en la investigación y que fue conservada en medio magnético y físico por parte de la investigadora será destruida en acto con presencia de testigos y levantamiento acta, asegurando así la conservación del principio de no maleficencia a los 18 meses posteriores a la aprobación del estudio (113).

Séptimo, la participación en la investigación es voluntaria y en ningún momento se considera cohesiva ni implica remuneración. Octavo, la devolución y reciprocidad se mantuvo mediante la devolución de los resultados tanto con la transcripción de las entrevistas como con el desarrollo de un grupo focal realizado en octubre de 2018 (113). Noveno, frente a la justicia y equidad, este proyecto está a cargo de una estudiante de maestría en enfermería que asume el rol de investigadora principal, por lo tanto, no es necesario compartir créditos o méritos del mismo, más allá de los que en el proceso de formación debe considerarse para el asesor.

Decimo, el respeto por la autonomía se conservó informando al participante que se podía rehusar a contestar la entrevista, suspender su participación en la investigación y solicitar la destrucción de los datos aportados. Onceavo, si bien, este estudio es supervisado por el asesor y se integra al sistema de educación de la facultad seleccionada, no se comparten responsabilidades ya que solo posee una investigadora quien proyecta como beneficios contribuir al desarrollo de la formación en APS de profesionales de enfermería en pregrado.

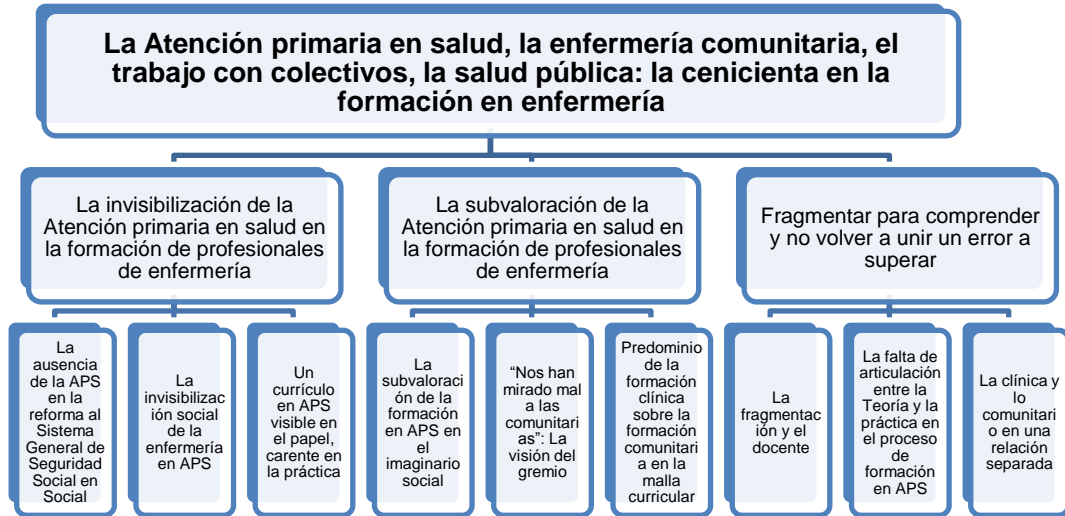
Finalmente, se reconoce que la investigadora principal de esta investigación presenta afinidad por el tema, por sus años de experiencia en este y porque tiene contacto directo con la formación de profesionales, lo cual en algún momento pudo permeare el análisis, dado que se mantuvo la flexibilidad constante y el diálogo académico con el asesor, así como evaluadores externos.

10. Hallazgos

Los hallazgos del presente estudio giran en torno a tres subcategorías, la primera “la invisibilización de la Atención primaria en salud en la formación de profesionales de enfermería”, la cual contempla la ausencia de esta en el SGSSS, la invisibilización social que tiene la enfermería en APS y como esta pese a contemplarse en el currículo, no está en la práctica. La segunda subcategoría, “la subvaloración de la Atención Primaria en la formación de profesionales de enfermería” expone como esta ha sido subvalorada, por la sociedad, por el gremio y la existencia de un predominio de lo clínico sobre lo comunitario. La última subcategoría: “Fragmentar para comprender y no volver a unir un error a superar” se centra en la fragmentación vista desde el docente, falta de articulación entre la teoría y la práctica y relaciones separadas que se marcan entre lo clínico y lo comunitario

La relación entre estas tres subcategorías, permiten comprender, que la Atención primaria en salud presenta una sinonimia con algunos términos asociados a la salud con colectivos humanos, pero que está postergada en la facultad de estudio, de lo anterior se consolida entonces, la categoría central de este estudio, “La Atención primaria en salud, la enfermería comunitaria, el trabajo con colectivos, la salud pública: la cenicienta en la formación en enfermería. La síntesis de este apartado se plasma en la figura 4.

Figura 4. La Atención primaria en salud es la cenicienta en la formación en enfermería



Fuente elaboración propia

10.1. La invisibilización de la Atención primaria en salud en la formación de profesionales de enfermería

Para los participantes pareciera que la formación en APS se percibe invisible tanto en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano (SGSSS), como en el contexto social y en elementos del currículo fundamentales para la formación de profesionales de enfermería de la unidad académica donde se desarrolló el estudio.

Figura 5. La invisibilización de la Atención primaria en salud en la formación de profesionales de enfermería



Fuente elaboración propia

10.1.1. La ausencia de la APS en la reforma al Sistema General de Seguridad Social en Social

En este sentido, los docentes, expresan que pese a que existe una intención política en la actualidad para que la APS esté presente en el modelo de salud colombiano, intencionalidad expresada en la sanción de algunas leyes y/o normas que propenden por el derecho a la salud y donde se concibe a la APS como la forma para conseguir este derecho, no puede negarse que existió un tiempo pasado en el cual se realizó una reforma en salud enmarcada en lo que se denomina la Ley 100, que hizo que los avances que se tenían en APS en el país se perdieran. De esta manera, lo expresa:

“Hoy estamos en el 2017 y ya tenemos pues una intención política en el País, una Ley Estatutaria de garantía del derecho, pero además una 1438, modelos de PAIS y MIAS, que dicen, bueno la atención primaria, es el camino, es la estrategia para lograr esos ideales de salud (...), pero esta es como la trayectoria, tuvo un antes de Alma Ata, un durante con la reforma de salud, con una gran pérdida de todos los ideales que teníamos para la salud y la atención primaria en salud” (PD)

Además, los participantes, sienten con esa reforma una pérdida en el posicionamiento y poder que antes tenían como lo refiere se *“debe reconocer que la norma es completamente agresiva, o sea, llego la Ley 100 y todo lo que habíamos hecho por APS, por la autonomía, eso todo se fue abajo (...)” (PE).*

Además, cabe señalar, en voz de los participantes, que el hecho de haber pasado de *“tener un sistema nacional de salud a tener, con la ley 100, un sistema regulado por el mercado, no desde la oferta, sino un sistema de salud desde la demanda; [permitió que] todo lo que era atención primaria en salud, el ideal de cobertura universal, de procesos de bienestar; se vinieran abajo; (...), todas las conquistas logradas para la sociedad se fueron perdiendo” (PD),* es así que consideran que en este sistema a la APS *“la están asfixiando financieramente” (PV)*

De esta manera, la pérdida de los ideales de atención primaria, en el SGSSS colombiano, influyó en el favorecimiento de los ambientes clínicos de atención, donde prima el manejo de la enfermedad y la visión de mercado, sobre la promoción de la salud, esto se refleja cuando un participante dice:

“...la norma sigue favoreciendo muchísimo el asunto clínico pues el asunto más de la prevención, de la enfermedad, la salud se volvió un negocio, es más rentable, uno diría que no, tener un paciente enfermo que tener un paciente sano digámoslo desde la parte de atención” (PE)

Es entonces posible como lo manifiestan los participantes que *“así hayan leyes que impliquen, sí la 1438, que den un piso para decir que el modelo de salud está, [basado en APS] (...)el MIAS, [normatividad que permite ir] aterrizando algunas cosas, eso se queda en acciones concretas, que no van a permitir mientras estemos en un modelo de salud de mercado lograr unas articulaciones y sinergias verdaderas entre niveles y especialmente [para que la APS sea considerada] como la directora de orquestas” (PV)* dentro del sistema de salud. Dicho de otra manera, en un sistema de salud basado en el principio de la oferta y la demanda impuesto desde la antigua reforma a la salud -Ley 100 de 1993- en que prima la mirada hegemónica de la clínica y del saber biomédico en torno a la enfermedad,

los ideales de APS se invisibilizan, pese al esfuerzo que se hace para que se ancle en la base jurídica para la prestación del servicio a la salud posibilitando *“cumplir esos principios, de lo que es como salud con Derecho.” (PH).*

La formación en enfermería no es ajena a este escenario normativo colombiano, al ser una disciplina teórico-práctica que aporta al macro contexto de la salud, involucra en su formación escenarios prácticos donde se puede visualizar el ejercicio profesional; sin embargo, la práctica en APS no se ve. Así expresa *“como una profesional en enfermería en formación va a decir ¡ah sí!, es que eso es atención primaria, y yo sé hacerlo, es una forma de trabajo, ¡no lo pueden ver en la realidad, no lo ven! Ven el modelo clínico, ven el modelo biomédico, en los hospitales, pero el modelo de APS no lo ven, ese modelo no se ve en realidad” (PD).*

Según los participantes no es visible, porque con se tiene una base de modelo de salud donde prima mercado y se encuentran todas las dificultades en el proceso de enseñanza, *“si tú entras a desentrañar esa teoría, con lo que hay en la base que es un modelo de mercado, encuentras todas las dificultades para que opere, desde cualquiera de los ejes que tiene” (PV)*

Por ello, al no ver en el terreno de la práctica, las posibilidades de comprensión y visualización como posibles escenarios de desarrollo profesional quedan ocultos tras aquello que, si es visible, en este caso tras el modelo cuya visión biomédica y mercantil de la salud es el núcleo de desarrollo, además que se oculta detrás de una práctica del quehacer clínico de cuidado, quizás dando privilegio a este enfoque como se puede ver en capítulos siguientes.

Para los docentes no puede considerarse que la invisibilidad de la APS en la formación deba recaer solo en la academia, aunque reconocen que hay elementos de la formación que deben mejorarse, como la práctica, al no estar presente en la estructura del SGSSS, al no ser visible, no se puede vislumbrar la APS, como lo manifiesta uno de ellos *“[los docentes], hacemos un esfuerzo teórico, si nos falta en lo práctico, pero en la estructura del sistema fraccionado eso no se puede ver.*

(...), entonces como vas a saber que es APS si no lo tenes [dentro del sistema]" (PD).

De modo que podría considerarse que la reforma en salud, la Ley 100, oculta la atención primaria en salud y tras el tránsito de las leyes de mercado, de la estructura de un SGSSS, se privilegia la atención centrada en la morbilidad, lleva a la pérdida de todos los avances logrados en términos de salud como derecho que propone la APS.

En contraste, desde la visión normativa no práctica, aunque en la actual reforma esta lucha por la garantía al derecho a la salud intenta emerger, la invisibilidad de la APS no cambia el hoy y no está presente en la práctica. Es decir, no se ve como parte del quehacer profesional dada la verdadera inexistencia en el sistema de salud colombiano; *"entonces, creemos que, a partir de ese enamoramiento por la estrategia, de esa experiencia que se ha tenido, se vive de los años dorados, de lo que todo tiempo pasado fue mejor y no se aterriza digamos a la realidad de hoy de que eso no está siendo así" (PH).*

10.1.2. La invisibilización social de la enfermería en APS

Otro elemento que guarda relación con la invisibilización de la APS, puede estar dado desde la concepción social que se tiene de la enfermería. Según los docentes, esta profesión es vista socialmente desde lo procedimental clínico, con la búsqueda de un efecto de las acciones de manera inmediateista, y en esa visión social que se tiene de la enfermería no contemplan el trabajo comunitario, dado que su efecto no lo perciben rápido en el tiempo y no le ven relación con salvar vidas, por ello lo que se hace desde la APS al no ser inmediateista y no estar enfocada desde la curación, el ayudar al enfermo, esto no muestra el actuar profesional:

"(...) la concepción social de la enfermería que se tiene, es una enfermera que pone inyecciones, que hace curaciones, y desde ahí digamos que se potencializa y se dinamiza; pero el cuento del trabajo de comunidad yo siento que es un trabajo

más invisibilizado, porque no se le ve digamos un efecto inmediato (...) la ilusión salvar vidas, yo ayudo a la gente” (PE)

Este actuar ligado a las acciones inmediatas en la enfermería, hace que se torne imperceptible el proceso que surge del actuar con las comunidades, que genera “*cambios en poblaciones,*” (PH) e impide que se vean las acciones y dinámicas sociales cambiantes que se construyen con las comunidades con las acciones continuas, en el seguimiento constante, en los procesos que se desarrollan con las comunidades en las cuales se logra ver esos avances, entonces el ayudar al otro en la APS es lento, por ello se invisibiliza en el tiempo.

“nosotros [los profesionales de enfermería] somos inmediateistas, y estamos bajo una política inmediateista, (...) no vemos el proceso que hay detrás (...) mirar, evaluar, volver, negociar, renegociar, porque los procesos siempre son dinámicos y cambiantes, hoy pude dar tres pasos hacia adelante y al otro día dar dos pasos hacia atrás (...) en la medida en que yo vaya, digamos que le vaya haciendo seguimiento y vaya diciéndole la importancia, la gente va cambiando, eso no es de ir a decir, oiga... usted vaya caliente el agua, que es que si la caliente va disminuir enfermedades prevalentes, NO, esos son procesos que se montan con la comunidad y cuando uno hace ese seguimiento uno empieza a ver cambios (...) sino se lleva continuidad se pierde” (PJ)

Según los docentes, la enfermería necesita demostrar con acciones que evidencien efectividad frente a la enfermedad, para visualizar el actuar en enfermería, para satisfacer la visión social de la profesión, porque el imaginario de la enfermería en la comunidad, las acciones frente a la educación de la salud, no son igualmente valoradas con aquellas situaciones ligadas a la morbilidad; quizás por ello desde el momento inicial en la formación, cuando se decide estudiar enfermería la satisfacción tiende hacia el discurso y actuar frente a la enfermedad. *“yo necesito que esté enfermo para demostrar que yo si lo alivié, pero uno que esta aliviado como voy a demostrar que yo si lo alivié, si esta aliviado, entonces esto como que no muestra lo que yo hago, [y aunque] el impacto social es mucho mayor diría yo desde la Atención Primaria, el imaginario que yo tengo de la*

enfermería en mi mente no llega hasta allá, no satisface [igualmente] cuando yo voy a estudiar enfermería ir a dar una educación en una comunidad a que si hago un masaje cardiaco a un paciente que está en el suelo tirado y la sangre y yo lo alivie y yo lo salve, eso es otra cosa...” (PE).

Otro aspecto que sumado al anterior pudiese posibilitar la invisibilización social del quehacer profesional, es entendido como la ausencia de difusión de las experiencias en el tema.

Es notorio en esta época de globalización de la información la importancia de divulgar el conocimiento, no solo para un reconocimiento social, sino con el fin único que la era actual propone, que este circule; no obstante, al no mostrarse y divulgarse los avances de la enfermería en APS, los desarrollos sobre el tema, el impacto de sus acciones, está dando paso a que no se reconozca su importancia y de esta manera no reconocerlo es no hacerlo visible.

“yo siempre digo, el legado de la enfermería comunitaria es tan grande que no lo hemos sabido ni mostrar, ni hacer, también es de nosotras mismas, porque como es posible que lo hemos hecho, lo hemos sabido, lo tenemos, porque no nos lo reconocemos, (...), como que eso no es digno de un reconocimiento”. (PD)

Llegados a este punto la visión social de una enfermería basada en el actuar frente a la morbilidad, cuyas acciones son visibles en corto tiempo y sumado a la poca difusión de las acciones que se emprenden y consolidan en lo comunitario hacen entender la necesidad de divulgar los logros alcanzados, pues cómo se puede cambiar la visión de una sociedad sino es dando a conocer que existe otro camino para ejercer la profesión, otra forma de trabajar en la cual se logran acciones para mejorar la vida, una forma que como lo dicen los participantes, tiene un impacto mayor en la calidad de vida de los sujetos de cuidado.

“entre más se retrase o se niegue esta escuela a ver la atención primaria en salud como una oportunidad para engrandecer el conocimiento del cuidado y poder hacer un servicio más elaborado hacia la sociedad, entre más se demore estamos perdiendo, perdiendo las oportunidades de la vida.” (PB).

10.1.3. Un currículum en APS visible en el papel, carente en la práctica

El tercer elemento a considerar frente a la invisibilización se conforma por aspectos relacionados con el currículum. Según los docentes, la historia de la facultad se ha edificado en relación al contexto clínico, en la disputa y contienda con otros profesionales del área de la salud, *“uno lee la historia de la facultad y se ha construido en base a la clínica, en el discurso clínico, en la pelea con el médico (...).” (PH).*

Como es natural en la historia se sobrevienen cambios, y la facultad de estudio no es ajena a esto. El último cambio aprobado frente a la reforma curricular de 1998, es identificado por los docentes como el acontecimiento por el cual se da inicio a la APS en la facultad, *“la Atención Primaria en Salud partió de todas las luchas que se dieron por algunas profesoras con la reforma curricular por generar un núcleo comunitario, que iba muy de la mano con lo que se venía discutiendo en ese tiempo con la reforma en salud (PV).*

No obstante, este avance se diezma y en voz de los participantes *muere* ya que quienes lograron hacer este esfuerzo se van de la facultad debilitando con su partida lo concerniente a la APS. Esta falta de fuerza sumada a que al parecer fueron solo las docentes que participaron en la elaboración de este currículum quienes entendieron el concepto de APS posibilitó que este eje fuera invisibilizado e interpretado de diferente forma durante la formación.

“A pesar que ellas permearon los currículos, permearon los cursos con ese discurso, ellas se fueron y eso se quedó, se murió, (...) y las que se quedaron, (...) no tienen la misma fuerza para lograr permear toda la facultad (...) o sea, el plan de estudio del 98 tiene unos planteamientos bien interesantes a cerca de lo que es la AP (...), pero nosotros no logramos bajarlos, no lo logramos hacerlos visible; eso se quedó en la concepción de quienes lo plantearon y lo escribieron, pero yo creo que ellas solamente fueron las que lo entendieron, porque cuando ya eso se fue a aplicar todo el mundo lo interpretó de diferentes maneras” (PE)

Lo anterior sugiere que el llevar el currículo a las aulas, a los estudiantes, el bajar los conceptos a la práctica y empoderarlos dentro de un discurso, depende de la fuerza y la apropiación de quienes lideran este proceso, que en la actualidad la refieren como una debilidad de los docentes quienes han entendido equívocamente los planteamientos. Lo que puede llegar a la tergiversación temática, porque no existe quien dé claridad conceptual según ellos *“se tergiversa también porque no hay quien le haya puesto esas claridades, (...)” (PH)*.

De aquí que se pueda considerar que la falta conocimientos mínimos, de claridad e incluso la ambigüedad conceptual, genere dificultades en el proceso formativo de los estudiantes, propiciando además de la invisibilización de la APS en la formación del profesional de enfermería, las confrontaciones y subvaloración por parte de los docentes, así lo manifiesta cuando el docente no tiene unos *“mínimos elementos claros de todos esos otros discursos [la APS] que le dan la forma al estudiante (...) cuando yo [docente] no conozco pues tiendo a invisibilizar el otro discurso (...) lo niego, lo ataco y eso genera una contradicción impresionante en los estudiantes, además que minimiza el asunto, en este caso, de lo que es la enfermería comunitaria” (PE)*.

Esta contradicción que observan los docentes en los estudiantes generada porque el discurso o no es claro o simplemente no está, se complejiza aún más cuando la formación en APS no se articula y no es transversal en la malla curricular, y sugiere que en el proceso formativo no hay sinergia y complementariedad, puesto que *“al estudiante lo que se le enseña, y no se le va fomentando, que pasa, a ellos se les va olvidando [de allí la necesidad que se realicen] diferentes actividades a través de la malla curricular” (PP)*, donde el estudiante pueda identificar claramente los diferentes escenarios de acción de la profesión.

Quizás, esta fuerza pueda explicarse desde la perspectiva de una malla curricular que para los docentes esta floja debido a la discontinuidad *“por eso te digo (...) no hay una continuidad, no hay un hilo conductor, no hay una secuencia, entonces por eso te digo que estamos muy flojos” (PP)*.

Esta discontinuidad en la formación, en los planes de estudio, en parte puede deberse a que se considera por los participantes que la APS *“no es un tema”* (PD) dentro del currículo explícitamente formulado o porque la coordinación de los diferentes cursos no se organiza para generar procesos transversales: *“porque no hay una buena coordinación entre los diferentes cursos que sería una forma medianamente fácil de organizar y de ponerlo como entre comillas algo transversal”* (PP).

Sin embargo, se estima que los elementos e ideales sobre la APS están presentes en el plan de estudio, pero atomizados en los diferentes cursos: *“esta facultad en su formación tiene los ideales de atención primaria, (...) tenemos en el plan de estudios los contenidos teóricos que sustentan lo valores, principios y elementos de la atención primaria en salud (...)”* (PD).

Finalmente, los docentes ven poca flexibilidad en la malla curricular, la cual se expresa en la no existencia de cursos que nutran y profundicen el proceso formativo frente a la APS, en este sentido los docentes consideran que la *“malla curricular de la carrera, de la facultad, es muy rígida, es una malla donde no tenemos electivas ni optativas (...) Nosotros no podemos estar implementando y cambiando esas mallas curriculares, esos cursos, (...) Entonces, esa rigidez no nos permite estar colocando electivas dentro de la malla que nos puedan ir alimentando esto [la APS]”* (PP).

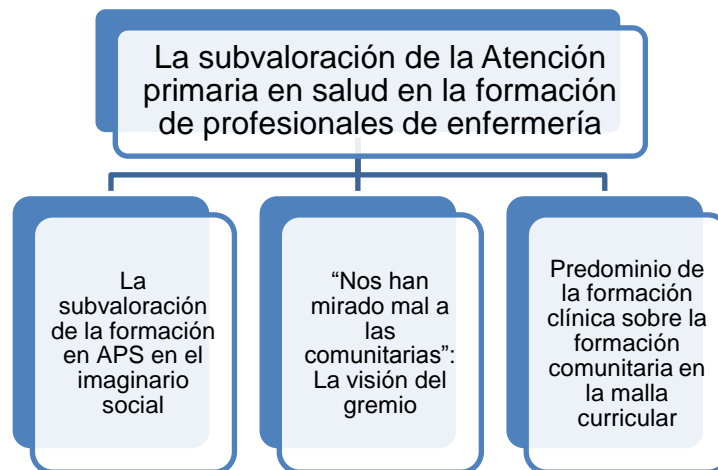
En síntesis, la formación en APS es invisible para los participantes porque no está presente en el SGSSS en el cual quedo oculta tras la antigua reforma en salud, -Ley 100- no obstante, pareciera que en el momento actual y con la instauración de la nueva normativa en salud, -Ley Estatutaria- esta podría resurgir y quizás de nuevo se logren vislumbrar las conquistas perdidas en tiempos anteriores. Un segundo aspecto por el cual se invisibiliza la APS en la formación, contempla la mirada que la sociedad tiene sobre la enfermería comunitaria en la cual no se ven efectos inmediatos frente a la salud, finalmente es invisible en el currículo en la facultad donde se realizó el estudio, en parte porque el discurso predominante es

el clínico y/o teórico, porque no existe un hilo conductor y la malla curricular no presenta alternativas de formación, como optativas o electivas frente al tema.

10.2. La subvaloración de la Atención primaria en salud en la formación de profesionales de enfermería

Para los participantes la subvaloración de la APS en la formación de profesionales de enfermería se da en cuatro grandes escenarios: el imaginario que la sociedad tiene de la profesión, la visión que tienen los mismos profesionales, desprendiéndose a su vez de esta la visión de los profesionales docentes, y por último, la malla curricular que se encuentra en la facultad de estudio.

Figura 6. La subvaloración de la Atención primaria en salud en la formación de profesionales de enfermería



Fuente elaboración propia

10.2.1. La subvaloración de la formación en APS en el imaginario social

Podría ser que este menosprecio de la formación en APS, guarda relación con los imaginarios que tiene la sociedad sobre la enfermería. En este se advierte un

predomino de la visión de la enfermería ligada a la atención del ser humano enfermo, la cual se ve identificada con algunas de sus insignias: el uniforme blanco, la toca y el ambiente hospitalario donde se ejercen la labor enfermera, entre las cuales se mencionan procedimientos con enfoque curativo, como lo expresan algunos participantes:

“volvemos a los imaginarios en que nos montan en la universidad y en sociedad misma, entonces, parece que uno no es enfermero si uno no tiene ese uniforme blanco y está al lado de la persona enferma” (PH). Además, “el imaginario social de la enfermera (...) es la toca, el vestido blanco, es un hospital, es una cruz roja allá en una pared, allá donde yo voy a trabajar (...)” (PE).

Por ello quizás, cuando se ve el hacer de la enfermería comunitaria en el terreno, no se ve al profesional del cuidado, sino que el profesional es percibido como un vendedor que va a las casas a ofertar productos, llenando papeles y cuya apariencia física no guarda relación con el imaginario establecido, la toca y el vestido blanco, de ahí que , *“cuando [se ve a] una enfermera comunitaria en el campo de acción y solamente veo una persona con un morral al hombro, una cachucha y unas botas, yendo de casa en casa, llenando papeles, ¡pues claro! Es que yo no estoy viendo a la enfermería ahí, yo estoy viendo una persona como un vendedor que va de casa en casa diciendo que, si le compran o le venden la nevera” (PE)*; desde esta perspectiva el quehacer profesional desde el área comunitaria o desde la APS, es confundido con labores que no guardan relación con la visión disciplinar del cuidado.

Así mismo, la enfermería comunitaria se subvalora, pues su quehacer socialmente no es reconocido como un actuar profesional que visualiza avances significativos sobre indicadores de salud pública, los docentes describen, además, frente a la visión social de la enfermería, que existe un predominio significativo del actuar clínico sobre el comunitario, considerando que este último no tiene el reconocimiento social frente a los avances logrados en términos de salud, *“las compañeras que han sido líderes en atención primaria, (...) y han llegado a*

lugares donde nadie ha llegado, que tienen cero mortalidad infantil, que tienen cero mortalidad materna, como que eso no es digno de un reconocimiento” (PD)

De lo anterior se puede colegir que la subvaloración de la formación en APS se relaciona con la visión de la sociedad sobre la enfermería y con la manera en que se observa el ejercicio profesional.

10.2.2. “Nos han mirado mal a las comunitarias”: La visión del gremio

Ahora bien, los docentes opinan que no solo la sociedad sino el gremio ha mirado mal a la enfermera comunitaria dado que son las que no saben hacer cosas que hacen las clínicas, esto hace presumir que los profesionales que ejercen en el área comunitaria, son considerados como aquellos que llegan a este ejercicio por descarte, porque no son buenos, e incluso llegan sin agrado sobre la labor que ejercen. A esto se testifica lo siguiente: *“yo creo que la sociedad y hasta el gremio nos ha mirado mal a las comunitarias, porque piensan que somos las que no sabemos hacer muchas otras cosas [que hacen las enfermeras clínicas]” (PL).*

Los profesionales que se dedican a desarrollar la profesión desde esta área del saber, son percibidos como profesionales que no tienen fortalezas desde la clínica, como se consideró con otras profesiones del área de la salud, esto presupone que la formación clínica es el estándar sobre el cual se valora el total de la formación que recibe un profesional de enfermería, considerándose así que la formación frente a lo comunitario es anexo a la clínica, un apéndice más y no un área del saber con autonomía propia, *“(…) en alguna época se decía de los médicos, que hacían salud pública, que no se sentían con fortalezas en lo clínico, entonces se iban a hacer salud pública y lo mismo como que pasa con enfermería…” (PL).*

Piensan además que la APS se mira con desdén por los profesionales de la salud clínicos donde el enfoque hacia la patología es privilegiada porque la enfermedad ha ganado importancia y ha diezmado todo aquello que se realiza frente a la promoción de la salud, *“...la atención primaria en salud ha sido de alguna manera*

despreciada por los profesionales de la salud, la clínica y la perspectiva de la patología, como la patología es la que ha venido siendo la protagonista y toda ha girado en torno a la enfermedad, ha sido poco lo que se ha trabajado para prevenir y promocionar la salud (...)" (PM).

No obstante, los docentes creen que, al ubicar la enfermería en los hospitales, donde se privilegia la clínica, no se entienden otros discursos que hacen parte de la disciplina, *"otros elementos teóricos que lo dan las ciencias sociales y humanas (...)" (PD)*; por lo tanto, la visión frente a la profesión se cierra solo al quehacer dentro de ambientes clínicos y se considera como único el discurso de la patología,

"... si yo ubico la enfermería solamente en un hospital, como enfermería no voy a entender los otros discursos (...) de todas partes [que] potencializan mi ser enfermero (...) cuando yo estoy cerrada, que enfermería es ponerme un uniforme blanco, es poner inyecciones, es irme a trabajar a un hospital y solo así me visualizo como enfermera, el único discurso que a mí me permea es el de la patología, es el único" (PE).

Es así que la formación en APS es subvalorada porque desde el mismo gremio de profesionales se cree que quienes se dedican a ejercer la profesión desde esta área no saben hacer lo mismo que se hace en la clínica, exponiendo así un privilegio de la enfermería clínica desde los mismos profesionales.

Por otro lado, es necesario exponer que la subvaloración según los docentes guarda relación con la manera en que es visto el docente que desarrolla su saber en un ambiente de cuidado a los colectivos y la forma como este formador se relaciona con el estudiante, es así que los participantes expresan que ellos mismos, es decir, los docentes, desfavorecen la APS, ya que no le dan el valor o importancia que merece:

"(...) estamos menospreciando la parte comunitaria de alguna manera" (PL).

Perciben en cuanto a la forma como se ven a los docentes del área comunitaria, que estos son más débiles que los del área clínica; dicha pasividad está relacionada con la forma en que el docente no muestra la importancia de la APS y

como se acerca a los estudiantes. Pareciera que los formadores de esta área del saber poseen falencias para lograr transmitir el discurso a los estudiantes, en parte porque no se muestra la relevancia de la misma o porque lo que hacen no es de su completo agrado, es decir como si fuera una tarea que les corresponde hacer y no que la desean hacer con amor. Podría suponerse, que gracias al desgano que el docente expresa no sea posible la transferencia de conocimientos en esta área del saber, porque en voz de los participantes, lo que no se hace con amor tiende a desaparecer, *"los más fuertes son los clínicos, los más débiles son los comunitarios (...) Porque son más pasivos, porque posiblemente no han sido capaces de impregnar a esos estudiantes de la importancia que tiene la promoción, porque a uno, porque a uno le tienen que dar confite, gustarle para poder introyectarle las cosas, entonces lo que no se hace con amor, con cariño, mostrándole la relevancia, todo eso desaparece"* (PP).

De cualquier modo, para mostrar la relevancia y lograr enamorar a los estudiantes de temas que se relacionan con el cuidado comunitario, es importante que los docentes sientan agrado; dialoguen al respecto, sin embargo, esto no es posible gracias al desconocimiento y quizás a la indiferencia propia del desinterés por el cuidado a los colectivos humanos, por lo que PE afirma: *"yo pienso que aquí, [en la facultad] nosotros no hemos logrado ni enamorar a los estudiantes del asunto de la atención primaria en salud, del trabajo con colectivos, (...) porque los mismos docentes no estamos enamorados y no estamos enamorados porque tampoco sabemos, no nos interesa"* (PE), y PZ concuerda al decir que solo hasta ahora se están empezando a oír *"apenas ahora con la transformación es que estamos escuchando a los otros"* (PZ).

En coherencia con lo anterior, la adquisición de poder e independencia por parte del docente sobre el tema y saber cuál es el nivel que desea de conocimiento en el estudiante sobre la APS, es lo que trasmite, entonces pareciera que una condición sin la cual el docente no debe participar del proceso enseñanza-aprendizaje, es el conocimiento, la comprensión y el empoderamiento sobre el tema, en este caso la APS, dado que *"cuando un docente se empodera mucho de*

su curso, tiene (...) muy claro lo que quiere con el estudiante, esto es lo que se transmite” (PP), por lo que se intuye la debilidad del docente comunitario.

Ligado a lo anterior, está la forma en que los docentes expresan como son considerados los cursos por parte de los estudiantes, es decir, los cursos en el área comunitaria son considerados rutinarios en contradicción con los que se desarrollan en área clínica, en los cuales el estudiante es activo: *“(...) [los estudiantes], vienen y encuentran unos cursos[de comunidad] monótonos donde ni siquiera entienden y les repiten y no les preocupa sino porque es lo que digan y llegan a una clínica donde entran en acción, hospitalización, cirugía, urgencias” (PP).*

Igualmente consideran los profesores que los estudiantes *“(...) de por sí traen en la cabeza lo clínico”* esto es, está muy marcado que no solo se identifiquen lo que es la formación clínica y comunitaria, sino reconozcan lo clínico como lo más importante:

“está muy marcado, aquí [que] el estudiante identifica perfectamente que es lo clínico y que es lo comunitario. Para él lo más importante es lo clínico...” (PP).

Todo lo anterior pareciera entonces posibilitar que los estudiantes desde esta perspectiva desarrollen una mayor fascinación por lo clínico, frente a lo comunitario,

“(...) ellos ven, pero fascinados la clínica, pero la comunidad no tanto.” (PL).

Quizás por lo dicho hasta aquí, los docentes consideran que la APS no pega dentro de la facultad, porque aún no se tienen las condiciones para que esta emerja dentro del proceso formativo, es decir, aún existe un trabajo insipiente en cuanto a la formación de APS en la unidad académica, en sus palabras se expresa de la siguiente manera: *“yo veo que la atención primaria en salud aquí aun no pega, hay semillitas, hay semillas, (...) pero son semillas que todavía no tienen el terreno abonado. (...) No veo una facultad, o sea esta escuela, aún no se abre como un cultivo para cosechar este conocimiento de la atención primaria en salud” (PB).*

En pocas palabras, la subvaloración que se expresa sobre la formación en APS para los docentes, tiene que ver con la pasividad y el desinterés de ellos mismos frente a los temas que se relacionan con la APS dejando ver un dominio a elementos más dinámicos como lo son los temas clínicos.

10.2.3. Predominio de la formación clínica sobre la formación comunitaria en la malla curricular

Finalmente, otro aspecto de la subvaloración es expresado por los docentes como la fascinación y predilección que muestran los estudiantes a la hora de elegir la práctica profesional cuando prefieren la clínica a la comunidad como campo para desarrollar su quehacer profesional, el siguiente dato lo ratifica: *“(...) ha mejorado el porcentaje, puede estar en un 60/40, pero ese 60 es a lo clínico; anteriormente era 80 clínico y 20 % comunitario, por eso cuando al estudiante se le daba la opción de elegir su práctica todos querían clínica y nadie quería comunitaria” (PP)*. Pese a que hoy se considera un poco menos el margen de preferencias hacia lo clínico, la percepción sobre la APS continúa siendo débil en la facultad donde se desarrolló el estudio: *“yo la veo muy débil, aunque en varios cursos la dan,” (PP)*, esta debilidad en parte puede deberse a la necesidad de mejorar el perfil del egresado de la universidad y valorar en el proceso de formación cómo se logra que los contenidos tengan espacio dentro de pensum académico: *“(...) en la medida en que no se logre depurar en la formación cuál es ese perfil que se quiere lograr (...), va a seguir siendo la rifa de la formación como logro que lo que yo doy sea contenido, practica o demás, tenga un espacio dentro de esa malla curricular” (PV)*. Podría suponerse entonces que es necesario depurar muy bien los contenidos curriculares para que según las necesidades formativas la APS tenga el espacio adecuado y no continúe siendo un aspecto dejado al azar que no está estipulado en la malla.

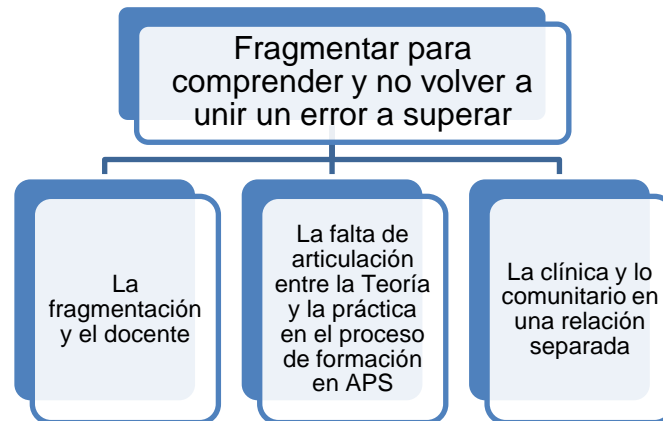
Sin embargo, para lograr estos espacios será necesario romper con la relación dispareja que se tiene y que hace que el docente considere que lo que se hace en

el ámbito de lo comunitario, de la APS en el escenario académico de formación, es mucho menor que lo que se hace en la clínica, como ejemplo de esto, expresan que *“la relación no es pareja, yo veo que es mucho más poquito lo que hacemos en comunitario, por las horas que tienen y los créditos que tienen los cursos (...) [así como en los procesos evaluativos, donde a modo de ejemplo en] el curso “X” (...) [lo comunitario, APS] vale 5%, en la evaluación, (...) cuando hacemos las preguntas de los exámenes (...) me piden mis preguntas, yo las paso, y cuando las veo y voy a calificar es un punto, dos puntos, cuando las otras [clínicas] son las que más valen (...)” (PL)*. Este desequilibrio frente a créditos, evaluaciones y demás aspectos refleja el poco valor que desde la malla académica se da a la APS y posibilita el predominio clínico sobre la visión del cuidado de enfermería en cualquier contexto: *“cuidado de la persona sana o enferma, este donde este” (PL)*. En definitiva puede considerarse que la subvaloración de la formación en APS está fuertemente influenciada por varios aspectos, el primero la visión que socialmente se ha construido donde *“de alguna manera la enfermería siempre ha tenido una proyección muy clínica” (PE)*, visión que permea al gremio de la enfermería, a los docentes y a los estudiantes y segundo por aspectos que los participantes relacionan con la docencia, entre estos la visión del docente comunitario y la relevancia con que es abordado el tema en la malla curricular, ya que *“lo clínico es un asunto que nunca habla de eso” (PH)*; aspecto por el cual puede considerarse que esta área del saber es menos desarrollada en la facultad de estudio.

10.3. Fragmentar para comprender y no volver a unir un error a superar

Finalmente, es necesario hablar que los participantes consideraron como fracturas, divisiones, fragmentaciones, la falta de articulación entre la teoría y la práctica las relaciones dicotómicas entre la clínica y lo comunitario, en la unidad académica donde se desarrolló el estudio.

Figura 7. Fragmentar para comprender y no volver a unir un error a superar



Fuente elaboración propia

10.3.1. La fragmentación y el docente

Los participantes de este estudio consideran que en la unidad académica existen unas fracturas, separaciones, las cuales fueron un error para el proceso formativo, y que se hace necesario superar, ya que suponen que lo que se generan de estas divisiones, no se une de nuevo, esto se ratifica en las siguientes palabras: *“hubo un error, hay un error, que tenemos que superar y es que de pronto dividimos para comprender, y no volvimos a juntar, lo dividimos para comprender”* (PD).

En este sentido, expresan que se divide para comprender, pero también consideran que luego, el proceso de unir estos aprendizajes no se da, debido a lo difícil que es integrar el conocimiento, en especial, para quienes nunca han actuado basados en este conocimiento y como consecuencia de esta desintegración los conceptos se quedan en uno u otro lado. Por lo que *“integrar el conocimiento no es tan fácil y los que hemos caminado más, nos parecerá más obvio, pero es que ya lo hicimos, pero para el que está caminando por primera vez lo que parece ser tan obvio, y como fraccionamos el aprendizaje, tal vez para entender, eso es lo que nos han dicho, si dividís aprendes por partes, sí...pero después juntar las partes no es tan fácil.”* (PZ)

“nosotros fragmentamos dizque para entender y después... cuando vamos a volver a unir, ya no somos capaces de unir; ya no somos capaces, ya eso se quedó allá y esto allá (...)” (PE).

Quizás por lo anterior consideran que abordar la APS *“sigue siendo como un asunto muy complejo en la formación, porque digamos que en la manera en que se aborde es un asunto fragmentario” (PV).*

Con lo anterior, se hace notorio que existe una fragmentación en la unidad académica donde la *enseñanza de la APS está “muy desagregada, yo la veo muy desagregada” (PL)*, dada esta fractura, la unión de los elementos relacionados con la APS es difícil, porque ya el aprendizaje fragmentado está dado y es difícil unirlo en los diferentes momentos académicos, llegando así a aprender por partes y no de una forma integral.

En parte esta ruptura en la formación la atribuyen a sí mismos. Señalan que los cursos están divididos y los docentes no han logrado articular todo lo concerniente a la atención primaria en la malla curricular, sino que el discurso está seccionado:

“(...) los cursos también se hallan divididos, nosotros [los docentes] no hemos logrado articular, poner a ondular, digamos a través de toda una malla curricular un discurso desde la promoción, sino que lo tenemos fragmentado” (PE).

Además, manifiestan que los docentes que abordan el tema de lo comunitario, de la APS dentro de la unidad académica, utilizan diferentes enfoques y a lo mejor por ello, van en diferentes direcciones *“que siguen siendo como trabajos muy desarticulados de unos que están haciendo por allí algunas cosas y los que trabajan con el enfoque familiar, los que están trabajando en promoción de la salud, los que trabajan con grupos por ciclo vital humano (...)” (PV).*

También expresan como fundamento de las fisuras y la problemática, la falta de capacitación o aprendizaje de los docentes sobre la magnitud de la APS que acoge lo colectivo y de otro lado la fortaleza en la formación clínica que prevalece en ellos, así lo refiere: *“(...) hay un problema que yo veo y es la capacitación de los docentes, yo veo que aquí los docentes son clínicos, ¡son clínicos! Por eso yo creo que se da la separación (PL).*

Igualmente se refleja cuando dicen: *“no todos [los docentes] estamos formados en eso, [APS] entonces eso, claro, eso, fragmenta también la formación de los estudiantes” (PE)*; es decir, que el desconocimiento de los docentes sobre la APS conlleva a que se presenten procesos de división en la formación de los estudiantes, frente al tema. Quizás por lo anterior y en términos de los docentes *“todos !TODOS! [los docentes] debiésemos tener un direccionamiento básico por aquellos profesionales que trabajan en APS” (PM)*

Sumado a que el docente no identifica un bagaje conceptual que le impide articular el saber de otros con el propio, no se tiene presente que el sujeto de cuidado está inmerso en un mundo, limitando el conocimiento a un ser fisiológico, en el que la APS no es parte del cuidado, y esta forma de ver al ser humano sujeto de cuidado, genera división, o por lo menos así lo exponen los participantes: *“cuando yo [docente] lo veo [al sujeto de cuidado] inmerso en un mundo yo logro cambiar mi atención y logro establecer planes de cuidado diferentes (...), pero si yo veo simplemente veo un cuerpo que está ahí acostado y la APS es muy importante... pero (...) eso lo hace el otro, ahí es donde fragmentamos y yo siento que eso pasa a aquí” (PE)*; es decir se fragmenta la visión que en *“APS atendemos colectivos, sanos y enfermos” (PH)* como un todo.

Un último aspecto que los docentes consideran en cuanto a lo necesario de la fragmentación se relaciona con que si bien el docente debe tener una fortaleza en un campo del saber, porque un docente no puede ser experto en todo, esto no lo puede llevar a ignorar esa otra parte de un todo en el que su mirada de la formación, de su quehacer y de su discurso frente a la profesión, no puede estar presentes estas fracturas, ya que la concepción de enfermería es integral y no puede verse afectada con una fragmentación que atomiza, en la que no se unen de nuevo los pedazos que se dispersan: *“Yo digo que esa cosa de fragmentar, yo fragmento para poder hacer, porque es que yo no las hago todas, pero mi discurso y mi concepción interna [de la enfermería] no se puede fragmentar, porque cuando yo fragmento, eso se pierde, (...) y son pedacitos así, que nunca se logran juntar” (PE)*. Además, *“cuando tú haces tú práctica profesional, tú no puedes fraccionar,*

porque es que en la enfermería dice tu mirada es holística, es Integral, una enfermera nunca fracciona, porque la enfermería es holística, ¡es holística!” (PD).

En esta responsabilidad que los docentes asumen en la fragmentación de la formación de los estudiantes en APS se relaciona con la desarticulación en los enfoques, los discursos, los contenidos de los cursos, que al atomizarlos hace que esta parte de la formación se pierda y se haga invisible.

10.3.2. La falta de articulación entre la Teoría y la práctica en el proceso de formación en APS

Los participantes del estudio identifican dos elementos fundamentales en la formación de los estudiantes, la teoría y la práctica, y estas dependen del empoderamiento que el docente tenga en ambos ámbitos: *“la formación tiene (...) unos elementos teóricos, unos elementos prácticos, y allí esa formación debe estar pasada como por varias cosas, (...) el dominio que tengan [los docentes] en lo que están enseñando, no solo desde lo teórico sino desde lo práctico” (PV).*

No obstante, señalan que dentro de la facultad de estudio, se presentan dificultades entre estos dos elementos, uno de ellos expresa lo siguiente sobre la unidad académica : *“se enseña APS y creo que lo enseñan muy bien a veces desde la teoría” (PJ)*, testimonio en el cual se percibe que no siempre se enseña bien en la teoría, lo que muestra que existen faltantes en la teoría, aunque reconocen que la ven algunas veces bien; además se reconoce una ausencia de la práctica al dejarla por fuera o por ver la ruptura que se da en ella, lo cual se ratifica cuando otro participante señala: *“considero que la parte teórica de APS, los conceptos de la APS, los tenemos en la formación (...) [No obstante] la práctica la tenemos desintegrada (...)” (PD).*

Lo anterior según ellos puede deberse a dos aspectos, el primero hace referencia a que lo expresado en la teoría es muy diferente a la realidad, entonces, si los elementos teóricos se dan como lo manifestaron los anteriores participantes, falta que los estudiantes se enfrenen en la práctica al contexto, a la realidad de lo que

se vive en la cotidianidad, porque sugieren que al no hacerlo, si no se sale a terreno, no pueden ver la realidad y no pueden unir esos elementos teóricos desarrollados en el aula, con la realidad social y esto entonces genera rupturas en la práctica, en este caso de APS, pues *“(...) una cosa es lo que vos ves en la teoría. Uno en la teoría puede ver todo lo quiera (...) pero es que es muy distinto lo que es la teoría de lo que es la realidad, entonces cuando no sacamos estos estudiantes a mirar el contexto, que es lo que se vive en la realidad, no aprenden a articular” (PP).*

El segundo aspecto, permite intuir la existencia de una problemática frente a la forma en cómo se exponen o expresan los conceptos, los cuales consideran los docentes al ser expresados de diferentes formas, aunque tengan el mismo significado, no dialogan entonces quedan poco claros y no se logran articular dentro de la práctica:

“Hay un problema de teoría y práctica, porque pareciera que si esto no se nombra como aquello, por ejemplo, si el ambiente no se nombra como contexto, si el ambiente en sí mismo no se nombra como entorno natural donde vive la gente sino que se concibe como escenarios de la vida cotidiana pareciera que esto no dialoga, el asunto es de significados, el significado que se le da a cada cosa que no permite ese diálogo, por un lado, y como no es claro en el asunto del significado no lo logro articular en práctica” (PV).

Por último, los docentes reconocen una relación entre lo teórico y lo práctico ya que, *“al conocimiento se llega: desde la teoría a la práctica o de la práctica se entiende o se hace la teoría.(PB)*, no obstante, enuncian frente a lo teórico que si bien aún presenta con falencias, muestra mayor solidez dentro del proceso de formación, de lo que pudiera producirse un faltante en la práctica, en la cual no ven reflejada la puesta en escena de lo visto en la teoría y en la que también se expresa no se lleva a la práctica real en los contextos reales por ello hay que *“hay que tener cuidado con la teoría, cuando no puede llevarse a la práctica (...) pues al fin y al cabo termina siendo una teoría que nutre a otra y si no lo ven en la*

práctica, entonces eso genera esa fragmentación” (PV) y como se dijo en párrafos anteriores no se aprende a articular en contexto.

10.3.3. La clínica y lo comunitario en una relación separada

Las relaciones dicotómicas se dan en la formación frente a los ambientes o campos de acción del ejercicio profesional porque *“a veces nos confundimos [los docentes] en lo que es el cuidado, con las áreas de desempeño” (PZ)*, áreas o campos que se centran en la clínica y la comunidad y según ellos, es lo que ocasiona la fragmentación. En este sentido los docentes expresan que *“desde la educación, aquí específicamente en la facultad, también han sido discursos muy, muy fragmentados... muy fragmentados, porque está la concepción de lo que es lo clínico y lo que es lo comunitario” (PE)*.

Aunque los participantes consideran que existen fortalezas en lo comunitario, y en la promoción de la salud, en la que la Facultad tiene en cuenta la formación en APS en pregrado, sienten una continua confrontación y separación entre clínico y comunitario, que ha llevado a discusiones y confrontaciones en los docentes que muestran a cada ambiente, como mundos separados en los que se privilegia el ámbito clínico y se desvirtúa el comunitario, mostrando una división que para los docentes se ha convertido en algo cotidiano, algo de costumbre, en donde se separa la formación del futuro profesional en ambientes clínicos, comunitarios, expresado en las siguientes palabras: *“nosotros en la profesión tenemos unas fortalezas grandes en promoción de la salud, hemos intentado siempre tener un discurso del área clínica y del área comunitario, pero necesariamente el área clínica y comunitaria han estado separadas dentro del pregrado o dentro del pensum, o necesariamente no, así lo hemos realizado, hemos trabajado de manera separada lo uno y lo otro” (PM)*.

De igual manera refieren que *“al interior de nuestra facultad también se dan esas rupturas y esas fracturas, porque es muy difícil conciliar que, en un ámbito clínico, el comunitario tenga pues unos saberes y unos propios conocimientos y unos*

avances” (PD) en parte, esta dificultad manifiesta y se relaciona con la falta de reconocimiento a la formación en APS que sienten en la Facultad.

Por ello, consideran que para romper con este legado y equilibrar la formación en el ámbito clínico y comunitario, se necesita de fortalecimiento en el tiempo de lo comunitario para lograr representatividad, puesto que *“para romper con la historia...se necesita de historia... o sea... se necesita de tiempo, la historia aquí tenemos como 60 años ya alrededor de un discurso clínico, yo no creo que necesitemos otros 60, pero tampoco se va resolver en un año, yo creo que se está empezando a hacer...y hay que seguirle dando fuerza a esto, ojo no estoy diciendo que lo clínico, yo me he formado en la clínica, y no estoy diciendo que lo clínico no sirva o sea menos o más, lo que yo creo es que el discurso de lo comunitario debe ser tan fuerte, es fuerte, debe ser tan representativo como lo clínico” (PH).*

Algunos participantes insisten en la necesidad de integrar la visión y aquello que se ve dentro de la formación en lo comunitario, y esto se incorpore en los escenarios clínicos; por ello expresan que *“nosotros [los docentes] les insistimos mucho esto que vemos aquí en la parte comunitaria, es de clínica también” (PL).*

Por último, la fragmentación tiene conexión con procesos y aspectos que guardan relación con el docente, en cuanto a la capacidad para conocer, articular los conocimientos en lo teórico y lo práctico para ver al sujeto de cuidado como un ser humano que trasciende una esfera biologicista, inmerso en un mundo cambiante que se relaciona e influye y es influido por él.

Es así como de forma final se presenta la categoría central: “la Atención primaria en salud, la enfermería comunitaria, el trabajo con colectivos, la salud pública: la cenicienta en la formación en enfermería” en la que convergen las anteriores subcategorías y que da cuenta del entramado de relaciones que entre ellas se tejen y que posibilita comprender que el significado que tienen los docentes frente a la formación de atención primaria es algo que está siendo de alguna manera postergado o despreciado en la facultad donde se realizó el estudio.

10.4 La Atención primaria en salud, la enfermería comunitaria, el trabajo con colectivos, la salud pública: la cenicienta en la formación en enfermería

En cuanto a la formación en atención primaria en salud, es necesario considerar, la sinonimia con algunos conceptos que los docentes le asignan a la APS, entre estos, salud comunitaria, cuidado al colectivo, salud pública, salud familiar, entre otras, que expresan algunos participantes y que hace considerar que todo aquello que se refiere a lo comunitario, al trabajo con colectivos humanos hace referencia a la APS, por ejemplo, en la voz de un participante la APS es llamada enfermería comunitaria, como se podrá ver en apartados posteriores algunos docentes refieren que dentro de la unidad académica, en algún momento de la historia del desarrollo curricular, tomo este nombre: *“la enfermería comunitaria, como nosotros llamamos aquí [en la facultad de estudio], a la Atención Primaria” (PE).*

No solo la nombran de esta forma, sino que expresan la existencia de una *“relación entre atención primaria en salud y promoción de la salud (...) [además, entre la APS con] todo lo que tiene que ver con el desarrollo humano alrededor de la familia” (PV).* Ambos conceptos no se alejan entonces de lo anterior, es decir, de la similitud conceptual que ellos le encuentran de la APS con la promoción de la salud y la salud familiar, además del *“trabajo con colectivos” (PE).*

Dentro de esta afinidad de conceptos, también se expone según los participantes, que puede darse una analogía entre la APS y los *“elementos de salud pública” (PV)* con aquellas acciones desde el cuidado a las personas, en forma plural, sumada a una afinidad con la enfermería como disciplina que tiene su eje en el cuidado:

“(...) el campo del cuidado a los colectivos: unos le decimos cuidado al colectivo, salud pública, cuidado comunitario, el cuidado a las personas” (...) (PD).

De esta manera, la Atención primaria en salud, es un concepto polisémico para los participantes del estudio, que se relaciona con la enfermería comunitaria, con el trabajo de la salud pública y con la enfermería ya que al referirse al cuidado de las

personas y potenciar el cuidado de la salud, se entiende que la APS es enfermería:

“APS es enfermería (...) sí APS es que yo logre que tu cuides tu salud (...) entonces esto es enfermería, (...)” (PZ).

La falta de claridad conceptual sobre la APS podría tener relación con lo que se encontró en la investigación en cuanto a la invisibilización, la subvaloración y la fragmentación en la formación en APS en profesionales de enfermería de la institución donde se desarrolló el estudio.

Esta relación, permite la reflexión sobre la APS como un área del saber que en la formación de enfermería esta postergada, desconsiderada o despreciada, es decir, es valorada como una cenicienta dentro de la facultad, algunos participantes expresan: *“[en la facultad] aquí, lo comunitario es la cenicienta” (PH)*. Es decir, la colocan en un papel sumiso frente a otras áreas del saber del cuidado como podría ser la clínica, quien, con su predominio hegemónico derivado entre otros por la mercantilización de la salud que tiene ahínco en el SGSS, en el cual ha logrado posicionarse en un papel protagónico del quehacer del profesional de enfermería, quizás por ello los docentes consideren que a *“lo clínico sabemos a qué le tenemos que responder, ha sido una preocupación eterna” (PH)*.

En este sentido en Colombia la reforma de 1993, la cual trajo consigo la promulgación de la Ley 100, según los participantes, propició que todo el trabajo que se había desarrollado en tiempos anteriores, frente a lo colectivo pasara a un segundo plano, y generó una pérdida de ideales que se tenían frente a la salud, para crear una dependencia, que luego posibilita el deseo profundo de desligarse de otras áreas del saber que la mantienen oculta o subordinada, es decir, como una cenicienta, con un actuar diezmado desde la reforma que impiden el pleno uso de su potencial, limita la práctica profesional e imposibilita que la APS pueda mostrarse ante la sociedad, ante el gremio de profesionales del cuidado, docentes y estudiantes como un campo del saber con autonomía propia, cuyas acciones

logran un impacto frente a la salud, pero que tal vez por el desconocimiento se tornan sumisas.

Es notorio entonces, que, como la cenicienta, algunos docentes conocen el currículo existente, cuyo discurso, hoy débil, fragmentado y desconocido según los participantes, propicia que la APS no se reconozca dentro de la facultad como un área del saber. Entonces, los docentes *“tenemos miedo al no saber” (PZ)* y este desconocimiento no solo invisibiliza, subordina y fractura el saber, sino que, posibilita que dentro de la unidad académica se encuentren docentes cuyas cualidades frente al proceso formativo en APS sean la pasividad, la dependencia y la falta de amor por lo que hacen en la APS, aspectos que se consolidan en dinámicas curriculares monótonas y poco entendibles.

Se necesita entonces que los primeros convencidos en que la *“APS es una cosa maravillosa” (PJ)* sean los docentes, de esta forma podrán dar el *“confite” (PP)* dentro del proceso de formación, es decir, hacer agradable al otro la enseñanza de la APS; por ello, se requiere de estos, una actitud positiva y dinámica, porque la falta de conocimiento, confianza e indiferencia en el impacto de la APS en la salud de los colectivos humanos, hace viable una formación frágil, tímida, subordinada y fragmentada.

Es que quizás, que, como una cenicienta, los docentes aún no reconocen que la indiferencia propia y el desinterés por el cuidado a los colectivos humanos, impide la visualización de un área del saber, es más, esta dificultad pudiera relacionarse con el desconocimiento, dado que como lo expresan los participantes, no están formados en ello, además de la falta de condiciones (*“terreno abonado” (PB)*) para hacer emerger la APS dentro de la facultad.

Finalmente, tendría que considerarse que la formación en APS libra unas *“disputas” (PD)* que *“se han construido en base a la clínica, en el discurso clínico, en la pelea con el médico” (PH)* y donde existen *“conflictos de intereses” (PE)* o por el contrario, el enfrentamiento es consigo misma, con la forma en que se ve a la enfermería comunitaria, con la carencia de conocimiento y reconocimiento, o

con los métodos utilizados para llegar al conocimiento, ya que se ha dividido para comprender, pero no se ha dado hilo conductor y articulador.

Si la contienda es consigo misma, entonces sería pertinente que los *“profesores logran entender que el mundo no se mueve únicamente alrededor de una clínica, (...) se mueve alrededor de la vida, y la vida es lo clínico, lo comunitario y todo lo que se mueve alrededor de todo eso”*, cuando esto se vea, quizás se empiece a buscar soluciones y como una cenicienta logre la reivindicación de su estatus perdido, en lo que consideran los docentes fue lo que *“las reformas de los sistemas de salud privilegió, la medicalización, la tecnología, la medicina y el complejo médico industrial, o sea (...) un sistema neoliberal, pero de una reforma de los sistemas de salud, con un opacamiento de lo público, con un opacamiento de la acción colectiva, de los movimientos sociales organizativos donde la enfermería tenía su ahínco” (PD)*.

11. Discusión

11.1. La invisibilización de la Atención primaria en salud en la formación de profesionales de enfermería

La Ley 100 que creó el Sistema General de Seguridad Social en Colombia, no apareció de la noche a la mañana, ni fue fruto de la suerte y del azar. Sus intenciones y directrices obedecen a las orientaciones de las instituciones financieras internacionales, en el marco de una política neoliberal con la premisa de entrada a la globalización y en el contexto de una ola de transformaciones políticas y económicas (16,115,116).

De esta manera, esta reforma acoge los criterios recomendados por el Banco Mundial (BM), el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), descentralizando los servicios de salud como una estrategia de flexibilización y acercamiento a las necesidades del mercado de la salud. Además, descentraliza las competencias en materia de salud del gobierno central hacia las entidades territoriales municipales, lo que, sumado a la visión del modelo de salud basado en el mercado, hace que la APS en Colombia desaparezca tal y como se llevaba a cabo en el Sistema Nacional de Salud durante los años 80 y comienzos de los años 90, tiempo en el cual fue ejemplo en la región (73,116), lo que coincide con las concepciones que tienen los docentes sobre la pérdida de los ideales de APS con la reforma de la Ley 100.

De esta forma, Colombia pasa de un modelo de salud, que si bien no contemplaba de forma explícita la APS, en su actuar sí la tenía como elemento central de la prestación del servicio, a un modelo donde la prestación de servicios de salud emerge basada en la atención asistencial, dividida y con intermediación financiera (116). Un sistema, que como lo expresan los participantes de este estudio y de la investigación “Imaginario de la educación en salud pública en enfermería” cambia

la dinámica del sistema y posibilita la pérdida del componente de salud pública, los avances o ganancias logradas (117).

Al igual que los participantes de este estudio quienes creen que la ley 100 fue agresiva para la APS, Franco (16) expresa aunque la Ley 100 no fue pensada como una norma para privilegiar la salud pública, tampoco se esperaba que llegara a ser un golpe tan fuerte contra esta. “La concepción misma del modelo de la norma en cuestión, centrada en los aspectos financieros y de funcionamiento de la compra-venta de servicios de salud y orientada a la reducción de la participación estatal tanto en la prestación como en la financiación de servicios sanitarios, hacía prever un cierre del campo para la salud pública”; pero sus consecuencias han sido peores a las esperadas.

En concordancia con los hallazgos del estudio, el autor reconoce las dificultades para que la APS opere dentro del SGSSS actual en Colombia, y si bien no todos los problemas hoy presentes pueden considerarse consecuencia directa de esta norma, ya que el país enfrenta crisis en otros sectores que llevan a empeorar las condiciones de salud de la población, si puede mencionarse que bajo esta reforma los indicadores de salud pública sufrieron cambios a causa del modelo de prestación de servicios enfocado en la rentabilidad. Ejemplo de ello, es que “Varias patologías infecciosas se han expandido de manera preocupante.” Entre estas, diferentes tipos dengue, malaria, (16) e incluso aparecen en el territorio nuevas patologías controlables con acciones enmarcadas en la APS, como lo son el Zika o Chikungunya.

En palabras de Franco, puede concluirse hasta aquí, que “El énfasis en lo curativo-individual, la prioridad de los intereses económicos, el distanciamiento estatal de las acciones directas en salud y del financiamiento sectorial, el casi desmantelamiento de las iniciativas y programas nacionales en salud pública, todo ello relacionado directamente con el espíritu y los objetivos reales de la ley 100, tiene mucho que ver con el sombrío panorama apenas esbozado” (16).

Otro aspecto importante a considerar frente a las pérdidas de la reforma, es que con su filosofía y práctica, la salud se ve “reducida al conjunto de los servicios

asistenciales para enfrentar las situaciones de enfermedad”(16), a nivel individual y con predominio institucional, perdiendo de la mirada la práctica basada en acciones colectivas en entornos sociales, que en épocas pasadas evidenció efectividad sobre la calidad de vida de las poblaciones.

Incluso, la OPS menciona que luego de 10 años, de “ejecución de las reformas, se considera que no se alcanzó el efecto inicialmente deseado, de mejorar la situación del sector salud a través del énfasis en la eficacia y eficiencia en la provisión de servicios de salud; sino más bien, el efecto ha sido el de desarticular el sistema e incrementar la inequidad en salud. Debido a estas reformas, en algunos países, se ha dejado de invertir en programas de prevención, así como otros programas de alta externalidad (...)” (118), aspecto que entonces imposibilita cumplir con los derechos a la salud, tal como lo exponen los participantes de este estudio.

Gómez (116) es enfático en este punto, cuando refiere que la rentabilidad económica no puede interponerse al derecho a la vida. Él expresa que, si bien en la Ley 100 no figura que los valores y principios de la atención en salud deben sufrir alguna transformación, en su opinión se ha impuesto un cambio de patrones éticos con primacía de lo económico frente al derecho a la salud, lo cual considera una visión perversa (116) ya que esto contradice en esencia el postulado, quizás filosófico de la reforma en salud propuestos en 1978 cuando en conjunto la UNICEF y los países miembros presentes en Alma-Ata, se comprometieron a enfrentar el gran reto moral y técnico de definir la salud como un derecho humano fundamental y por ello adoptaron la estrategia de APS (118)

Todo lo anterior, ejerce influencia sobre la educación y permite identificar la creencia de los participantes sobre la invisibilización de la APS en la formación de enfermería por aspectos relacionados con el SGSSS Colombiano, en parte porque al transformarse el sistema a uno con predominio hegemónico de la economía, la individualización y la enfermedad, las competencias en salud pública no “merecieron la atención de la Ley 100. Más aún, puede afirmarse que quedaron por fuera de su campo de interés. Y para cualquier observador es claro que sin

desarrollo científico y tecnológico y sin políticas y estrategias coherentes de formación del personal profesional, especializado y técnico para el sector, es prácticamente inviable cualquier modelo de salud y seguridad social” (16), por ello, el desarrollo curricular de los programas de enfermería se debe transformar y el estudiante debe acercarse a un concepto de salud pública escindido de lineamientos propuestos por la OMS y la OPS y que hacen parte de los valores de APS (117).

Este concepto propuesto por organismos internacionales guía el actuar de diferentes disciplinas, puesto que la salud es objeto de estudio de diversas profesiones, no obstante, para enfermería no puede alejarse del componente disciplinar, que para el caso puede anclarse a la visión de salud propuesta por la teoría de Leininger, que la considera, como un estado de bienestar, que debe ser culturalmente definida, valorada y practicada (44,95,117).

Por otro lado, un concepto que no tiene escenarios prácticos definidos dónde desarrollarse y en el cual el trabajo comunitario deja de ser importante, porque cada acción depende de las EPS y del pago de la UPC, y por ende las acciones de salud pública, se ejercen en una población fragmentada según el nivel de aseguramiento y la empresa prestadora, haciendo inviable la generación de verdaderas acciones que, en el marco de la APS, potencien la vida en sociedad (117), por ello, es imposible para la academia hacer visible algo que solo queda en supuestos teóricos y no puede desarrollarse desde la práctica, como lo consideran los docentes en este estudio.

Con los años, los ajustes al SGSSS, desde la creación de la Ley 100 de 1993, han sido numerosos, posibilitando como lo exponen los participantes, tener hoy un piso normativo que sustenta el actuar en el marco de la APS. Uno de estos cambios fue contemplado mediante la reforma propuesta por la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011. Como lo plantea Vélez, la primera, no contribuyó a mejorar el problema de fondo basado en la competencia regulada, la ineficiencia en los indicadores de cumplimiento en cobertura de aseguramiento en salud, deterioro de los indicadores en salud pública y el enriquecimiento de las Empresas Prestadoras

de Servicios (EPS) sumado a la escasa respuesta a la prestación de los servicios de salud a los colombianos. Por su parte la Ley 1438 de 2011 “(...) fue promovida como el cambio hacia la APS, la cobertura universal, la unificación de planes de beneficio y la portabilidad nacional del aseguramiento. Pero lo cierto es que a la fecha ha tenido una marginal reglamentación de estos aspectos” (115) y por lo tanto y concordancia con las concepciones de los participantes, la APS no puede tener el protagonismo que debiera frente a las acciones del cuidado a la salud.

Posterior a la Ley 1438 de 2011 y desde el año 2013 se inicia la discusión de una reforma que permitiera un mayor reconocimiento de la salud como derecho y lograra superar los desafíos estructurales del sistema, de allí la aparición de la Ley Estatutaria en salud, Ley 1751 de 2015. Está en el artículo primero determina la salud como un derecho fundamental y establece un modelo de intervención desde los determinantes sociales en el marco de la APS, como modelo de prestación de servicios de salud. Aspecto de vital importancia si se reconoce que las Leyes mencionadas contemplan el accionar de los profesionales en el marco del modelo de salud fundamentado en la APS, que es la esperanza de una intencionalidad política como lo expresan los participantes del estudio (12,13,115).

Esta reforma en salud, concuerda con uno de los enfoques que ha tenido la APS: “enfoque de Salud y Derechos humanos”, donde se pretende garantizar el derecho a la salud equitativo y universal y devolverle su inicial sentido garantista del derecho a la salud, para ello, es necesario establecer relaciones a nivel macrosocial, intermedio y microsocioal. Es decir, potenciar acciones que incidan en el cumplimiento del derecho a la salud^{*****}, que visualice los componentes de participación, intersectorialidad y servicios de salud y que potencien la interacción del equipo de salud con los sujetos de derechos (119), tal como puede intuirse del modelo de cuidados culturales propuesto en la teoría del Sol naciente (42, 43).

Podría considerarse que del mismo modo para los participantes del estudio y autores como Franco, Gómez, Vélez, entre otros citados en este texto; el modelo

***** En Colombia, hoy derecho fundamental, según la Ley 1751 de 2015, Ley estatutaria en Salud.

de salud bajo la visión de la Ley 100 se contrapone por completo a la mirada de cuidado a la salud planteada por la APS, dado que mercantiliza la salud, promueve la hegemonía de la enfermedad y direcciona las acciones al nivel individual y no colectivo, lo cual diezma los avances en términos de salud pública, no obstante con la actual reforma, al SGSSS propuestas por las Leyes 1438 de 2011 y 1751 de 2015, pese a no haber avanzado lo suficiente, se asume como una esperanza no solo para posicionar los cuidados a la salud con base en la APS, sino para visibilizar la enfermería comunitaria como defensora de una visión social del cuidado a la salud y la vida.

La imagen social de cualquier profesión, no puede alejarse de la historia o desarrollo que esta posee en el país donde se estudia, para el caso del presente análisis, los diversos contextos solo profundizan el tema.

En varios estudios se relaciona, al igual que fue encontrado en las creencias de los participantes de este, que existe una visión de la enfermería dedicada a las acciones instrumentales como poner inyecciones, hacer curaciones o procedimientos, incluso llegan a afirmar que la sociedad conoce la visión técnica, pero no la dimensión de cuidado que dentro de la profesión es el eje central del saber, (120–122); mirar a la enfermería desde este punto de vista limita la mirada sobre la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, restringe su actuar, e invisibiliza aportes disciplinares de la enfermería transcultural, la cual no se centra solo en fenómenos clínicos-asistenciales sino que permite una visión de la salud mediada por las creencias, valores y prácticas que posee una determinada cultura, es decir se privilegia la mirada de la enfermería como hacedora de tareas asociadas históricamente a su hacer asistencialista (95,120,123).

Otro aspecto por el cual se reconoce una profesión es por lo que la sociedad piensa sobre su actuar, es decir, el reconocimiento del ejercicio propio de una acción que requiere un conocimiento especializado teórico – práctico con el cual responde a las necesidades de las poblaciones. Teniendo presente lo anterior, las acciones frente al cuidado, en especial lo que se refiere al trabajo con la

comunidad, no siempre muestran cambios inmediatos, pues implica adaptaciones de tipo cultural, económica y política, entre otras, (95, 124). Razón por la cual puede intuirse como lo consideran los participantes del estudio que la sociedad no tenga una visión clara de la enfermería en APS.

En el 2004, la OPS no solo manifiesta que con la ejecución de acciones basadas en APS se podría mejorar la mortalidad infantil, ejemplo, en Benín en un 20% en 10 años, o Brasil cayeron en aproximadamente en un 75% al iniciar el programa de APS, sino que “Con diferentes niveles de intensidad y de alcance, la estrategia de APS influyó en el desarrollo de recursos humanos en la salud. Promovió la formación de equipos multidisciplinarios, quienes fueron pioneros en el trabajo con la comunidad. Las escuelas de enfermería, más que las escuelas de medicina, incluyeron la APS en sus programas de estudios” (118). Es claro entonces que la APS genera transformación, tal como lo expresan los participantes de este estudio, cambios que se logran con el tiempo, con procesos constantes, porque los logros de la APS no son producto de una visión inmediata en la comunidad sino que necesitan continuidad para su emerger, incluso al punto, como lo expresa el autor, de transformar la formación profesional.

Frente a la divulgación del conocimiento, es necesario aclarar que si bien uno de los roles que contempla la enfermería es la investigación (2), la generación de investigación –y con ello la divulgación- frente a la APS es escasa, lo cual concuerda con la creencia de los participantes de este estudio y puede considerarse un indicativo de la invisibilidad de enfermería en el contexto de la Atención Primaria en Salud (125); es de mencionar que según datos del Ministerio de Educación de Chile, la producción intelectual de enfermería en general, sin especificar la Atención Primaria, creció, no obstante, aún sigue siendo menor de la media en el país, lo cual se convierte en un reto para fomentar la divulgación del conocimiento de enfermería y en particular en la Atención Primaria en salud, donde los indicadores son menores (125), esto porque al documentar las acciones de enfermería, se logra visibilidad en su quehacer, la globalización del conocimiento y el reconocimiento del gremio y de otras áreas del saber.

La formación de profesionales de las diversas áreas de salud en América Latina, presenta una gran divergencia de conceptos, objetivos, estrategias y currículos que en conjunto con una serie de reformas en la legislación, administración de la salud y educación, promulgada en varios países, limita cada día más la práctica docente y el ejercicio de las profesiones de salud, incluida la practicas académicas, obligando a quienes hacen parte de la comunidad académica a someterse a un sistema donde cuenta más la eficiencia que la calidad de la salud (14).

Un modelo, donde los avances más significativos están dados en los estudios de laboratorio de las ciencias básicas, el control de hospitales y el uso de guías médicas para intercambiar estudios clínicos y no sobre las metas que desde la adopción del concepto de “salud para todos” fueron propuestas en el año 2000, cuya estrategia base fue la APS; “cabe señalar que esta última meta no ha sido incorporada en una gran proporción de programas educativos del continente, en parte, por las contradicciones que genera ante sistemas de salud organizados sobre la base de una altísima especialización del conocimiento y de la propia práctica médica” (14).

La Enfermería, como se mencionó, se ve afectada por la crisis de la salud y con esto la educación en atención primaria en salud, donde el “currículo queda al vaivén de los cambios normativos en salud, los mismos que privilegian las acciones individuales y las intervenciones curativas. Desde esta perspectiva, la formación de enfermeras se orienta, en el pasado y el presente, al desarrollo de habilidades en intervenciones acordes con las necesidades del mercado” (117) y ya vimos que en el sistema actual predominan la enfermedad, de esta forma la visión que más satisface, como lo piensan los docentes, es la del actuar en los ambientes clínicos, aunque el impacto pueda ser mayor desde la APS para salvaguardar la vida.

En la facultad de estudio, el actual currículo, según lo expresa Posada Vera en su tesis doctoral, se gestó en el marco de las reformas de salud que se venía presentando en la época, aspecto que concuerda con lo expresado por los

participantes y que permite entender cómo se generan los cambios que comprenden una transformación desde lo biológico a lo biopsicosocial, de lo individual a lo colectivo, de la cura a la prevención, entre otros, que son propios del desarrollo social y tecnológico de la época, mas no posibilita comprender porque cuando las docentes que construyen este cambio se alejan de la unidad académica, los planteamientos curriculares pierden fuerza (37) como lo creen los participantes del estudio.

Esto último, quizás pueda ser explicado desde Molano *et al.* Estos autores plantean que si un profesor no conoce su disciplina, lo que enseña, serán pocos los aportes desde su experiencia a la formación como proceso de constante reflexión del saber, del ser y del hacer (1) en este sentido, el maestro no debe conocer solo el saber disciplinar y práctico para llegar a construir una verdadera experiencia formativa, sino que debe apropiarse de los planteamientos curriculares que fundamentan la relación académica del estudiante en los diferentes niveles, entiéndase de lo anterior que el maestro de enfermería debe saber sobre el cuidado, pudiendo para esto valerse de teorías que respondan a las necesidades formativas en APS como podría ser del cuidado cultural y articularla a los elementos curriculares de la unidad académica.

Molano *et al* también exponen la necesidad del conocimiento teórico – práctico, que debe tener el maestro para llegar a desarrollar los encuentros formativos, puesto que el profesor universitario desde su experiencia, desde la posibilidad de pensar, reflexionar y potenciar su práctica y de capitalizar sus conocimientos, aciertos y desaciertos, construye un saber en conjunto con los estudiantes (1). En este sentido y como lo plantean Abello *et al*, el docente requiere para ejercer su autonomía, tener un dominio, un saber específico, por ello, la formación requiere profesores que dominen el tema y la pedagogía, dispuestos a aprender (126).

Por otra parte, el análisis de la docencia universitaria, conlleva a una perspectiva curricular, para el cual es imperante la unicidad y cohesión interna, “*el hilo conductor*” (PP) como características esenciales dentro del proyecto formativo integrado, dado que es el norte para los planes de estudio y planeación de cada

profesor. Entonces, hablar de proyecto formativo, implica la visión sobre formación del ser, saber y saber- hacer en contexto, que propende por profesionales íntegros aportantes a la construcción de sociedad y no profesionales como fuerza laboral; de aquí que la función de la universidad sea ser el “centro básico de la producción y trasmisión del conocimiento de la ciencia y tecnología” para una nueva sociedad (127).

Esta cohesión interna de los planes académicos, o secuencia como la identifican los profesores de este estudio, podría incluso considerarse como uno de primeros derechos individuales de cada estudiante como sujeto que accede a una formación universitaria, ya que este espera dicho nivel académico y no una profesionalización, de esta forma el compromiso institucional es que el currículo ofertado sea la expresión oficial de los derechos que adquiere el estudiante cuando ingresa a su formación y con el cual se le garantizará las competencias para el desarrollo profesional en un contexto determinado, lo anterior en acuerdo con lo que expresan los participantes de este estudio quienes creen que la integración del currículo y la trasversalización se consideran una condición básica en la formación de profesionales de enfermería en APS (128).

No obstante, la enfermería no puede poseer una visión rígida de la formación, ni caer en como lo expresa Zabala, en estar “*tan metidos en nuestra materia, en nuestro horario, en nuestra parcela de actuación, que se nos escapa lo que hacen los demás*” (128), esta visión reducida resulta imposible para la integración curricular y posibilita la negación de los otros discursos, que han permeado la disciplina como por ejemplo, en la enfermería transcultural propuesta por Leininger, la cual desde la visión del metaparadigma, puede articularse a las corrientes epistemológicas de la salud pública integra (43,117).

Esta ausencia de discursos complementarios e integrativos hace que prevalezcan algunos discursos sobre otros, como puede inferirse Zabala, lo cual afecta el currículo dado que lo impregna de conocimiento desarticulado que no da sentido al ejercicio profesional con responsabilidad social y ética y crea códigos, o tradiciones que ejercen influencia en los alumnos; esto último, porque a aquello

que se le da mayor importancia, se convierte en expectativas propias de los estudiantes, concordando así con lo expuesto por los docentes cuando expresan que si existe un predominio clínico desde la visión del docente, esta será la que se permea al estudiante y por ende a la visión que se tenga sobre la profesión (128). Para lograr esta articulación como lo propone Cano, es necesario partir de rescatar lo que se hace y es efectivo de cada docente y darle una dimensión colectiva, buscando sinergias que lleven a diseños curriculares más coherentes y sostenibles, tanto para docentes como para alumnos, de esta forma se produce un cambio de visión curricular y se pasa de planes de *“estudio contruidos a partir del sumatorio de fragmentos yuxtapuestos (que llevaban a que el alumno, al finalizar sus estudios, hubiera atesorado una cantidad de conocimientos, a veces inconexos y a veces poco significativos) a los diseños curriculares que parten del perfil de graduado que deseamos. Este perfil (que no debe de ser sólo profesional) es el que nos compromete a todos”* de forma conjunta a la construcción de competencias transversales en el desarrollo de cada estudiante (129).

11.2. La subvaloración de la Atención primaria en salud en la formación de profesionales de enfermería

La concepción que ser enfermera está ligado a los ambientes clínicos, de enfermedad, a las insignias institucionales, que expresan los participantes, podría considerarse que viene desde la etapa técnica del cuidado donde se afianza tanto la actitud abnegada de la enfermera y la subordinación a patrones médicos en la organización de los sistemas de salud en la época, como el desarrollo técnico específico, aspectos que inciden en el desarrollo de la enfermería con enfoque técnico-curativo y que soporta su actuar bajo el influjo de la medicina (130).

Al igual que la creencia de los participantes, este vínculo histórico anclado a las ciencias médicas, a los ámbitos clínicos y la enfermedad, que viene desde las raíces históricas del cuidado en la posguerra y las epidemias (95), impregnan a la enfermería de un significado de disciplina práctica e instrumental desarrollada en

los escenarios asistenciales e institucionales y la simboliza mediante insignias como el uniforme blanco, la toca, el cuidado de enfermería intramural (131).

Según León Román (131), el uso de insignias como la toca, el vestido blanco, fomentan desde el nivel de estudiante en enfermería el compromiso, el amor y la identidad profesional, ya que el uso de estos y la realización de rituales tradicionales convocan a un compromiso ético-espiritual como seres humanos que se proponen ser fieles, tolerantes y honrados con ellos mismos y con las personas a quienes cuidan, aspecto del cual difiero, puesto que, como lo dice Nowicki (132), la enfermería no solo atañe al cuidado institucional, sino que poco a poco ha ido ganando terreno y consolidándose dentro de un campo científico particular en las ciencias de la salud, para brindar cuidado en los diferentes escenarios donde la vida transcurre, un cuidado que debe entender la importancia de aspectos culturales propuestos por Leininger (42).

Puede entonces reconocerse que la enfermería, como lo propone Errasti-Ibarrondo *et al*, ha tenido que enfrentar un estereotipo público durante largo tiempo, que si bien ha mejorado, aun no posibilita el reconocimiento de una profesión acorde a la realidad actual desligada de la medicina y con campos de acción propio, aunque se empiecen a consolidar funciones de prevención y promoción de la salud como áreas de enfermería, en estas la confianza de la población no está consolidada, puesto que aun prima la visión de la enfermería asistencialista (120), desligada de la visión de la enfermería transcultural, en la cual se tienen presente las creencias, los valores y las prácticas que tiene una determinada cultura para desarrollar acciones de cuidado en lo cotidiano a través de las experiencias, las convicciones y el sistema de valores sobre fenómenos de salud reales o potenciales (44,95).

Se debe considerar que la imagen que tiene la sociedad, también cambia en función del comportamiento de la profesión, por ello, es necesario que la misma profesión, en especial quienes la ejercen desde lo comunitario, se pregunten cuál es la imagen que quieren proyectar, para contribuir con su actuar a diezmar el desconocimiento que se tiene sobre su quehacer diario; de esta forma, el cuidado

a los colectivos humanos, estará en el marco de la visión que sobre la enfermería se tiene (120), por ello, los docentes deben entender que la práctica comunitaria es más que cumplir con tareas diarias y desarrollar habilidades técnicas, es todo un empoderamiento, un reconocimiento del liderazgo histórico de los profesionales de enfermería en la implementación de esta estrategia (27).

Un reconocimiento que aunque en palabras de los participantes no es digno de mostrar, es visto desde CIE, cuando propone que parte del papel de la formación de enfermería es “fomentar el liderazgo de la APS en las facultades de enfermería y, para ello, mantener una masa crítica de profesores de APS” (28), de esta forma se esperaba reorientar su papel y funciones hacia el liderazgo, en todos los procesos de la APS, cumpliendo con la premisa de salud para todos (133).

A diferencia de lo considerado por los docentes, en Colombia el liderazgo de enfermería en la Atención Primaria, se visualiza normativamente, primero en la Ley 266 de 1996 implícita y explícitamente se vislumbra el cuidado que deben brindar los profesionales de enfermería a la familia y la comunidad bajo los valores, principios y elementos de la APS y segundo en los postulados del Ministerio de Salud en la resolución 6999 de 1991, cuando reconoce el liderazgo histórico para las acciones de APS de las enfermeras (27,78).

Pese a lo anterior, y en acuerdo con los docentes del estudio cuando consideran que desde el mismo gremio se ve mal a la enfermera de APS, es imposible alcanzar el reconocimiento, la autonomía y la independencia necesarias para desarrollar el potencial disciplinar en el área de la APS, si se continúa pensando desde la mismo gremio que la tarea que más debe valorarse es la asistencial, este pensamiento posibilita que, dentro del sistema de salud, la sociedad y el gremio se menosprecie el trabajo de la enfermera comunitaria y se desdibuje el liderazgo descrito; por ende disminuye el potencial de acción que tiene la profesión frente a la APS, los principios de promoción de salud, salud pública que exige el entorno (125).

Como se ha descrito, la forma como un profesional enfrenta la realidad social es un elemento clave para la imagen social de su profesión, por consiguiente, el

docente dentro de su diseño académico debe ser reflexivo frente al contexto y a las didácticas, dado que se está en una era de constante cambio y estos aspectos alteran el proceso de enseñanza- aprendizaje y determinan la formación del estudiante y la pertenencia social de la profesión (134).

Un docente responsable, como opinan los docentes se empodera y tiene claro lo que debe enseñar, se preocupa de si la metodología es o no adecuada para los estudiantes y si están o no acordes al contexto, es así como, si la APS marca un contexto dinámico, de horizontalidad y pertinencia social, no cabe un método didáctico para su enseñanza que no posea dichas características (134), es imposible enseñar desde la verticalidad, desde la rutina, aspectos dinámicos del contexto socio cultural de las poblaciones, en términos de Leininger del cuidado transcultural, de las situaciones o experiencias que otorgan significados a la vida del sujeto y que guían las expresiones y decisiones humanas con referencia a sus valores, creencias y modos de vida (44)

Para estar a tono con el momento actual el docente se debe capacitar no solo en métodos dinámicos, sino en salud pública, salud comunitaria, APS, o como bien pueda llamarse el cuidar a otros en lo colectivo, en la diversidad y la unicidad del cuidado cultural, es decir, en la variación y similitud que existe frente a los significados, modelos, valores, modos de vida o símbolos relacionados con el cuidado dentro de una colectividad de esta forma se pueden alcanzar mayores desarrollos teórico-prácticos (43,95,117).

Interpretando a Pinzón, se puede afirmar que existe la necesidad de generar propuestas educativas que rompan los legados históricos generados alrededor del hospital o centro médico y educar en el marco de la salud en comunidad, acercando los profesionales a donde el pueblo vive y trabaja. En última instancia, estas propuestas deben romper con la idea de que el hospital es el único centro de atención y de aprendizaje del cuidado a la salud, es más debe promover la idea de que este escenario está permeado por la enfermedad, curación y la visión vertical del enfermero, médico y demás personal del equipo de salud. La salud comunitaria por su parte al estar basada más en el trabajo en equipo, la

incorporación de la comunidad y la participación activa de la comunidad que, en medidas jerárquicas de poder, por lo tanto su enseñanza debe ser alejarse de lo planteado por los participantes del estudio: los cursos son repetitivos, y girar mas a los modelos flexnerianos (14) los cuales permiten la “integración de conocimientos de las ciencias clínicas, sociales y conductuales, poniendo a prueba nuevos enfoques de la educación, que involucren a los estudiantes en proyectos universidad-comunidad, apoyándose en los avances de la ciencia y la práctica de la enfermería y guiados por los avances en la ciencia del aprendizaje” (117).

La formación en enfermería entonces, sin alejarse de lo disciplinar, debe estar articulada a la realidad y al contacto directo con el pueblo; además de ser generadora de respuestas sociales acordes las necesidades reales. No debe desarrollarse con una formación basada en manuales, repetitiva, monótona; sin reflexión y análisis de las verdaderas condiciones humanas; la nueva visión global del fenómeno del cuidado a la salud, requiere de la comprensión, reflexión y práctica integrada a la realidad, así como de currículos integrados con maestros expertos y dinámicos que guíen el proceso de aprendizaje (135), de esta forma los aprendizajes además de ser generados son significativos y articulados para el estudiante, son proyectados dentro de la estructura disciplinar y práctica de la enfermería y responden a las necesidades concretas de la sociedad; de allí la importancia de programas complementarios, que ofrecen opciones para el desarrollo profesional en APS (127,128,134), cursos optativos como lo proponen los participantes del estudio.

El tiempo moderno evidencia la necesidad de modelos didácticos que lleven a los estudiantes a la reflexión, a la experiencia en terreno y a la integración curricular para un aprendizaje global, para despertar la conciencia social y el desarrollo de nuevas competencias para la disciplina con mirado sobre lo cultural, en este sentido, las dinámicas para el aprendizaje deben desarrollar competencias de trabajo colaborativo y la reflexión e integración del pensamiento en talleres, de igual forma el estudiante de hoy, prefiere el uso de tecnologías informáticas ya que

este tipo de recursos les permite ser protagonistas de su propio desarrollo formativo y “no receptores pasivos en el aula”(117).

De allí, que el mayor desafío en el área de la APS para la enfermería, sea la creación de entornos de aprendizaje para las nuevas generaciones, donde el componente disciplinar este visible y el liderazgo y la articulación en pre y posgrado sean hilos conductores de los nuevos modelos crítico-reflexivos fortalecidos con abordaje de aspectos teórico-metodológicos que visualicen la realidad social y la concepción del mundo moderno (117).

Es por lo anterior que la construcción metodológica, se dificulta en la medida que responde a diferentes elementos, tales como el contexto sociocultural, la estructura conceptual disciplinar –en el caso particular de este estudio la disciplina de enfermería-, la estructura cognitiva de los sujetos formadores y en formación, las objetivos, propósitos o metas del tema y la capacidad reflexiva, entre otros (1,134); no obstante cuando el docente combina los anteriores elementos en la construcción metodológica, no puede olvidar que la formación, el aprendizaje es singular, y permeado por cada contexto de formación, de allí la importancia de los conocimientos, las actitudes, aptitudes, experiencias personales y académicas del docente; aspectos que lo llevan a crear su propio estilo, el cual es perfeccionado cada día de práctica docente en concordancia con lo que conciben los participantes de este estudio (1,134).

Al igual que los participantes se cree que el docente debe aprender a enseñar. Es decir, si bien el profesional puede ser experto en su saber disciplinar –el cuidado-, esto no basta, debe aprender a comunicarlo de forma pedagógica, para lo cual, es necesario generar aprendizajes y transformación del sujeto en formación, de sí mismo, de la disciplina y de la sociedad, por ello le corresponde reconocer en el estudiante sus preocupaciones, actitudes, potencialidades para aprender y sus resistencias para hacerlo, más aun en un mundo que como lo exponen los participantes, es hoy cambiante y complejo para la profesión de enfermería; es así como todos los anteriores elementos vinculados entre sí, podrían considerarse

trascendentales para una formación moral, crítica y reflexiva en torno al cuidado del ser humano en lo colectivo (134,136).

Sin embargo, existen barreras educativas, que limitan la educación en APS, en acuerdo con Keleher *et al*, los participantes del estudio manifiestan algunas: la disponibilidad tanto en número de enfermeras con agrado por lo comunitario como con formación en el tema. En este último aspecto, ambos, (los participantes y Keleher) expresan que es poco lo que se ofrece en currículos frente a cursos o temáticas relacionados con la APS y cuando se ofertan lo hacen de forma independiente, no articulada entre niveles formativos (137), lo que permite la desintegración del saber y aporta al predominio de otras áreas de desarrollo disciplinar.

En concordancia con lo anterior, Parker *et al*, aboga por un mayor papel de las enfermeras comunitarias, con una educación de calidad, integrada y disponible en universidades acreditadas, donde los planes de estudio contengan el enfoque de la APS, esto con el fin de que las nuevas generaciones de profesionales se sientan atraídos y consideren a la APS como una opción para quienes quieran desarrollar su vida profesional en el cuidado a los colectivos humanos; la autora también propone que si las enfermeras están adecuadamente formadas, pueden liderar los equipos interdisciplinarios de la APS (138).

Es así, como al encontrar un desarrollo curricular más dinámico y fortalecido, las brechas existentes con otras áreas del saber disciplinar, como por ejemplo la clínica, pueden ser disminuidas y encontrar la fuerza para el desarrollo de otro campo de acción, no menos importante que el enfoque del cuidado en espacios clínicos; empero y según lo expresado hasta aquí, para que esto suceda es absolutamente necesario que la academia se movilice hacia nuevos escenarios de formación que vinculen de forma activa al estudiante y que posibilite un aprendizaje reflexivo como opción de nuevos campos de acción.

Un campo de acción que como lo expresa Arias *et al*, pese a ser considerado por los estudiantes como un área de mayor reconocimiento y autonomía profesional, no es elegida frente a la clínica, donde “no hay autonomía profesional (...) y al

enfermero se le ve como un profesional subordinado” (117) aspecto que concuerda con lo expresado por los participantes de este estudio, cuando consideran que los estudiantes prefieren la clínica sobre la comunidad, pero que difiere frente al reconocimiento profesional, el cual es visto desde los participantes con mayor fuerza en el área clínica.

Este enfrentamiento entre lo clínico y lo comunitario en enfermería puede analizarse desde diversos contextos, no obstante ha sido promovido desde los albores de la enfermería, cuando se visualiza la necesidad de asistir a los enfermos en casa, en esta época Nightingale, vislumbra dos campos de acción para la enfermería, la salud y la enfermedad (2,139,140), y distingue una "Enfermería para la salud", ligada a las acciones que se conocen hoy desde la salud pública, epidemiología y otras ramas que involucran el cuidado de los seres humanos en colectivo, de otra enfermería centrada en la enfermera hospitalaria, la "Enfermería para la enfermedad" (139,140); entendiéndose de esta división, no dos enfermerías, sino una profesión que brinda cuidado al ser humano perteneciente a un grupo social en interacción con el otro y su entorno y por lo tanto vive experiencias de salud y enfermedad (2).

Además, no puede desconocerse la vinculación de la enfermería en ambientes de cuidado al enfermo, lo que permite que una gran proporción de los profesionales de enfermería, se formen *“en instituciones que enfatizan las habilidades para los cuidados críticos, o para atender situaciones de enfermedad, en vez de la atención primaria de salud. Por lo tanto, se han preparado por muchos años enfermeras de cabecera, con una orientación institucionalizada hacia el cuidado de la enfermedad”* (133) y no al cuidado a la vida y la promoción esta.

Ahora bien, la dicotomía entre lo clínico, entendido como lo cerrado, institucional y lejano, y lo comunitario comprendido como lo abierto, social y cercano, debe desaparecer frente al cuidado de enfermería. Este debe considerarse como un continuo en la vida del ser humano, donde lo clínico y lo comunitario más que encarnar lo antagónico, deben entenderse como la complementariedad de la práctica de enfermería. Cualquier análisis del cuidado debe alejarse de la mirada

separatista de los extremos y buscar, pese a las muchas diferencias propias del saber/hacer en contexto de la enfermería, donde el cuidado a la vida sea el objetivo a lograr (57,95,141).

Desconocer esta sinergia es impedir la visibilidad de la enfermería como disciplina social, es desconocer o minimizar sistemáticamente los efectos de poder que el cuidado representa en la sociedad y en los sujetos que la conforman, es contradecir el desarrollo disciplinar logrado por algunas enfermeras teóricas, entre estas Madeline Leninger quien define la disciplina como una profesión humanística y científica, cuyo fin es el cuidado de los seres humanos con acciones que promuevan y mantengan su salud o lo recuperen de la enfermedad para generar bienestar, acciones que deben ser coherentes con el contexto cultural donde el sujeto se desarrolle (42–44), ya que sujeto y contexto forman una unidad hacia donde debe mirar la enfermería actual.

En desacuerdo con los participantes que creen que lo clínico no habla de lo comunitario, y en concordancia con el momento histórico que se vive en la actualidad, donde la identidad profesional llama no solo al enfoque integrativo y humanista del cuidado, sino a ser una profesión con mirada sobre los fenómenos asociados a la salud, en los cuales tanto el sujeto de cuidado como el profesional de enfermería son sujetos activos de una realidad en contexto, que no se limita a lo institucional ni a lo comunitario, sino que trasciende hacia lo cotidiano; el cuidado debe pensarse como respuesta a los fenómenos donde la vida toma sentido, es decir, la enfermería no debe distinguirse entre clínica y comunitaria de forma antagónica sino complementarias (85,142).

Planteado lo anterior, es necesario entonces comprender que, para lograr este vínculo, en los procesos de formación no pueden darse dicha separación, porque la formación, como lo plantea Rousseau, es necesaria para darnos lo que no se nos es dado por naturaleza y ciertamente no se nace como enfermeras, se aprende con el desarrollo interno facultades y órganos y con la experiencia sobre todo lo que nos rodea. Por ello, si lo que rodea al enfermero en formación como lo creen los participantes, es la visión de un cuidado clínico y otro comunitario, este

será entonces el estado natural del cuidado de enfermería hacia el cual volveremos en el ejercicio profesional, pero si la idea es clínica y comunitaria en complementariedad, sin importar el campo de acción donde se ejerza la enfermería socialmente, desde el gremio y desde los mismos actores de la comunidad educativa reconocerá y valorará la enfermería con enfoque en APS (45).

11.3. Fragmentar para comprender y no volver a unir un error a superar

El primer paso para identificar los procesos de formación es reconocer la fragmentación. En este sentido y tal como lo conciben los participantes, en enfermería *“el modelo continúa fragmentado, no permitiendo al estudiante desarrollarse, concomitantemente, en las áreas de competencia técnico-científica y político-social, las que son movilizadas para garantizar la integralidad del proceso formativo y de la atención a salud. Surge, por tanto, la necesidad de reestructurar el proceso de formación, adoptando una visión integral del proceso salud-enfermedad y del ser cuidado, superando, de esta forma, la fragmentación entre biología/social, curativo/preventivo, clínico/ epidemiológico, subjetividad/sociabilidad en la construcción de un proceso de enseñanza-aprendizaje”* (5).

No obstante lograr esta visión integradora dentro del proceso de formación no es fácil, porque al igual que lo exponen los docentes del estudio, predomina la visión de la enfermedad, lo individual, frente a la salud, es decir “persiste una minimización de aspectos psicosociales y supremacía de la formación biologicista”(117) lo cual posibilita que los estudiantes no perciban la naturaleza e importancia de la APS y en cambio “piensan que la formación en este campo es fragmentada, discontinua y con énfasis en el modelo biomédico” (117).

Pese a la visión anterior, y en oposición a las creencias de los docentes de este estudio, otro estudio expone un concepto totalmente diferente, donde la formación profesional en enfermería privilegia los conocimientos en áreas sociales en perjuicio de los conocimientos en áreas técnicas: *“el enfermero formado es un profesional muy crítico en relación a los problemas sociales, sin embargo, no domina los conocimientos técnicos y los instrumentos necesarios para desarrollar la práctica de enfermería (C3)”* (5). Las autoras de este estudio, señalan que dicho hallazgo contradice los presupuestos del modelo de formación vigente, en el cual se privilegia la actuación curativa e individual, basada en el modelo biomédico hospitalario-céntrico, fuertemente marcado por la orientación tecnicista (5), esta última apreciación en completo acuerdo con lo encontrado en este estudio, donde los docentes consideran que lo clínico tiene mayor peso que lo comunitario, tanto en porcentajes evaluativos como en tiempo académico y de práctica.

Existe pues una complejidad, en la formación en APS en razón de ser el resultado de múltiples causas que se articulan en un solo producto, la formación de profesionales de enfermería con competencias en APS, es decir, requiere de la interacción con otras disciplinas, con otros saberes, con otras visiones del mundo en concordancia con el saber propio de la enfermería; esta al contemplar en su paradigma al fenómeno de la salud, al objeto de estudio el cuidado y al sujeto de cuidado: individuo, familia y colectivos humanos, obligatoriamente debe interactuar con otras áreas del saber para dar respuesta a las demandas sociales, esta interacción formativa posibilita la adaptación de nuevos métodos, en especial para el cuidado cultural a los colectivos y amplía las posibilidades de práctica profesional interdisciplinarias integradas con enfoque cultural desde la formación (43,44,143).

Sin embargo, en el ámbito académico propio de esta investigación, *“hoy las prácticas conjuntas en las áreas de la salud no son comunes, en parte por el nuevo modelo de formación que ha llevado a que las unidades académicas tengan autonomía administrativa”*, por los diferentes calendarios académicos que cada facultad desarrolla y que genera inicio y terminación de prácticas en tiempos

diversos, porque la duración de las rotaciones son diferentes en cada unidad académica y en parte por el conocimiento y disposición de los docentes frente al tema. Existe quizás un elemento más significativo para la ausencia de prácticas interdisciplinarias, el desconocimiento del saber ajeno, es decir, de las competencias y las capacidades de las otras disciplinas, no obstante cuando esto se comprende, se visualiza la salud como responsabilidad conjunta (85).

Por consiguiente, y como lo proponen los participantes de este estudio, la fragmentación debe asociarse a problemas propios del saber docente, donde el paradigma fragmentado del conocimiento que se adoptó en las universidades generó modelos educativos similares, fragmentados, y esto a su vez aportó a la “dificultad para comprender y relacionar los conocimientos entre sí, incapacidad para trasladar las aplicaciones de un campo de conocimiento” (144) es decir, en este aprendizaje fraccionado el estudiante si no encuentra el sentido de lo “aprendido” con la realidad, se atomiza y se pierde, como lo conceptúan los docentes del estudio.

Es por lo anterior, que aunque se tengan claras las asignaturas a desarrollar y esté planificada la integración entre ellas, esto no es suficiente, porque aun predomina en el docente una forma fragmentada de ver el conocimiento, en palabras de los participantes de este estudio, se agrupó el saber en cursos aislados, sin relación o coordinación entre sí, por lo cual se considera que se deben desarrollar estrategias metodológicas que permitan la integración y den continuidad al proceso formativo ya que es poco lo que se puede lograr si cada quien ofrece su visión sobre la realidad sin articular el conocimiento propio con el de los demás (144).

Esta visualización de saberes de forma articulada permite cumplir con las demandas de la sociedad actual donde prima el conocimiento global y por ende la visión compleja y la transformación conceptual en quienes tienen la responsabilidad de generar y/o seleccionar el conocimiento, es decir, en los docentes, en especial los universitarios. No obstante, esta metamorfosis cognitiva, implica además nuevas formas de relacionarse y de representar prácticas curriculares ajustadas a

las necesidades de los usuarios, contextos, y a la evidencia; una experticia de la pedagogía de los docentes, de lo contrario, difícilmente podrá la formación universitaria generar capital intelectual y gestión del conocimiento acorde a la nueva época (4,128).

Siguiendo a Zabala cuyos postulados concuerdan con lo expresado por los participantes, lo anterior resulta una dificultad para la articulación, porque la inexperiencia en los procesos formativos en los docentes universitarios, es decir, más que docentes son profesionales con competencias en el saber propio de su formación universitaria, lleva a una aproximación a la academia como formadores empíricos y artesanales, que implica desconocer la base del trabajo como docentes desde el contacto con la realidad y lleva a generar experiencia propia en formación la cual sumada a las vivencias como estudiantes desarrollan un actuar empírico en la forma de brindar formación (128).

Hasta acá, se puede decir, que sí se percibe un predominio significativo de otras áreas del saber frente al saber del cuidado de los colectivos humanos, un saber que lleva a considerar a la enfermedad como eje del sistema de salud, un saber permeado por la visión economicista del mercado de la salud, aspectos que dejan sin espacio la visión salubrista del cuidado, se deconstruyen y fragmentan las competencias formativas de enfermería en torno a la atención primaria en salud y se privilegia las prácticas clínicas, solo podría esperarse que en futuro se dé “la integración de la formación teórica y práctica en SP [salud pública]”, de igual forma, se guarda la esperanza de una la integración entre teoría y práctica en lo referente a la atención primaria en salud que no se desligue de lo disciplinar de enfermería.

Esta integración se logrará en la medida en que se cierre la brecha que existe entre el mundo teórico y práctico en la formación en atención primaria en salud, la cual en gran parte se debe al énfasis en la reflexión filosófica y conceptual en contraste con el poco trabajo de campo que se realiza para afianzar el saber, es decir, en teoría el concepto se desarrolla de forma adecuada, pero al llevarlo a la práctica es donde se presenta la desarticulación, como lo expresaron los

participantes de este estudio, no obstante, lo anterior desde la formación propia del profesional de enfermería, debe concebir como centro y eje del pensamiento disciplinar el cuidado, solo así este será el eje integrador del pensamiento propio, pudiendo entonces anclarse la práctica viendo a la APS como indicador empírico.

11.4 La Atención primaria en salud es la cenicienta en la formación en enfermería

Tal como lo conciben los participantes, existe una variedad conceptual frente al término de atención primaria a lo largo de la historia que enmarca su polisemia histórica. Si bien, el concepto que se reconoce como inicial sobre la APS se formaliza en la declaración de Alma Ata en 1978, su filosofía surge acorde al pensamiento de desarrollo social que se implanta a partir de la segunda guerra mundial, en el cual se manifiestan cambios tanto en la percepción del significado de la salud y de las causas que la afectan como en la necesidad de que los sujetos asuman un papel protagónico sobre el cuidado de su propia salud y la de su entorno (118,145).

Históricamente se encuentran documentos que guardan relación con el pensamiento de Henry Sigerist⁺⁺⁺⁺⁺, quien desde 1939 trabaja por la organización del sistema de salud en USA y llega a publicar artículos que expresan el carácter social de la salud con fechas anteriores al concepto de APS formulado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Alma Ata (146). En estos textos además de plasmar el análisis sobre los problemas de la medicina con un enfoque social, expresa claramente que el pueblo tiene derecho a la salud y aclara que un sistema ideal de atención médica debe ser organizado alrededor de centros de atención en salud y los departamentos de salud pública, donde los médicos entre otras, desarrollen tareas de educación para la salud (147).

⁺⁺⁺⁺⁺ Profesor en Europa y Norteamérica, considerado como uno de los más influyentes historiadores de la medicina del siglo XX.

Retornando a Alma Ata, se encuentra la base del concepto de APS, el cual tampoco expresa una definición clara, es más, expone diversos modos de entenderla: primero como un nivel de complejidad de servicios, pues para muchos la APS sigue siendo un servicio de salud, brindado solo en el primer nivel de atención, a la población más vulnerable o con menos oportunidades; segundo, como un programa o un paquete de servicios que se oferta desde una institución a la población; tercero, como una estrategia o política para lograr un conjunto de resultados sanitarios; y cuarto, “como una filosofía que impregna a actores sociales, funcionarios y a los mismos servicios” (148).

Es así como al igual que para los participantes de este estudio, lograr desde los inicios de la APS una definición clara es complicado, porque sus concepciones históricas guardan relación con términos sociales amplios, donde se incluye que como estrategia debe ser adaptable a las necesidades en salud de los territorios, de modo que como lo dicen los participantes no es raro que exista una sinonimia con términos como salud pública, educación para la salud, salud colectiva, entre otros, lo que sí es claro, es que en la mayoría de estos términos, asociados entre sí, tienen presentes los valores, principios y elementos que la APS encarna (9,11).

Incluso la OPS, hace énfasis en la definición y conceptos relacionados, y expresa que existen diferentes definiciones, entre estas las más limitadas la consideran como los servicios de salud esenciales prestados en primer nivel, otros países como puerta de entrada al sistema, otros donde persisten problemas de acceso, es más como una estrategia para una atención sanitaria basada en principios de justicia social, pero también es considerada por muchos como una filosofía, es así como reconoce el conflicto potencial entre conceptos y establece los principios de la APS como pautas para el funcionamiento de los sistemas de salud (118).

Esta posición de la OPS, es asumida de forma similar por Franco-Giraldo, cuando expresa no hay una definición clara sobre la APS pero existen diversos modos de entenderla, ya sea como un nivel de complejidad de servicios, pues para muchos la APS sigue siendo un servicio de salud, brindado solo en el primer nivel de

atención, a la población más vulnerable o con menos oportunidades, o como un programa o un paquete de servicios, o como una estrategia o política para lograr un conjunto de resultados sanitarios y aún más puede verse “como una filosofía que impregna a actores sociales, funcionarios y a los mismos servicios” (148).

Ambos textos proponen una diversidad de conceptos, que pueden estar relacionados con la confusión conceptual y sinonímica a la que hacen referencia los participantes de este estudio.

Específicamente con entre los conceptos de salud pública, promoción de la salud y atención primaria de salud, Keleher en Australia expresa que se generan vínculos fundamentales para superar las desigualdades en la salud, en especial cuando desde los fundamentos de la atención primaria de salud, la promoción de la salud, es una práctica transformativa, y cuando la promoción de la salud, al igual de la APS son consideradas como estrategias de la salud pública, que comparten entre sí principios como el de justicia social, ya que se tratan de crear un intercambio social duradero en pro de la salud de las comunidades (137).

Por su parte en Chile, un estudio que revisó la producción científica de los últimos 10 años sobre la temática de gestión del cuidado en el contexto de la Atención Primaria para desvelar el concepto que se tiene respecto de la misma, estableció que la definición deja “desprovista a la Atención Primaria de una definición específica” y, por lo tanto, se convierte en un campo fértil para la discusión e interpretación a conveniencia (125).

Para el caso de Colombia, desde la Ley 1438 de 2011 se vislumbra más claramente la complejidad conceptual, pues se considera como la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de atención en salud, es decir es y hace parte del sistema de salud (12).

En el estudio “Imaginario de la educación en salud pública en enfermería” (117) los participantes, al igual que en esta investigación, expresan que la salud pública “comprende acciones desarrolladas a nivel individual y colectivo” concuerdan que

en estas el conocimiento para desarrollar las acciones debe enmarcarse desde la disciplina de enfermería, retomando para ello “enfoques teóricos y metodológicos propios”, es explícito en señalar, al igual que en el marco epistemológico de este trabajo, que uno de los referentes conceptuales que puede orientar el desarrollo curricular es Madeleine Leninger, dado que su teoría del sol naciente, propia del pensamiento social, aporta elementos para comprender al individuo como parte de una estructura social, cultural y biológica, aspectos presentes en la salud pública, la APS y la enfermería (6,43,44).

Enmarcar los procesos educativos desde la disciplina impide que se pierdan los ejes orientadores de esta, cuando los profesionales de enfermería se forman en el modelo de transcultural de tienen como labor desarrollar el saber y la práctica integrando a los aspectos propios de la disciplina, conceptos de áreas sociales como la antropología, ya que el principio del actuar profesional propende por cuidar del ser humano en el contexto donde este se desarrolla, es decir el cuidado se basa en la cultura y se por ello se dirige no solo al sujeto como individuo sino como ser que integra grupos sociales, entre estos la familia y las instituciones(43,44).

No obstante reconocer la importancia de una formación que enmarque los principios de las ciencias sociales en la enfermería, como lo pudimos ver para los participantes es un aspecto que se desarrolla con los años ya que amerita un cambio de pensamiento que a la fecha ha tenido un predominio de las ciencias biomédicas, sumado a esto está la falta de formación en estas áreas.

Lo anterior se acoge además a lo encontrado en el estudio “la gestión del cuidado en la atención primaria en salud en Chile”, en el cual se buscó de forma intencional aspectos disciplinares, como son las teorías y/o modelos de enfermería, conceptualizaciones respecto del metaparadigma, o alusión al lenguaje estandarizado (...), los cuales fueron encontrados en tres de las siete publicaciones analizadas.

Por lo anterior, podría considerarse que si bien la APS presenta una sinonimia con términos propios del pensamiento social, y que como lo expone tanto el CIE (28),

como el estudio chileno, el profesional de enfermería es fundamental dentro de los equipos de salud, esta ambigüedad conceptual, sumada a la carencia epistémica, limita el empoderamiento para lograr posicionarse como disciplina y establecer su identidad profesional en este campo del saber, de allí la importancia que desde la academia se propende tanto por el uso de los conceptos y fundamentos disciplinares de enfermería que contribuyan a fortalecer el acervo disciplinar y científico de la profesión, como por mantener una masa crítica de profesionales en enfermería docentes en APS que comprendan la visión social y epistémica de la disciplina (28,125).

Es así, como la enfermería en APS se concibe con diferentes nombres para los participantes de esta investigación y enfrenta retos no solo relacionados con el cuidado a los individuos, familias y comunidad propios de su quehacer profesional diario, sino desafíos de su desarrollo disciplinar para posicionarse como área del saber visible y valorada dentro del modelo de salud colombiano, además que enfrenta la necesidad de una transformación formativa que permita en el “aula” una visión crítica y reflexiva frente al cuidado de los colectivos humanos.

Posibilitar este cambio implica una mirada diferente al paradigma de la práctica profesional, es decir implica entender que existe articulación entre la APS y la enfermería, la primera como un indicador empírico que permite estandarización de la práctica profesional y cimienta las bases para el cuidado colectivo.

El mundo moderno exige una mirada global de la salud y por ende el cambio de la práctica de enfermería del modelo curativo a uno orientado al modelo social de promoción de la salud en el marco de disminuir las barreras e inequidades en salud (9,133), se hace urgente cerrar las brechas entre los tradicionales esquemas de atención de enfermería que se organizan con fines académicos y la realidad de los servicios de salud, así como fortalecer la coordinación docente- asistencial, fundamentada en la investigación de la disciplina (133).

Frente a los cambios en torno a los servicios de los sistemas de salud, es necesario contemplar las reformas a dichos sistemas y los efectos que estas han

generado, es decir, la división entre los campos de acción clínico y comunitario y las disputas en la formación, aspectos que limitan el pensamiento complejo respecto al desarrollo de las competencias, pero invita a los profesionales a desarrollar un cuidado solidario consigo mismo, con la sociedad y con el ambiente integrado a la realidad, lo cual solo puede lograrse mediante la completa articulación de la teoría y la práctica en contexto (149).

Equilibrar el rol asistencial y comunitario (133), implica dejar de lado la fragmentación o descontextualización de los saberes, ya que esta no solo impide el desarrollo de un verdadero conocimiento científico, sino que produce daños en el ejercicio profesional, -pérdida de liderazgo y campos de acción profesional, como ejemplos-. Para Morin, el fraccionamiento del saber, debilita la percepción global y conduce al debilitamiento del sentido de la responsabilidad y de la solidaridad que los seres humanos tenemos para con nuestro entorno (150).

Esta fuerza en los escenarios clínicos, con predominio de la enfermedad posibilitan la incompreensión de diferentes orientaciones que a lo largo de la historia han marcado la práctica de la enfermería, es decir, posibilitan la postergación de la enfermería asociada a la salud, al cuidado de la vida y generan predominio del actuar profesional orientado a disminuir y/o combatir la enfermedad, colocando a la enfermería comunitaria en un escenario oculto, subvalorado, y postergando tanto su liderazgo como su actuar, en el cual se privilegian otros campos del saber sobre este; aspectos que se desarrollan incluso desde la formación al enfatizar los modelos de formación en base flexneriana donde prima una visión epistemológica positivista y no una mirada crítica social de la realidad como lo demanda los nuevos modelos pedagógicos (84).

Al estar parados en esta visión flexneriana es imposible entender al ser humano como un ser integral, por ello, no se visualiza su complejidad, sino que predomina la visión del cuerpo como conjunto de sistemas no relacionados entre sí, en esta perspectiva la salud y la enfermedad son eventos de la normalidad, lo cual posiblemente facilita la adopción del modelo biomédico tradicional en los procesos formativos de enfermería, aspecto que desvalorizó la mirada social del cuidado a

la salud y reduce la formación a una concepción pragmática que se inscribe en el tratamiento de la enfermedad. Es solo hasta comienzos de los 90, donde la salud aparece como objeto de reflexión que orienta la formación, emergiendo una visión holística que engloba todas las esferas del desarrollo humano y posicionando de nuevo la necesidad de un cuidado integral de la vida de sí, del otro y del medio ambiente, que se vincula al postulado epistémico de la APS (84).

Esta nueva visión del mundo, conlleva a que el metaparadigma de enfermería se redefina y con ello se logre una transformación de la formación hacia una mirada holística del objeto de estudio (43,84), dicho giro debe reconocer que dentro del proceso formativo se reflexiona en cada paso, es decir, desde la planeación hasta la evaluación, los procesos deben ser coherentes con la visión ahora holística y compleja de la realidad del cuidado. En este sentido cobra vital importancia las estrategias, métodos y modalidades formativas utilizadas por los docentes.

Estas formas pedagógicas deben permitir que el concepto de cuidado integral de la vida de sí, del otro y del medio ambiente se afiancen el ser, saber y saber hacer de los futuros profesionales, por ello el docente analiza la planeación en términos de logros esperados, pero de manera singular la evaluación y los criterios empleados en esta, pues no pueden emplearse modalidades formativas ni mucho menos evaluativas heredadas del modelo flexneriano a una visión integral y holística que propende por el equilibrio conceptual entre salud y enfermedad y por una reflexión sobre los determinantes de estas, de allí que la evaluación sea equitativa y permita la creación de la enfermería del futuro (134,151).

No toda el predominio clínico sobre el comunitario puede atribuirse a la formación flexneriana, otro aspecto que marcó fuertemente este predominio se consolida en las reformas a los sistemas de salud, para el caso puntual de Colombia, la reforma enmarcada en la Ley 100 de 1993, en la cual prima la *“rentabilidad financiera por encima de la atención de las necesidades de salud de la población, la dignidad humana pasa a un segundo plano y el individuo se convierte en un medio y no en un fin”* (152). Si bien se reconoce la imperante necesidad de una gestión pública rentable y efectiva, en salud debe primar la rentabilidad social sobre la financiera,

al ser esta un derecho fundamental. No obstante *“este modelo de mercado competitivo ha promovido el desarrollo de servicios curativos y ha desestimulado las acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, porque no son rentables a corto plazo”* (152).

Esta reforma a la salud al afectar la prestación del servicio, incluso limitando la autonomía del profesional de la salud, incluido la enfermería, afecta también la formación profesional ya que esta debe dar respuesta al mercado y deja un poco de lado la formación técnico-científica, moral, ética y reflexiva, con la cual se lograban profesionales que tomaban *“decisiones pertinentes, racionales, científicamente fundamentadas, justas y equitativas, y orientadas al bien de los pacientes”* (152) con lo que se garantizaba la autonomía profesional brindada con calidad al paciente; de allí la necesidad de un sistema educativo que promueva estas características profesionales para el fortalecimiento no solo de una conciencia crítica del cuidado, sino de un sistema de salud honesto (152).

En acuerdo a lo anterior Gómez, insiste que la reforma a la salud desintegró el ejercicio profesional, fragmentó las competencias de los actores del sistema, generó libre competencia e intereses diversos dentro del sistema y desarticuló las acciones individuales y colectivas frente al derecho a la salud, afirma que *“los recursos de promotoras rurales y promotores de saneamiento que, con gran esfuerzo, se habían integrado a lo largo del país para controlar los determinantes de la salud y movilizar las organizaciones populares hacia el autocuidado”* desaparecen ya que son de difícil factura en el *“nuevo”* sistema (116).

Por otro lado, la imagen social de la enfermería constituye un tema amplio que puede ser analizado desde diferentes ámbitos, uno de ellos estudiado en *“la imagen social de la enfermería: una profesión a conocer”*. En esta publicación se describe que las funciones de enfermería con mayor reconocimiento social guardan relación con el ambiente clínico: poner inyecciones, curar heridas y ayudar al médico en contraposición con las funciones de prevención y promoción de la salud como áreas de enfermería, las cuales solo se empiezan a mencionar (120).

De continuar con este esquema social se pierde la visión de la enfermería como práctica invaluable para la sociedad dada en el cuidado a la vida que históricamente se ha representado como elemento esencial del desarrollo de la humanidad, pero además como eje o centro de estudio de la enfermería, es decir, el cuidado como lo expresa Boff representa un modo de ocupación, de interés, de responsabilidad, de conocimiento y de implicación afectiva con el otro, es más que un acto, una actitud humana que integra acciones a la vida cotidiana y a las formas de satisfacer las necesidades en las diferentes culturas, por ello, como concepto y actuar es esencial para todas las comunidades y anclado a esto la enfermería se ratifica como profesión y práctica social invaluable (2,54,120).

No obstante, entender que la sociedad contemporánea, definida por Boff (54) como “la sociedad del conocimiento y la comunicación” se necesitan de cuidados esenciales para sobrevivir, para desarrollar la creatividad, la libertad, la justicia y la solidaridad y que para ello se puede vivir en el “ethos del cuidado”, haciéndose imposible suprimirse del desarrollo de un país y convirtiendo esta forma de vida en un reto para la humanidad y para la enfermería (54,85) de allí la necesidad imperante de desarrollar currículos no solo que definan contenidos, métodos y demás para aprender mejor, sino que dentro de sí contengan los “modos de ser y hacer convivir en el mundo profesional” de los nuevos profesionales (127).

12. Conclusiones

- La investigación cualitativa permitió develar los significados que los docentes de una facultad de enfermería tienen sobre la formación de la atención primaria en salud.
- Existe una clara ambigüedad sinonímica en el concepto de atención primaria en salud, que posibilita la confusión conceptual con categorías que guardan relación histórico epistemológica con ella, derivadas de las corrientes de pensamiento crítico – social; dicha imprecisión, sumada a la abundante variedad conceptual que ha tenido la APS-R a lo largo de la historia pueden aportar a que se dé, una invisibilización, subordinación, o fragmentación en los procesos formativos de profesionales de enfermería.
- Dentro de la unidad académica donde se desarrolló el estudio se encuentra un débil posicionamiento de la APS-R dentro del currículo, que, si bien contempla aspectos relacionados con ella, estos no están ligados, coordinados o no transversalizados dentro de la malla curricular, lo que lleva a que los docentes primero, consideren que la formación en APS es fragmentada, subvalorada e invisibilizada y segundo, que está alejada del componente disciplinar el cual podría abordarse desde las premisas de la teoría de Leininger ya que comparte postulados con los principios filosóficos de la APS.
- Los docentes creen que la invisibilización que se encuentra frente a la formación en APS para los profesionales de enfermería, guarda relación con las reformas al Sistema General de Seguridad Social Colombiano donde prima la visión sobre la enfermedad de una forma mercantil e individualizada sobre la mirada de la salud como derecho que impone los principios filosóficos de la APS, así como con la visión social y gremial poco valorada que se tiene de la enfermería comunitaria.
- La formación de profesionales de enfermería está ligada al desarrollo de la profesión el cual está permeado por la hegemonía del saber clínico asistencial

y alejado del que hacer social-comunitario, en el cual además no es claro el actuar del profesional de enfermería debido a la ausencia de escenarios prácticos dentro del sistema de salud.

- Es necesario para los procesos formativos integrales que se de claridad de la estrategia de APS-R dentro del currículo, dicha claridad debe ser conceptual, metodológica y práctica, y conservar los elementos epistemológicos de la disciplina de enfermería y los principios filosóficos de la APS basados en elementos de las ciencias sociales, de forma transversal; además debe permitir la constante reflexión tanto del estudiante como del docente en una relación pedagógica horizontal y dinámica.
- La formación del profesional de enfermería no puede alejarse del componente disciplinar deberá contener un abordaje del metaparadigma de la enfermería, de la estructura Jerárquica del conocimiento contemporáneo, de las escuelas del pensamiento y teóricas, entre otros elementos disciplinares propios de la enfermería, donde se evidencie la relación entre estos y la APS; comprendida esta última, quizás, como un indicador empírico que posibilita el cuidado.

13.Recomendaciones

- Para la unidad académica, es necesario desarrollar una política de formación de profesionales de enfermería que responda a las necesidades del momento actual, para ello debe ser clara y evidente la relación dentro del nuevo modelo formativo de los principios filosóficos de la APS y las bases disciplinares de la profesión, además las didácticas que se aplique para este fin deben ser dinámicas e integradas a la resolución de las verdaderas necesidades del sujeto de cuidado; por ello los procesos de transformación curricular que vive la unidad académica debe incluir modelos integrativos del saber, sin visiones hegemónicas del cuidado, sin relaciones de poder, donde el conocimiento sirva para legitimar la profesión en la sociedad, en cualquier campo del actuar profesional.
- La relación entre la teoría y la práctica en la formación del profesional de enfermería, debe estar en equilibrio y anclarse al componente disciplinar de forma tal que permita entender que estrategias como la APS pueden convertirse en indicadores empíricos del quehacer profesional. Esta integración se logrará en la medida en que se genere integración del conocimiento del docente en APS y se cierre la brecha que existe entre lo teórico/práctico y lo clínico/ comunitario
- Se deben desarrollar procesos de formación a los docentes frente a la APS integrada a las bases disciplinares e incentivar la investigación y posterior divulgación de conocimiento en el tema, con el fin de lograr ampliar divulgación existente y posicionar el cuidado hegemonía del discurso clínico, para esto es importante además lograr la transversalización de este saber.
- Propiciar espacios de discusión política para lograr el posicionamiento de la enfermería de atención primaria en el sistema de salud y articular estos espacios de reflexiona a la academia de forma tal que se visualice el que hacer del profesional de enfermería en este campo de acción.

- Fortalecer los espacios de practica académica en los diferentes contextos, generando “escenarios de aprendizaje comunitario reales” donde sea posible desarrollar la enfermería comunitaria mediante la estrategia de APS y cuyo valor en los procesos evaluativos tenga equilibrio con las practicas académicas cuyo enfoque es la asistencia clínica.

14. Agradecimientos

Este trabajo fue posible gracias a la voluntad de compañeros de la comunidad académica del programa de enfermería de la unidad donde se desarrolló el estudio, quienes me permitieron conocer parte de sus experiencias, anhelos, consideraciones y demás sentimientos frente a la formación de profesionales de enfermería en APS.

Doy mi más especial agradecimiento al equipo administrativo de esta institución, a quien espero este trabajo pueda aportarles en el reto de la transformación curricular en marcha y en la cual espero se vean reflejados mis sentimientos y los de los participantes, cuando consideramos que es un camino para el cambio y una oportunidad para la reflexión profesoral.

Expreso mi más grande agradecimiento a mi asesora, la Dra. Ana Ligia, por creer que se podía, por enseñarme pacientemente el camino, por luchar a mi lado, por no dejarme caer ni renunciar, a ella le debo el cambio de pensamiento y la alegría de iniciar un camino en la investigación cualitativa que espero aporte a mis amores: la academia y la profesión.

A mi maestra Dora Gaviria, por reconocer en mí y enseñarme a reconocer que mi camino era la Atención Primaria, sembraste la semilla Dorita y posibilitaste que en mi vida me encontrara con seres tan hermosos que llenaron mi corazón de amor por este sueño de un mundo mejor como Bertha, Orfilia, enfermeras de verdad de APS.

Finalmente, doy gracias a la comunidad académica, quienes, en estos años, me apoyaron en un proceso formativo arduo pero feliz.

A Dios, a mi familia, regalo invaluable de Él, infinitas gracias por no dejarme caer.

15. Bibliografía

- Molano Camargo M, Cifuentes RM, Escobar CA, Rendon MR, Jiménez JR, Jiménez MT. Docencia universitaria: sentidos, didácticas, sujetos y saberes. Vol 6. Londoño Orozco G, editor. Santa Fe de Bogota: Unisalle; 2014. 478 p.
2. Kérouack S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Elsevier Masson; 1996. 164 p.
 3. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Kazajistán: OMS-OPS; 1978.
 4. Zabala MA. La enseñanza universitaria. El escenario y sus protagonistas. 2ed. Madrid: Narcea; 2004. 10-32 p.
 5. Lara Silva K, Rosângela de Sena R. La educación de enfermería: Búsqueda de la formación crítica y reflexiva y de las competencias profesionales. Rev Latino-am Enferm [Internet]. 2006 [cited 2016 Sep 13];14(5). Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/es_v14n5a18.pdf
 6. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington DC: OMS, OPS; 2007.
 7. Giovanella L, Fidelis de Almeida P, Vega Romero R, Oliveira S, Tejerina Silva H. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. saúde debate. 2015;39(105):300–22.
 8. Aggar C, Bloomfield J, Thomas TH, Gordon CJ. Australia's first transition to professional practice in primary care program for graduate registered nurses: a pilot study. BMC Nurs [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 14];16(14). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28344514>
 9. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Vol. 35, Ginebra: OMS; 2008.

10. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD44.R6 2003. Atención primaria de salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros [Internet] 2003. [cited 2018 Mar 14]. Available from: <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd44-r6-s.pdf>
11. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2007 Mar [cited 2016 Oct 4];21(2-3):73-84. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
12. Colombia. Ministerio de Hacienda y Crédito Público y Ministerio de la Protección Social. Reforma al sistema general de seguridad social en salud Ley 1438 de 2011. Diario Oficial, 47.957 (Ene.19 2011); 2011.
13. Colombia. Ministerio de salud y protección social. Derecho fundamental a la salud Ley 1751 de 2015. Diario Oficial, 49.427 (Feb.16 2015); 2015.
14. Pinzón C. Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamérica The big paradigms of the medical education in latin american countries. Acta Medica Colomb. 1993;33(1):33-41.
15. Organización Mundial de la Salud. Reforma sanitaria y financiación de los medicamentos. Ser "Economía la Salud y Medicam [Internet] 1999. [cited 2018 Jan 16]; Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2222s/s2222s.pdf>
16. Franco Agudelo S. Para que la Salud sea Pública: algunas lecciones de la reforma de salud y seguridad social en Colombia. RGYPS [Internet]. 1jun.2003 [cited 2018 may 18];2(4). Available from: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2805>
17. Showstack J, Lurie N, Larson EB, Rothman AA, Hassmiller S. Primary Care: The Next Renaissance. Ann Intern Med [Internet]. 2003 Feb 4 [cited 2016 Sep 13];138(3):268. Available from: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-138-3-200302040->

00036

18. Vidal Ledo M, Lemus ER. Docencia de pregrado en Atención Primaria de Salud. *Educ Médica Super.* 2012;26(2):350–60.
19. López Puig P, Segredo Pérez AM. El desarrollo de la investigación en la atención primaria de salud. *Educ Médica Super.* 2013;27(2):259–68.
20. Domínguez-Alonso E, Zacca E. Sistema de salud de Cuba. *Salud Publica Mex.* 2011;53(2): 168-176
21. Organización Panamericana de Salud. Llamado a la acción de Toronto, Hacia una década de recursos humanos para la salud en las Américas. Toronto; 2005. [Internet] 2005. [cited 2018 Mar 14]. Available from: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/politicas/Llamado_Accion_Toronto.pdf
22. Consuelo M, Agudelo C. Pensando en la formación de futuros profesionales de enfermería en América Latina. *Invest Educ Enferm.* 2008;26(2):114–21.
23. Keleher H, Parker R, Francis K. Preparing nurses for primary health care futures: how well do Australian nursing courses perform? *Aust J Prim Health.* 2010;16(3):211–6.
24. Cassiani SHDB, Wilson LL, Mikael S de SE, Peña LM, Grajales RAZ, McCreary LL, et al. The situation of nursing education in Latin America and the Caribbean towards universal health. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 3];25(0). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100331&lng=en&tlng=en
25. Arredondo-Pérez MA. Fortalecimiento en la formación de recursos humanos en enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2013;21(1):47–53.
26. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud [Internet] 2016 [cited 2018 Mar 14]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
27. Colombia. Ministerio de salud. Resolución 6999. Colombia; 1991 p. 2.

28. Consejo Internacional de Enfermería. Servir a la comunidad y garantizar la calidad: Las enfermeras al frente de la atención primaria de salud. [Internet] Ginebra; 2008. Available from: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/internacional/cie/send/25-cie/342-02-4-da-internacional-de-la-enfermera-2008-servir-a-la-comunidad-y-garantizar-la-calidad>
29. Colombia. Ministerio de Hacienda y Crédito Público y Ministerio de la Protección Social. Ley 1164 por medio de la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. 1164 DO: 46.771 (Oct. 3 2007); 2007.
30. Arenas G. El derecho colombiano de la seguridad social. Bogota. 3rd ed. Legis; 2011. 484-487 p.
31. Bruno Rubio V, Bustamante Llinás MJ, Jiménez Hamburgén A, Maldonado Mendoza L, Segura Barrios I, Tuesca Molina R. Atención Primaria en Salud. Una mirada desde los profesionales de enfermería: Barreras, conocimientos y actividades. Barranquilla (Colombia). Rev Salud Uninorte [Internet]. 2015 [cited 2016 Sep 10];31(2): Available from: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/7589>
32. Atehortúa Mira SM. Situación de la enfermería en el desarrollo de la atención primaria en salud en Antioquia desde la perspectiva de sus profesionales 2014-2015 [Trabajo para optar al título de Magister en Salud Pública]. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública; 2015.
33. Eurosocietal Salud. La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina y Europa. España: Eurosocietal salud; 2009. p. 2–75.
34. Yarnall KSH, Pollak KI, Østbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? Am J Public Health [Internet]. 2003 Apr [cited 2016 Sep 13];93(4):635–41. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12660210>

35. Colombia Ministerio de salud y protección social. Más de 200 enfermeras capacitadas en nuevo modelo de salud [Internet]. Boletín de Prensa No 056 de 2016. [cited 2016 Oct 22]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/-Mas-de-200-enfermeras-capacitadas-en-nuevo-modelo-de-salud.aspx>
36. Universidad de Antioquia. Acerca de la Facultad, Quiénes somos [Internet]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2018 [cited 2018 May 11]. Available from: <http://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/institucional/unidades-academicas/facultades/enfermeria/enfermeria>
37. Posada Vera EM. Discursos sobre la configuración de la enfermería como disciplina o como profesión: un estudio de caso en una facultad de enfermería. [Trabajo para optar al título de Doctor en Educación]. Universidad de Antioquia; 2016.
38. Cano López MA, Martínez Ruiz AO, Aguirre Ospina GA, María de Contreras RE, Torres Tamayo C, Cárdenas Velásquez, Nairobi Restrepo Restrepo CA, et al. Aproximaciones a un modelo de Atención Primaria en Salud para el departamento de Antioquia. En: Gobernación de Antioquia. Lineamientos para la promoción de la salud con sentido humano en Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia; 2010. p. 45–274.
39. Bueno Robles LS. Aspectos ontológicos y epistemológicos de las visiones de enfermería inmersas en el quehacer profesional. Cienc y enfermería [Internet]. 2011 [cited 2017 Jul 10];17(1):37–43. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
40. Fawcett J. Structure and Use of Nursing Knowledge. In: *Análisis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge Nursing Models and Theories*. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2000. p. 3–31.
41. Newman MA, Sime AM, Corcoran-Perry SA. The focus of the discipline of nursing. *Adv Nurs Sci* [Internet]. 1991 Sep [cited 2016 Aug 28];14(1):1–6.

Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1819254>

42. Marriner T A. Cuidados Culturales: Teoría de la diversidad y uni-versalidad. En: Modelos y Teorías de Enfermería. 4th ed. Madrid: Mosby; 1999. p. 439–42.
43. Muñoz Rodríguez L, Lucía Vásquez M. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. Colomb Med [Internet]. 2007 [cited 2017 Oct 26];38(2). Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v38n4s2/v38n4s2a11.pdf>
44. Aguilar Guzmán, Olivia; Carrasco González, Miroslava Iliana; García Piña, Maria Aurora; Saldivar Flores, Araceli; Ostiguín Meléndez, Rosa Maria. Madeleine Leininger: un análisis de sus fundamentos teóricos. Enfermería Univ. 2007 may-agos;4(2). 4(2):26-30.
45. Rousseau JJ. Emilo o de la educacion. Bogota: Ediciones universales; 2006. 529 p.
46. Pat R. Caring. En: Mason E, Mcintosh A, Bryan A, Mason T, editors. Key Concepts in Nursing. London: SAGE; 2008. p. 42–8.
47. Duran de Villalobos MM. El cuidado: pilar fundamental de enfermería. Av en Enfermería. 2010;12(1):16–23.
48. Siles González J, SolanoRuiz M del C. El origen fenomenológico del “cuidado” y la importancia del concepto de tiempo en la historia de la enfermería. Cult los Cuid. 2012;0(21):19–27.
49. Sanabria Triana L, Otero Ceballos2 M, Urbina Laza O. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Rev Cuba Educ Med Super [Internet]. 2002 [cited 2016 Aug 28]; 16(4) Available from: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems07402.htm
50. Medina JL. El cuidado: como objeto de conocimiento de la enfermeria como disciplina. En: La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería. Barcelona: Laertes; 1999. p. 29–53.
51. Pinto AN. El cuidado como objeto del conocimiento de enfermería. Av en Enfermería. 2010;20(1):43–51.
52. Báez-Hernández, F., Nava-Navarro, V., Ramos-Cedeño, L., & Medina-

- López, O. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichan* [Internet]. 2009 [cited 2017 Jul 10];9(2). Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1476>
53. Troncoso MP, Suazo SV. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios Humanized care: a challenge for nursing in the hospitals services. *Acta Paul Enferm* 2007;20(4)499-503.
 54. Boff L. El cuidado esencial. La ética de lo humano, compasión por la tierra. 2nd ed. Madrid: Trota; 2002. 168 p.
 55. Husrel. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. colección general. México: Fondo de Cultura Económica; 1997. 529 p.
 56. Benner P, Wewbel J. The primacy of caring: Stress and coping in health and illness. California: Addison-Wesley; 1989. 79 p.
 57. Colliere M-F. Promover la vida. 2 ed. Madrid: McGraw-Hill; 2009. 372 p.
 58. Hernández Cortina Abdul, Guardado de la Paz Caridad. La Enfermería como disciplina profesional holística. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2004 Ago [citado 2017 Mayo 19]; 20(2): 1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200007&lng=es.
 59. Durán de Villalobos MM. Marco epistemológico de la enfermería. *Aquichan* [Internet]. 2009 May 28 [cited 2017 Jul 10];2(1). Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17/34>
 60. Chiriboga-Bernal P. Lilian Wald, la coyuntura antisegregacionista. *MEDPRE* [Internet]. 2011 [cited 2017 Jul 11];1(1):96–8. Available from: http://medpre.med.ec/secciones/enfermeria/1_revista/bio_enfermeria_1R.pdf
 61. Leno González D. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Rev Antropol Cult* [Internet]. 2006-12 [cited 2017 Jul 11];22(12). Available from: <http://hdl.handle.net/10481/7118>
 62. Pérez Pimentel Sandra. Enfermería transcultural como método para la gestión del cuidado en una comunidad urbana: Camaguey 2008. *Rev*

- Cubana Enfermer [Internet]. 2009 Dic [citado 2019 Mayo 19]; 25(3-4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000200003&lng=es
63. Consejo Internacional de Enfermeras. Definition of Nursing [Internet]. 2015. [citado 2019 Mayo 19]; Available from: <http://www.icn.ch/es/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>
 64. Organización Mundial de la Salud. Summary Report on Proceedings Minutes and Final Acts of the International Health Conference [Internet]. International Health Conference. New York; 1946. [citado 2019 Mayo 19]; Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85573/1/Official_record2_eng.pdf
 65. Meleis A. Theoretical Nursing. Development and progress. 5th ed. China: Wolters Kluwer/Lippincott William & Wilkins; 2012. 672 p.
 66. Quintero Laverde María Clara. Enfermería en el mundo cristiano. Aquichan [Internet]. 2001 Dec [cited 2017 May 19]; 1(1): 42-45. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972001000100012&lng=en.
 67. Tommasi W. Filósofos y mujeres. La diferencia sexual en la historia de la filosofía. Madrid: Narcea; 2002. 88-92 p.
 68. Parentini MR. Historia de la enfermería. Aspectos relevantes desde sus orígenes hasta el siglo XX. Montevideo: Trilce; 2002. 81-102 p.
 69. Velandia Mora AL. La enfermería en Colombia. Análisis Sociohistórico. In: Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería. Lisboa; 2009.
 70. Durana Samper I. Reabriendo la historia de enfermería profesional: un tributo a la Academia Nacional de Medicina y a Pablo García Medina (1858 – 1935). Temas Médicos Órgano Of la Acad Nac Med Colomb. 2003;XVI:35.
 71. ANEC. Antecedentes históricos de la profesión. Rev ANEC A http://anec.org.co/revista-anec-no-78/65-mapa-del-sitio/index.php?option=com_content&view=article&id=69&Itemid=90
 72. Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería –

- ACOFAEN-. Quienes somos. [Internet]. [cited 2018 Mar 14]. Available from: <http://acofaen.org.co/quienes-somos/resena-historica/> fecha consulta
73. Velandia Mora AL. La enfermería en Colombia 1990-2010. Ejercicio profesional y situación legal. *Investig en Enfermería Imagen y Desarro.* 2011;13(1):65–78.
 74. Velandia Mora AL. Historia de enfermería en Colombia. Bogota: Facultad de Enfermería. Universidad Nacional; 1995.
 75. Weber M. El Político y El Científico. Mexico: Premia; 1980.
 76. Velandia Mora AL. Evolución y tendencias en la educación postgraduada y la investigación en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, entre 1925 y 1992. *Av en Enfermería.* 1992;10(2):27–34.
 77. Castrillón Agudelo MC. Apertura del doctorado en Enfermería Universidad de Antioquia. El camino recorrido, fundamentos y esperanzas. *Invest Educ Enferm.* 2010;28(3):475–83.
 78. Colombia. Ministerio de Salud. Ley 266 de 1996 por la cual se reglamenta la profesión de Enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. DO: 42.710 (Ene. 25 1996).1996
 79. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Ley 911 de 2004 Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. DO: 45.693 (Oct 6 2004); 2004.
 80. Castrillón HQ. Rousseau y el concepto de Formación. *Rev Educ y Pedagog.* 2010;7(14-15):66–92.
 81. Rios Acevedo CI. Un acercamiento al concepto de formación en Gadamer. *Rev Educ y Pedagog.* 2010;7(14–15):15–35.
 82. Gadamer H-G. Verdad y método. 5th ed. Salamanca: Sigueme; 1993. 367 p.
 83. Agama Sarabia A, Cruz Rojas L, Ostiguín Meléndez RM. Teoría: Alcances y niveles para explicar la práctica de enfermería. *Bibl lascasas.* [Internet]. 2011 [cited 2017 agost 29]; 7(3). Available from:

<http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0622.php>

84. Sanhueza Alvarado O. El cuidado: necesidad de investigar en enfermería. *Cienc y enfermería*. 2001;VII(1):13–22.
85. Cardenas Velasquez N. El cuidado y la Atención Primaria en Salud como simbiosis en un campo de acción de la Enfermería:retos para una práctica interdisciplinaria basada en la Atención Primaria en Salud. En: *Gestión territorial de la salud: perspectivas, aprendizajes y aportes a la practica*. Medellin: Universidad de Antioquia; 2017. p. 137–47.
86. Agudelo Suárez LM. Atención Primaria. En: Blanco Restrepo JH, Maya Mejia JM, editors. *Fundamentos de Salud Publica*. Medellin: CIB; 2005. p. 83–95.
87. Alarcón-Ceron M. Modelo integrador de enfermería: una estrategia para la Atención Primaria en Salud. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2013;21(1):35–40.
88. Ministerio de Salud y Protección Social. Modelo de Atención integral [Internet]. 2016. [cited 2018 Mar 14]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
89. Flóres Ochoa R. *Hacia una pedagogía del conocimiento*. Bogota: Graw Hill; 1994. 311 p.
90. Lucio A R. Educación y Pedagogía, Enseñanza y Didáctica: diferencias y relaciones. *Rev la Univ la Salle* [Internet]. 1989 [cited 2018 May 12];XI(17):35–46. Available from: [file:///C:/Users/NAIROBY/Downloads/4712-Texto del artículo-12853-1-10-20170905.pdf](file:///C:/Users/NAIROBY/Downloads/4712-Texto%20del%20art%C3%ADculo-12853-1-10-20170905.pdf)
91. Pelayo García Sierra. Diccionario filosófico. Manual de materialismo filosófico [Internet]. [cited 2018 Apr 24]. Available from: <http://www.filosofia.org/filomat/index.htm>
92. Ortiz-Millán G. Una definición muy general. Un comentario a la definicion de creencia de Villoro. *Signos Filos*. 2007;IX(18):181–9.
93. Villoro L. Definición de creencia. En: Huerta E, editor. *Crear, Saber, Conocer*. Mexico; 1982. p. 58–73.

94. Terricabras J-M. Diccionario de filosofía. Tomo I. (A-D). Ferrater Mora PC, editor. Barcelona: Ariel, S.A.; 1994. 615-619 p.
95. Tomey AM, Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. Elsevier; 2007.
96. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires: Paidós; 1986. 344p.
97. Galeano ME. Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellín: Universidad EAFIT; 2004. 83p.
98. Krause M. La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. Rev TEMAS Educ. 1995;7(7):19–39.
99. Simons H, Filella Escolà R. Estudio de caso : teoría y práctica. Morata. 2011. 266p.
100. Sandoval C. Investigación cualitativa. Bogotá: Copyright; 2002. 433p.
101. Yin RK. Applications of case study research. 2^{ed}. California: SAGE; 2003. 173p
102. Yin RK. Case study research. Design and methods. 2^{ed}. California: SAGE; 1994. 171p.
103. Quinn Patton M. Matched to research categories in Qualitative Research and evaluation methods. Copyright; 2002. 227-46 p.
104. Glaser B, Strauss Anselm. theoretical sampling. In: The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: copyright; 1995. p. 45–77.
105. Hammersley M, Atkinson P. Etnografía: métodos de investigación. Barcelona: Paidós; 1994. 344p.
106. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. Los Angeles, Calif : SAGE, 2008. 110-142 p.
107. Strauss Anselm CJ. Bases de la investigación cualitativa. Bases de la investigación cualitativa. Medellín. Universidad de Antioquia. 2016. 321 p.
108. Vásquez Navarrete MaL, Ferreira da Silva MR, Mogollón Pérez AS, Fernández de Sanmamed MJ, Eugenia DGM, Vargas Lorenzo I.

- Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Universidad Autónoma de Barcelona, editor. Barcelona: Balleterra; 2006. 131p.
109. Lucía Noreña A, Alcaraz-Moreno N, Rojas JG, Rebolledo-Malpica D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Aquichan [Internet]. 2012 [cited 2017 Jul 10]; 12(3). 263-274 Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4322420>
 110. Castillo E, Vasquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colomb Med [Internet]. 2003 [cited 2016 Oct 10];34(3). Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28334309>
 111. Gómez Tabares GE, Molina Restrepo ME. Evaluación ética de proyectos de investigación: una experiencia pedagógica, Universidad de Antioquia, Colombia. Invest educ enferm. 2006;24(1):68–77.
 112. Colombia. Ministerio de salud. Resolución 8430 de 1993, Octubre 4, por medio de la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio; 1993.
 113. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación completar como documento de internet
 114. Emanuel E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. In: Lolas Stepke F, Quezada Sepúlveda A, editors. Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas Perspectivas. Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2003. p. 83–95.
 115. Velez M. La salud en Colombia. Pasado presente y futuro de un sistema en crisis. Bogota: Debates; 2016. 207 p.
 116. Gómez RD. Efectos de la ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia. Rev Debates. 2005;May-Agos(41):38–48.
 117. Arias T D, Núñez G NA, Almeida de F NM, Tonini T. Imaginarios de la educación en salud pública en enfermería. Rev Fac Nac Salud Pública

- [Internet]. 2015;33(2). Available from: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/20245>
118. Organización Panamericana de la Salud. Atención Primaria en Salud: una revisión de prácticas y tendencias [Internet]. 2004 [cited 2016 Oct 12]. Available from: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd61/APSrevision.pdf>
 119. Ase I, Buriyovich J. El enfoque de derechos en Salud. Salud Colect. 2009;5(1):27–47.
 120. Errasti-Ibarrondo B, Arantzamendi-Solabarrieta M, Canga-Armayor N. La imagen social de la enfermería: una profesión a conocer. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2012 Aug [cited 2018 Feb 20];35(2):269–83. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272012000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 121. Ramirez Suberbiola, Jose Manuel Pereda Arregui, Enrique Delgado Aguilar, Herminia Delgado Aguilar MJ. Enfermería y futuro: su evolución, ¿credibilidad? ENFURO. 2010;113:15–18.
 122. Donelan K. Public Perceptions of Nursing Careers: The Influence of the Media and Nursing Shortages. NURSING ECONOMIC May-June. 2008;26(3). 143-165.
 123. Pedre Seoane Miryam, Pita Barral M^a Carmen, Valiño Pazos Cristina. Imagen social de la enfermería: un vistazo al espejo público. ENFURO [Internet]. 2004 enero-marzo [cited 2017 agosto 20]; 89. 32-33 Available from: <file:///C:/Users/Nairobi%20Cardenas/Downloads/Dialnet-ImagenSocialDeLaEnfermeria-3100283.pdf>
 124. Ortiz GF, Antonio R, Santos O. La atención a la salud en Canadá. Una perspectiva. Altepepaktli [Internet]. 2010 [cited 2016 Oct 13];6(11). Available from: <http://132.248.9.34/hevila/Altepepaktli/2010/vol6/no11/6.pdf>
 125. Fernández C, López C, Sánchez M. La gestión del cuidado en la Atención Primaria en salud en Chile. Rev iberoam Educ investi Enferm [Internet]. 2018;8(2):18–29. Available from: https://www.researchgate.net/publication/325117959_La_gestion_del_cuidad

o en la Atención Primaria en salud en Chile

126. Camargo Abello M, Calvo M G, Franco Arbeláez MC, Vergara Arboleda M, Londoño Camacho S, Zapata Jaramillo F, et al. Las necesidades de formación permanente del docente. Educ y Educ [Internet]. 2004 [cited 2018 Mar 3];7:79–112. Available from: file:///C:/Users/NAIROBY/Downloads/Dialnet-LasNecesidadesDeFormacionPermanenteDelDocente-2041051.pdf
127. Márquez Manzano M. Tensiones y demandas a los constructores curriculares e la educación universitaria. El escenario de los proyectos de mejoramiento de la calidad de la educación superior (MECESUP) en Chile. RAXE. 2008;7(13):61–71.
128. Zabala MA. Competencias docentes del profesor universitario. Ediciones. Bogota: Narcea; 2013. 216 p.
129. Cano García ME. La evaluación por competencias en la educación superior. profesorado Rev Currículum y Form Profr [Internet]. 2008 [cited 2018 Feb 13];12(3):1–16. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/567/56712875011.pdf>
130. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 6th ed. Mexico; 2014. p 355-385
131. León Román Carlos Agustín. El uniforme y su influencia en la imagen social. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2006 Mar [citado 2018 Mayo 21]; 22(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000100006&lng=es.
132. Nowicki RI. La profesión enfermera y los dispositivos de poder que subordinan su práctica dentro de las organizaciones sanitarias. Rev Iberoam Educ E Investig en enfermería [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 26];6(1):63:69. Available from: <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/152/>
133. Alarcón NG. El liderazgo de enfermería para el cambio. Av en Enfermería [Internet]. 1991 enero-junio [cited 2018 Feb 11]; IX Available from:

<http://www.bdigital.unal.edu.co/20577/1/16733-52406-1-PB.pdf>

134. Garzón Cárdenas RJ del P. Reflexión sobre la práctica educativa en enfermería. *Actual Enferm.* 2012;15(1):24–9.
135. Cardoso Jiménez D, Chávez Perez MA, Jaramillo Jaramillo M, Mendoza Méndez RV, Santillan Delgado G, Bobadilla Beltrán S. Estrategias de aprendizaje: efecto en el rendimiento académico por sexo en la licenciatura de administración. *Enseñanza en Investigación en Psicología* [Internet]. 2013 julio-diciembre [cited 2018 Feb 13];18(2):315–28. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29228336008.pdf>
136. Meneses Morales E. Archivos pedagogicos: un perfil del maestro universitario. *Didac.* 2013;julio-dic(62):59–67.
137. Keleher H. Why Primary Health Care Offers a more Comprehensive Approach to Tackling Health Inequities than Primary Care. *Aust J Prim Health* [Internet]. 2001 [cited 2018 May 12]; 7(2):57–61. Available from: https://www.researchgate.net/publication/262959829_Why_Primary_Health_Care_Offers_a_more_Comprehensive_Approach_to_Tackling_Health_Inequities_than_Primary_Care
138. Parker R, Walker L, Hegarty K. Primary care nursing workforce in Australia: A vision for the future. *Aust Fam Physician* [Internet]. 2010 [cited 2018 May 12]; 39(3):159–60. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20369120>
139. Marrasa L, Germán C, Sánchez A, Merelles A A V. Salud pública y enfermería comunitaria. En: *Salud Pública y enfermería comunitaria*. 2nd ed. Madrid: McGraw-Hill; 2003. p. 31–90.
140. Ramalle Gómara E. Enfermería. ¿Hacia dónde vamos?: Enfermería de salud pública. En: *II Congreso Socinorte Sociedad Norte de medicina preventiva y salud pública*, editor [Internet]. San Sebastian; 2010 [cited 2017 Oct 26]. p. 1–8. Available from: http://www.socinorte.com/informa/attachments/donostia/Enfermeria_salud_publica_Enrique_Ramalle.pdf

141. López D. Del encierro a las redes de cuidado comunitario, de la lucha por la dignidad humana a la mejora de la calidad. Una lectura desde Foucault. En: Moyano Mangas S, Planella Ribera J, editors. Voces de la educación social. 1st ed. Barcelona: UOC; 2011. p. 139–46.
142. Velandia Mora AL. Humanismo: Fortaleza de enfermería para el desarrollo teórico y científico de la profesión. Investig en Enfermería Imagen y Desarro. 1999;1(2):7–25.
143. Martínez Trujillo N, Torres Esperón M. La interdisciplinariedad en enfermería y sus oportunidades de aplicación en Cuba. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2014 [cited 2018 Feb 13];40(1). Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol40_1_14/spu10114.htm
144. Betancourt Bethencourt JA, Wilson Donet M. Identificación de fragmentación en el aprendizaje en carreras de la salud. Rev Cuba Educ Medica Super [Internet]. 2015 [cited 2018 Nov 13]; 29(3):448–56. Available from: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/469>
145. Bustíos C. La Salud Pública al final del siglo XX. An Fac Med [Internet]. 1998;59(4):309–20. Available from: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v59_n4/salud_pub.htm
146. Apráez Ippolito G. La medicina social y las experiencias en atención primaria en salud (APS) en Latinoamérica: historia con igual raíz. Polis [Internet]. 2010 [cited 2016 Oct 4];27(9). Available from: <http://polis.revues.org/958>
147. Beldarraín Chaple Enrique. Henry E. Sigerist y la medicina social occidental. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2002 Jun [citado 2018 Mayo 11]; 28(1): 62-70. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000100007&lng=es.
148. Franco-Giraldo Á. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2015 Sep 30 [cited 2016 Sep 20];33(3). Available from: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/21734>

149. Colombia. Ministerio de Salud Protección Social. Enfermería disciplina social y profesión liberal: desarrollo de las competencias del profesional de enfermería [Internet]. Bogota: 2013 [cited 2016 Aug 30]. p. 1–37. Available from:
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Enfermería_Octubre2014.pdf
150. Miguel J, Chaves P. Consideraciones básicas del pensamiento complejo de Edgar Morin, en la educación. Rev Electrónica@ Educ [Internet]. 2003 [cited 2018 Feb 11];1:67–75. Available from:
<http://www.redalyc.org/pdf/1941/194114419007.pdf>
151. Gómez P, Sacristán G. Comprender y transformar la enseñanza. Madrid: Morata; 1995. 447 p
152. Molina G, Ramírez A. Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007-2009. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2013 [cited 2018 May 12]; 287–93. Available from:
<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2013.v33n4/287-293/#ModalArticles>
153. Organización Panamericana de Salud. Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud - Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. [Internet] 2008. [cited 2018 Mar 14]. Available from:
http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf

Anexos

Anexo 1 Carta de Solicitud de autorización institucional

Medellín,

Señores

Consejo de Facultad

Universidad de Antioquia - Facultad de Enfermería

Medellín

Cordial saludo,

Por medio de la presente quisiera solicitarles que consideren como institución encargada de la formación de profesionales con alto reconocimiento en el desarrollo de la Atención Primaria en Salud en el departamento, la posibilidad de llevar a cabo mi trabajo de grado dentro de la institución, cuyo propósito es contribuir al desarrollo y posicionamiento de la formación en APS de profesionales de enfermería en pregrado y mejorar el campo de acción de la enfermería comunitaria con enfoque en APS.

Para lograr lo anterior se plantea un estudio de caso cualitativo, el cual presenta como objetivo general comprender los significados que construyen los docentes sobre la formación de enfermeras en Atención Primaria en Salud Renovada en una Universidad del departamento de Antioquia. Dicho estudio de caso pretende utilizar fuentes de recolección de información tanto primarias como secundarias, por ello sería necesario tener acceso a la información consignada en documentos históricos relacionados con la formación, como planes de estudio, actas de comité de currículo y demás que se consideren necesarias. Dentro de las fuentes primarias están contempladas la entrevista semiestructurada a docentes previo consentimiento informado en el cual queda

consignado los principios de respeto, autonomía y confidencialidad durante todo el proceso, este último también hace referencia a no revelar el nombre de la institución donde se realiza el proceso investigativo en ninguna publicación verbal o escrita que se realice de los hallazgos.

Se anexa la propuesta, con aval del asesor y del comité de ética.

Atenta a responder alguna duda,

Nairoby Cardenas Velasquez

Enfermera

Especialista en pedagogía par la docencia universitaria

Estudiante de maestría en enfermería

Anexo 2 Guía entrevista semiestructurada

“Significados que construyen los docentes sobre la formación de enfermeras en Atención Primaria en Salud Renovada en una Universidad del departamento de Antioquia”

Buenos días/tardes soy Nairobi Cárdenas Velásquez, enfermera y estudiante de la maestría en enfermería de la Universidad de Antioquia, en la cual como trabajo para optar al título he decidido realizar una investigación cualitativa, basada en el estudio de caso y en la cual pretendo comprender los significados que los profesores construyen sobre la formación del profesional de enfermería en Atención Primaria en Salud en una Universidad del Departamento de Antioquia, es por ello que usted como ha sido seleccionado como participante ya que su experiencia como docente lo lleva a considerarse como un informante clave siendo de suma importancia porque ha vivido el fenómeno de estudio.

Si bien su participación es muy importante para este estudio por su trayectoria en el campo de acción de la formación, no se considere en ningún momento coartado a participar, lea cuidadosamente el consentimiento informado, exprese todas sus dudas y en caso de asentir a participar le hare algunas preguntas sobre su experiencia en torno a formación en APS. Tenga presente que si desea no contestar alguna de las preguntas está en completa libertad de no hacerlo, además le informo que todo lo que diga quedará gravado con el fin de conservar al máximo su punto de vista, pero esta información solo será utilizada para este estudio y nunca se revelará su identidad ya que a partir del momento en que afirme su participación se le asignará un código que solo será conocido por el investigador principal.

Fecha de la entrevista _____ Lugar _____

Hora de inicio _____ Hora de finalización _____ Duración _____

Temas a desarrollar durante la entrevista

1. Preguntas básicas de caracterización
2. ¿Qué es para usted la APS?
3. Cuénteme desde su experiencia como docente cual es la importancia de formar profesionales de enfermería en APS
4. ¿Qué elementos de la APS considera son necesarios para la formación de profesionales de enfermería en el pregrado? ¿Cómo se ven estos en la formación en esta facultad?

5. ¿En cuales cursos se introducen elementos de la APS, es decir según usted en cuales cursos se refleja la formación en APS ¿por qué?
6. ¿Cuáles elementos están ausentes de la formación?
7. Considera que la formación que se oferta en APS influencia la decisión de escoger una práctica profesional o trabajar en ámbitos relacionados con la APS, ¿por qué?
8. Cual considera usted es el aporte de la enfermería a la APS y de la APS a la enfermería

Gracias por su participación, en caso de ser necesario lo estaría contactando de nuevo para aclarar dudas que surjan durante la transcripción de la información, de nuevo gracias y que tenga buen día/tarde.

Anexo 3 Guion grupo focal

“Significados que construyen los docentes sobre la formación de enfermeras en Atención Primaria en Salud Renovada en una Universidad del departamento de Antioquia”

Buenos días/tardes soy Nairoby Cardenas Velasquez, enfermera y estudiante de la maestría en enfermería de la Universidad de Antioquia, en la cual como trabajo para optar al título he decidido realizar una investigación cualitativa, basada en el estudio de caso y en la cual pretendo comprender los significados que los docentes de esta facultad construyen frente al proceso de formación en APS, en la cual hace algún tiempo ustedes fueron contactados como participantes de este proceso, en este momento se pretende colocar a consideración de ustedes los avances que se han obtenido gracias a su participación como informante clave para el estudio.

Si bien su participación continúa siendo muy importante para este estudio por su trayectoria en el campo de acción de la formación, al igual que en la entrevista individual, no se considere en ningún momento coartado a participar, haga las preguntas que considere necesario y en caso de asentir a participar estaremos conversando sobre lo encontrado respecto a su experiencia en torno a formación en APS y al significado de esta. Tenga presente que si desea no participar de este encuentro está en completa libertad de no hacerlo, además le informo que todo lo que diga quedara gravado con el fin de conservar al máximo su punto de vista, pero esta información solo será utilizada para este estudio y nunca serán reveladas sus identidades, los datos presentados serán bajo código asignado por el investigador principal.

Fecha de la entrevista _____ Lugar _____

Hora de inicio _____ Hora de finalización _____ Duración _____

Temas a desarrollar durante la entrevista

1. Resumen de la caracterización según guía de caracterización.
2. Categorías emergentes según el trabajo de campo

Gracias por su participación y que tengan buen día/tarde.

Anexo 4 Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Significados que construyen los docentes sobre la formación de enfermeras en Atención Primaria en Salud Renovada en una Universidad del departamento de Antioquia

Fecha: _____ **Lugar:** _____

Señor (a), le estamos solicitando su autorización para que de manera voluntaria y anónima participe en la investigación: “Significados que construyen los docentes a la formación de enfermeras en Atención Primaria en Salud en una Universidad del departamento de Antioquia” realizada por la estudiante Nairobi Cardenas Velásquez, candidata a magister en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Esta investigación se efectúa bajo la dirección del profesor Luis Emilio Zea^{*****} Bustamante del departamento de formación básica la misma Facultad de Enfermería.

Se le solicita que antes de aceptar participar en estudio, lea cuidadosamente la siguiente información. Se le invita a hacer todas las preguntas que considere necesarias para comprender el fin de esta investigación. Este documento le explica el objetivo, sus procedimientos, ventajas, riesgos e inconvenientes.

El estudio tiene como objetivo comprender los significados que construyen los docentes sobre la formación de enfermeras en Atención Primaria en Salud Renovada en una Universidad del departamento de Antioquia y como propósito contribuir al fortalecimiento de la formación de la enfermería en APS y por ende al desarrollo y posicionamiento del campo de acción de la enfermería comunitaria.

En el marco de este estudio, usted es invitado a participar como docente de la enfermería y miembro de la comunidad académica de la facultad de enfermería de la Universidad _____ del departamento de Antioquia por medio de una entrevista individual y una socialización grupal conducida por la investigadora. Durante estas actividades usted será invitado a responder preguntas relacionadas a su experiencia en la formación de profesionales y referentes al tema de APS, a sus sentimientos y a sus reflexiones con respecto a esa experiencia. Cada entrevista será grabada y posteriormente transcrita.

Se asegura la **confidencialidad** de los datos recolectados, los cuales serán empleados únicamente para conocimiento de la investigadora y del asesor. La información que se publique de

***** Cambio de asesor 2018 I

este estudio no presentará nombres de la institución o de los participantes, solo códigos que serán conocidos solo por la investigadora y el asesor, con lo cual se garantiza el anonimato dentro del estudio. Los datos y el material de investigación serán destruidos en marzo del 2019.

Esta investigación no genera riesgo para los usted como participantes, puesto que no ocasiona daño físico conocido, pero sí las preguntas planteadas durante la entrevista le generan alguna dificultad o molestia **puede retirarse en cualquier momento** sin necesidad de dar explicación alguna y si es el caso y si usted lo decide, solicitar la destrucción de la grabación y transcripción hecha y no se tomará en cuenta la información dada por usted en el marco de esta investigación. Por participar en este estudio usted no recibirá remuneración alguna.

Este estudio fue evaluado y avalado por el comité de ética de la facultad de enfermería mediante acta No _____ como consta en el acta de la reunión realizada el _____, lo cual garantiza que usted participara en una de un proceso que cumple con los criterios de rigor y criterios éticos investigativos.

Tenga presente que si usted no desea participar en la investigación está en toda libertad de negarse.

Si luego de leer este documento o durante la investigación le surge alguna inquietud, no dude en acercarse a la investigadora, quien le proporcionará toda la información que necesite para lograr una mayor claridad.

Yo _____, de manera voluntaria acepto participar del proyecto de investigación, entiendo y comprendo el objetivo, propósito del mismo, y que tengo la libertad de retirarme en cualquier momento sin que esto me cause algún perjuicio personal.

_____	_____
Nombre del participante	Nombre del testigo
_____	_____
Firma del participante	Firma del testigo
Documento: _____	Documento: _____

Para mayor información comuníquese en cualquier momento con

Nairobi Cárdenas Velásquez

Investigadora Principal

Estudiante Facultad de Enfermería

Email: yborian16@hotmail.com

Calle 64 N° 53-09 Medellín

Teléfono: 311 304 44 14

Luis Emilio Zea Bustamante

Docente asesor

Email: Luis.zea@udea.edu.co

Calle 64 N° 53-09 Medellín

Teléfono: 219 63 30

