



**DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL CURSO DE PROMOCIÓN Y
PREVENCIÓN PARA MEJORAR EL APRENDIZAJE DE LA SALUD PÚBLICA
CON ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD ANTONIO
NARIÑO A TRAVÉS DE LA UTILIZACIÓN DE ACTIVIDADES PEDAGÓGICAS
CENTRADAS EN EL ANÁLISIS DE CASOS PRÁCTICOS**

TESIS DE MAESTRÍA

Autora

Andrea Betancourt Bernal

Director de tesis:

Dr. John Jairo Briceño Martínez

Universidad Antonio Nariño

Facultad de Educación

Maestría en Educación

Bogotá, D. C., Junio de 2017

DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL CURSO DE PROMOCIÓN Y
PREVENCIÓN PARA MEJORAR EL APRENDIZAJE DE LA SALUD PÚBLICA
CON ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO
A TRAVÉS DE LA UTILIZACIÓN DE ACTIVIDADES PEDAGÓGICAS
CENTRADAS EN EL ANÁLISIS DE CASOS PRÁCTICOS

Memoria que presenta el maestrante:

Andrea Betancourt Bernal

Para optar al grado de Magister por la Universidad Antonio Nariño

Bogotá, D. C., Junio de 2017

CONTENIDO

RESUMEN LARGO.....	12
CAPÍTULO 1	17
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
Pregunta problema:	21
CAPÍTULO 2	22
MARCO TEÓRICO.....	22
2.1 Qué es la salud pública desde un contexto internacional.....	22
2.1.1 Academia y concepto de salud pública	24
2.1.2 La salud pública moderna.....	26
2.1.3 La promoción y la prevención como aspectos ligados a la salud pública.....	33
2.2 Acciones de promoción y prevención hoy.....	39
2.3 Estrategias educativas que trabajan la promoción y prevención y la salud pública	41
2.3.1 Metodologías y estrategias para enseñar la salud pública	42
2.3.2 Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas	43
2.3.3 Sobre los planes de estudio.....	43
2.3.4 En cuanto a la metodología educativa empleada.....	44
2.3.5 Metodologías para la enseñanza de promoción y prevención Universidad Tecnológica de Pereira	46
2.3.6 Metodología utilizada en España para la buena praxis de la salud	47
2.4 La estrategia de casos de prácticos para la enseñanza de la salud pública.....	52
2.5 Aprendizaje significativo	53
CAPÍTULO 3	57
METODOLOGÍA.....	57
Objetivo general	59
Objetivos específicos.....	59
3.1. Participantes.....	61
3.2 Recolección de datos por medio de aplicación de pre test de promoción y prevención selección múltiple	62
3.3 Recolección de datos por medio de aplicación de pre test de concepciones	63
3.4 Recolección de datos por medio de aplicación de casos prácticos en grupos	63
3.5 Recolección de datos por medio de test de satisfacción	63
3.6 Diseño del curso.....	64
3.7 Sistema de categorías para el análisis de las concepciones.....	77
3.8 Sistema de categorías para el análisis de casos prácticos	82

CAPÍTULO 4	85
RESULTADOS	85
4.1.1 Resultados de frecuencias de códigos concepciones de los estudiantes en pre test	87
4.1.2 Resultados de frecuencias de códigos concepciones de los estudiantes en pos- test.....	88
4.1.3 Resultados de frecuencias de códigos sobre los casos prácticos.....	89
4.2.1 Análisis de las concepciones de los estudiantes en pre test de concepciones	90
4.2.2 Análisis de las concepciones de los estudiantes en pos test de concepciones	93
4.2.3 Análisis de comparación del pre test y pos test de las concepciones de los estudiantes	96
4.3.1 Análisis comparativo de los grupos frente a cada uno de los casos prácticos	102
4.3.2 Análisis comparativo casos por grupos.....	110
4.4 Evaluación del curso en pre test y pos test.....	120
4.4.1 Resultados del pre test	121
4.4.2 Resultados del pos test	122
4.4.3 Resultados del test de satisfacción del curso.....	124
CAPÍTULO 5	127
CONCLUSIONES.....	127
CAPÍTULO 6	131
RECOMENDACIONES Y PROSPECTIVA DE FUTUROS ESTUDIOS	131
Lista de Referencias	132
ANEXOS	135

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Leyes, Normas y Decretos relacionadas con Salud Pública en Colombia	31
Tabla 2. Actividades de la salud pública	35
Tabla 3. Tipos de prevención.....	38
Tabla 4. Distribución y características de los grupos	61
Tabla 5. Sistema de categorías para el análisis de las concepciones de los estudiantes en pre test de concepciones.....	78
Tabla 6. Sistema de categorías para el análisis de las concepciones de los estudiantes en pos test de concepciones	80
Tabla 7. Sistema de categorías para el análisis de casos prácticos	82
Tabla 8. Lista de documentos analizados	85
Tabla 9. Frecuencia de códigos de concepciones en pre test.....	87
Tabla 10. Frecuencia de códigos de concepciones en pos test	88
Tabla 11. Frecuencia de códigos sobre casos prácticos.....	89
Tabla 12. Consolidado respuesta pre test de selección múltiple	121
Tabla 13. Consolidado respuesta pos test de selección múltiple	123
Tabla 14. Consolidado test de satisfacción del curso	124

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Concepciones en pre test de Salud pública.....	91
Gráfica 2. Concepciones en pre test de promoción de la salud	92
Gráfica 3. Concepciones en pre test de prevención de la enfermedad	93
Gráfica 4. Concepciones en pos test de salud pública.....	94
Gráfica 5. Concepciones en pos test promoción de la salud.....	95
Gráfica 6. Concepciones en pos test prevención de la enfermedad	96
Gráfica 7. Comparativo pre y pos concepción salud pública.....	98
Gráfica 8. Comparativo pre y pos concepción promoción de la salud	100
Gráfica 9. Comparativo en pre y pos concepción prevención de la enfermedad	102
Gráfica 10. Comparativo por grupos solución del caso desplazamiento y los determinantes de vida y salud	105
Gráfica 11. Comparativo por grupos solución del caso asumiendo la discapacidad	107
Gráfica 12. Comparativo por grupos caso “Las tres demoras”	109
Gráfica 13. Comparativo casos grupo A	111
Gráfica 14. Comparativo casos grupo B	113
Gráfica 15. Comparativo casos grupo C	114
Gráfica 16. Comparativo casos grupo D	116
Gráfica 17. Comparativo casos grupo E	117
Gráfica 18. Comparativo casos grupo F	119
Gráfica 19. Comparativo casos grupo G.....	120

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Diseño del curso	60
--------------------------------------	----

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Curso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad 64

ANEXOS

Anexo 1. Test sobre promoción y prevención selección múltiple	135
Anexo 2 . Formato sobre concepciones promoción y prevención	138
Anexo 3. Test de satisfacción del curso.....	139

AGRADECIMIENTOS

En mi vida académica como estudiante y docente he tenido muchos modelos; inicialmente mis padres y sus familias de docentes por generaciones, que cultivaron en mí sin saberlo la idea de que la academia es un viaje mágico que no tiene final.

Darío Betancourt Echeverry, como ese maestro que quiero llegar a ser, que lograba cuestionar y sembrar curiosidad en cada una de sus charlas en las que dejaba parte de su ser.

Este proyecto merece mi agradecimiento especial a muchos actores, que desde sus diferentes aristas aportaron para su realización: mi esposo y Jerónimo, que con su compañía, sonrisas, apoyo incondicional y motivación favorecieron mi proceso de formación, y me recordaron que, aunque faltaba mucho, podía lograrlo.

Mis profesores, que en cada una de sus clases me hicieron soñar, sorprenderme y querer continuar a pesar de la sensación de que el tiempo no era suficiente y el camino largo, inspirándome cada día, especialmente mi asesor de Tesis, John Jairo Briceño, que tuvo la dedicación y la certeza de que mi proyecto era desde su nivel más básico una propuesta valiosa y me movilizó para hacer cada vez con más rigor mis tareas.

Mis amigas, que con su escucha, sonrisas, palabras y silencios apoyaron la causa y, en muchas ocasiones, fueron revisoras, asesoras y correctoras con su afecto.

Especialmente quiero agradecer al Universo, que conjugó todas las posibilidades para que ocurriera y a mis estudiantes, que se encargaron día a día de hacer que quisiera ser mejor profesora, y lograron que continúe creyendo que la Educación es la única herramienta que puede cambiar de alguna manera el mundo.

RESUMEN LARGO

Esta investigación se inscribe en la línea de los estudios que buscan favorecer el aprendizaje significativo, como una experiencia que permita llevar a la práctica y a la vivencia de los estudiantes la normatividad de la salud pública en Colombia en la formación de médicos generales en la Universidad Antonio Nariño (UAN).

Parte de las evidencias que muestran que la salud pública es una actividad encaminada a mejorar la salud de la población, “salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también es el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad” (Navarro, 1999, P.49).

A través de la docencia en el área se puede evidenciar el poco interés de los médicos en formación sobre esta disciplina, lo que tiene un impacto considerable si se revisan los costos por atención de enfermedades prevenibles con acciones educativas, que podrían disminuir con acciones propias de la salud pública como la educación, la promoción de estilos de vida saludable y la prevención de enfermedades.

Por lo tanto, comprender la necesidad e importancia de la salud pública desde la formación del médico puede ser la diferencia en costos y salud de un país en la intervención de enfermedades crónicas evitables.

Este trabajo podrá beneficiar a las facultades de Medicina a través de la revisión de la forma de impartir sus cátedras de salud pública, para que a través de los casos prácticos la asignatura sea percibida por los estudiantes de una manera más vivencial, lo que podría redundar en una mejor comprensión de sus

objetivos, consciencia en la realización de actividades de tipo educativo en las consultas básicas del médico en formación; este enfoque garantizaría el abordaje de sus pacientes desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad para pensar actividades costo efectivas para la población a futuro, disminuyendo el impacto económico del país en la atención de enfermedades evitables.

Para el desarrollo de esta investigación es importante tener en cuenta dos aspectos: 1. la cátedra la reciben estudiantes en noveno semestre de formación, cuando ya han cursado dos asignaturas clínicas, Medicina interna y cirugía, además de dos administraciones en salud; 2. en el momento de recibir la asignatura Salud pública los estudiantes cursan simultáneamente otra administración en salud y la rotación clínica de ginecología y obstetricia.

Lo anterior hace que el médico en formación ya cuente con un pensamiento crítico, clínico y netamente práctico, además de la posibilidad de integrar lo que es verdaderamente la salud pública y su importancia en el contexto local, nacional y mundial.

Desde el punto de vista educativo, se evidencia que, a pesar de los esfuerzos del grupo docente del área de salud pública y medicina preventiva de la facultad de medicina de la universidad Antonio Nariño, por hacer una enseñanza de la salud pública amigable, cercana y práctica, los estudiantes aún no comprenden la importancia de esta en el ejercicio de la Medicina y la salud de las comunidades.

De acuerdo con Wasserman (1994), utilizar casos de estudio en la academia puede cambiar la forma tradicional del aprendizaje con resultados visibles en cátedras compleja cargadas de información en leyes y normas en relación con su aplicabilidad.

La implementación de un módulo de enseñanza de la asignatura salud pública por medio de casos prácticos podría transformar la manera en que los médicos en formación comprenden, apliquen y vivan la salud pública, lo que a futuro podría redundar en consultas médicas educativas y preventivas para los pacientes y menores costos de atención por enfermedades evitables con la implementación de hábitos de vida saludables.

La forma en que los estudiantes de noveno semestre de la facultad de Medicina aprenden la asignatura de Salud pública y Medicina preventiva se convierte en un problema de investigación, debido a la concepción que tradicionalmente tienen los médicos en formación de la asignatura que, pese a ser implementada por cuatro docentes durante el semestre, tener un componente práctico y contar con diferentes estrategias en el aula, sigue siendo una materia poco importante para los estudiantes.

Es por esto la motivación para implementar una propuesta diferente que favoreciera el aprendizaje significativo de los estudiantes y les facilitará comprender la importancia de los contenidos de la asignatura en su vida profesional y la calidad de vida de sus pacientes, pues desde todo punto de vista la promoción de la salud y prevención de la enfermedad son prácticas beneficiosas para la población.

Esta tesis se encuentra organizada en seis (6) capítulos, así:

Capítulo 1. Planteamiento del problema

En este capítulo se plantea el problema de la investigación desde la perspectiva de las pocas investigaciones que abordan la enseñanza de la salud pública a médicos en formación como un área importante del conocimiento; más allá de esto, se plantea como una serie de programas, normas, decretos y actividades que pueden incidir de manera positiva en la salud de la población en general y que por su poca valoración y forma tradicional de enseñanza han desvirtuado el rol del médico.

La pregunta de investigación planteada es: ¿Cómo contribuir a la mejora del aprendizaje de la salud pública en estudiantes de Medicina de noveno semestre de la Universidad Antonio Nariño, a través de aproximaciones que les permita resolver actuaciones de casos prácticos basados en temas de promoción y prevención?

Capítulo 2. Marco teórico

Aquí se presentan algunos elementos teóricos sobre los conceptos de salud pública, Medicina preventiva, formación médica, aprendizaje significativo y casos de estudio para la enseñanza.

Capítulo 3. Metodología.

Tras la definición de los objetivos de la investigación, se identifican los participantes de la investigación, estudiantes de la asignatura Medicina preventiva, de la facultad de Medicina de la UAN.

Se realiza la descripción de las estrategias empleadas para la recolección de datos, a través de pre test, pos test de concepciones, pre test, pos test de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de selección múltiple, casos prácticos y test de satisfacción del curso.

Capítulo 4. Resultados

En este capítulo se presentan, los resultados del pre test, pos test de concepciones, con las variables (salud pública, promoción de la salud y prevención de la enfermedad), pre test de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de selección múltiple, análisis de cada uno de los tres casos prácticos diseñados por la autora (desplazamiento forzoso, discapacidad y gestantes) y test de satisfacción del curso.

Capítulo 5. Conclusiones

Se exponen las conclusiones más relevantes del trabajo realizado, según los objetivos planteados.

Capítulo 6. Recomendaciones y prospectiva de futuros estudios

Se presentan en este capítulo recomendaciones de la autora basadas en los resultados y el análisis que le permitió hacer la implementación de este trabajo.

CAPÍTULO 1

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ospina (2011) señala que la disciplina encargada de proteger la salud es la salud pública y que su objetivo es mejorarla, controlar y erradicar las enfermedades; por su parte, en un sentido que tiende a ser el opuesto de esta concepción de la salud, la educación médica tradicional ha enfocado su formación académica bajo el modelo de investigar la causa de la enfermedad, diagnosticar y formular el tratamiento al paciente.

De igual manera, (Ospina, 2011) menciona que la salud pública es considerada por el médico en formación como un conjunto de normas, leyes, decretos y artículos que enmarcan la normatividad en salud en Colombia y en el mundo, a las cuales no da la importancia requerida; antes bien, da una escasa valoración en comparación con otras asignaturas que en principio parecieran dar más status dentro del ejercicio de este profesional.

De otro lado, Abad (1987) plantea que es preocupante esta situación, en la medida en que tener una educación deficiente en salud puede significar para diversidad de comunidades poco acceso a los servicios médicos, en especial en lo referente a prevención de enfermedades.

El Plan Nacional de Salud Pública 2007–2010 integra el mandato constitucional del derecho a la salud bajo diversos enfoques conceptuales, con el objetivo de mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población colombiana. Define las prioridades, los objetivos, las metas y las estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de

salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores y determina las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que se complementan con las acciones de los otros sectores, definidas en el Plan nacional de desarrollo y en los planes de desarrollo territorial.

En este sentido, la responsabilidad del médico va más allá de diagnosticar y tratar enfermedades y debe enfocar sus acciones hacia la atención de las comunidades que, a pesar de su acceso inmediato a la información, desconocen sus derechos, deberes; en especial, debe enfocarse en las prácticas y actividades cotidianas que pueden ser la diferencia entre la salud y la enfermedad.

En el programa de Medicina de la UAN, particularmente en esta asignatura se puede observar que en muchas ocasiones es relacionada por los estudiantes con desmotivación, desinterés y aversión, lo que puede hacernos pensar que hay desconocimiento sobre su importancia, que puede atribuirse en parte a la manera tradicional de enseñanza de las asignaturas; Administración en salud, Salud pública y Medicina preventiva. Debido a su gran contenido normativo y teórico, estas asignaturas generalmente se llevan a cabo mediante clases magistrales.

La forma en la que los estudiantes relacionan la asignatura, cobra más peso al compartir asignaturas clínicas en el mismo semestre de formación, pues todo el interés, dedicación y esfuerzo de los estudiantes se orienta hacia ellas por considerarlas vitales en su formación y netamente prácticas.

La metodología utilizada tradicionalmente para estas asignaturas también favorece de alguna manera que los estudiantes tengan cierta aversión frente al rol que tienen como educadores de la salud en diversas comunidades asumiéndolo como una carga social y comunitaria.

En Colombia y en diversas partes del mundo la mayoría de facultades de Medicina ofertan la asignatura como un componente importante del currículo y es asumida en un número representativo de instituciones por docentes no médicos, lo cual podría hacer pensar que son pocos los médicos que tienen interés en especializarse en la disciplina; este es otro factor que podría estar relacionado con la poca motivación que genera desde la formación esta especialidad no clínica.

No obstante, la salud pública es un área transversal de la práctica médica en la cual el profesional en Medicina hace uso de una de sus funciones más importantes, como lo es la educación a la comunidad sobre prácticas saludables, prevención de la enfermedad, promoción de la salud, estilos de vida saludables, factores protectores, evolución natural de la enfermedad y cómo los determinantes sociales alteran la salud de un individuo.

De una u otra manera el médico, en su ejercicio diario, realiza actividades propias de la salud pública como: promoción de estilos de vida saludables, consultas de desarrollo, controles prenatales, consultas para detección de enfermedades prevenibles y educación en salud en todos los grupos de edad.

Es importante resaltar que los médicos desde su formación deben asumir la salud pública como la garante de la protección de la salud humana y que, mediante un abordaje acucioso y profundo en su práctica, se puede pensar en cambiar las condiciones de calidad de vida y salud de un grupo poblacional.

Es preocupante que los médicos asuman esta disciplina como algo no inherente a su formación, que puedan pensar que sus prácticas son obsoletas y no tienen repercusión en la vida de sus pacientes. En este sentido, la formación médica debe aprovechar el pensamiento crítico del estudiante y hacer énfasis en que los casos de estudio son estrategias pedagógicas activas que permiten que los estudiantes resuelvan situaciones de la vida real, a través de la utilización de sus preconcepciones y los conocimientos que han adquirido en su formación.

Esta metodología también favorece el aprendizaje significativo en los individuos y requiere de una serie de condiciones para ello; aquí el profesor debe ser creativo, promover una metodología participativa, preocuparse por la formación integral, tener habilidades para el manejo de grupos, buena comunicación con sus estudiantes y dominio amplio de la temática.

La propuesta aportará al campo educativo a través del análisis y solución de estudios de caso (casos prácticos), que favorezcan la apropiación y comprensión de conceptos recibidos por los estudiantes en la asignatura Medicina preventiva.

De igual manera, beneficiará a la UAN y a la Facultad de Medicina con la implementación del curso de promoción y prevención como una estrategia que favorece el aprendizaje significativo de la Medicina preventiva a través de la aplicación de casos prácticos, como un aporte para la formación de médicos. Esta estrategia les permite dimensionar la responsabilidad del ejercicio médico en cuanto a la carga social de ser quien toma decisiones sobre el estado de salud de sus pacientes y los educa sobre acciones que favorecen sus condiciones de salud y calidad de vida.

Pregunta problema:

¿Cómo contribuir a la mejora del aprendizaje de la salud pública en estudiantes de Medicina de noveno semestre de la Universidad Antonio Nariño, a través de estrategias que les permita resolver situaciones de casos prácticos basados en temas de promoción y prevención?

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 Qué es la salud pública desde un contexto internacional

Basados en el concepto de salud pública, según lo resume (Delgado, 1998), desde su aparición en el siglo XVI, como la respuesta a las necesidades del hombre de organizarse en su medio social para enfrentarse a las enfermedades tal y como lo dice, es posible comenzar a comprender por qué para el médico en formación esta se define como una actividad de tipo administrativo o de gestión, y no como una posibilidad de mejorar las condiciones de salud de un pueblo. De acuerdo con Delgado:

La historia de la Medicina, para su mejor comprensión, se divide en dos grandes ramas: la historia de la Medicina propiamente dicha, que abarca, entre otros, el estudio de los grandes descubrimientos médicos, de las escuelas que aportaron los avances de las ciencias médicas, de las biografías de inmortales de la Medicina y de las ideas médicas y la historia de la salud pública que comprende a su vez, el estudio de cómo el hombre se agrupó en instituciones y organizaciones para enfrentarse a las enfermedades en su medio social (1998, p.1).

De esta forma, los médicos deben tener una comprensión de las causas de enfermedad y muertes que ocurran en sus comunidades; tal es el caso de los enfoques que solo se centran en el modelo biologista. Delgado (1998) plantea igualmente que las prácticas son otro modelo de la salud pública, alterna al modelo preventivista epidemiológico, pues pondera los componentes de la salud pública al buscar la mejora de la salud rompiendo barreras y prácticas convencionales.

La salud pública es, por tanto engloba todas las acciones con las que el médico y los profesionales de la salud buscan impactar en las condiciones de calidad de vida de una comunidad (Navarro, 2002), en ocasiones es planteada en la academia desde una estructura puramente normativa, incapaz de dar respuesta a las necesidades de las comunidades.

Si bien es cierto que la salud pública se hace una relacionan con dichas comunidades, no se puede desconocer, como lo afirman Filho y Paim (1999), que la salud pública es un concepto que se refiere al campo general de la salud, es decir, a los procesos propios de ella como la salud, la enfermedad y la muerte, y a las capacidades de la sociedad de responder a ellos.

El médico, en consecuencia, debe estar capacitado para ser el profesional que por excelencia lidere los equipos de salud y pueda manejar dichos fenómenos, pues desde la formación cada vez se propende más por especializar su labor y fragmentar al ser humano en sistemas o partes del cuerpo, por lo cual no es extraño ver profesionales de la Medicina que carecen de la capacidad de acompañar y guiar a sus comunidades en los procesos básicos e iniciales de la salud y la enfermedad (Gómez, 1987), porque se encuentran tan subespecializados en áreas de la Medicina que no pueden ver al ser humano desde un panorama integral.

Frente a este particular ya se planteaba en Almagro, en el año 1987, la premisa de “salud para todos en el 2000”; este concepto para el mundo incluyó nuevos términos como igualdad en el acceso a la salud (que no es sólo a la atención médica), promoción del nivel de salud, prevención de las enfermedades, participación activa de la comunidad, cooperación multisectorial, cooperación internacional y reordenación de los sistemas nacionales de salud.

2.1.1 Academia y concepto de salud pública

Es importante reconocer la responsabilidad de la educación en Medicina en la formación de médicos que comprendan que la salud pública y la Medicina preventiva, desde sus acciones, pueden conseguir que el médico en su ejercicio laboral logre impactar en las condiciones de salud de un individuo.

Este concepto es reforzado por Muñoz y López, que apoyan la definición desde de las funciones específicas de la salud pública (FESP):

... salud pública es una acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas. Supone una noción que va más allá de las intervenciones poblacionales o comunitarias e incluye la responsabilidad de asegurar el acceso a la atención de salud y su calidad, como una práctica social de naturaleza interdisciplinaria. La salud pública no es sinónimo de responsabilidad del Estado en materia de salud, ya que su quehacer va más allá de las tareas propias del Estado y no abarca todo lo que el Estado puede hacer en materia de salud (2000, p.127).

Basada en esta afirmación de Muñoz y López (2000), la autora considera que se debe trabajar desde las facultades de Medicina, desvirtuando el supuesto de los médicos en formación de que la salud pública es un problema del Estado, pues de esta manera se desvincula la responsabilidad del médico y se perpetúa el concepto de que solo puede ser abordada desde el colectivo.

Asimismo, Abad (1987), refiere desde ese año que es necesario que el papel de los profesores de las facultades de Medicina en Latinoamérica esté centrado en crear una nueva cultura médica, con sentido universal; esta debe ser humanista, resaltando en el médico el valor de la vida, de la salud, del servicio a

los demás, de la felicidad, del pensamiento científico, del goce artístico, de los sentimientos éticos, filosóficos y religiosos.

Cuando buscamos comprender la salud pública en el área de formación médica desde la perspectiva de un concepto como el de la Organización Panamericana de la Salud, encontramos que en el año 2002, considera que: “la Salud Pública es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo.”

Lo anterior nos lleva a considerar que podemos caer en el error de acentuar en el médico la idea de que la salud pública es un tema utópico, estatal y normativo, desvinculándolo como profesional garante de la salud de su importante labor en el ejercicio de la misma. El concepto de salud pública, por tanto, debe ser una construcción colectiva desde la experiencia, la disciplina y la vivencia, que pueda llevar al estudiante a considerar que él es el protagonista y responsable de lo que hace en su consulta, sin importar tiempo de duración ni justificar la incapacidad de educar a su paciente desde las limitaciones del sistema de seguridad social.

Es solo desde una enseñanza dinámica, vivencial y práctica de la salud pública y con apoyo de la ética y su mística por la profesión, cómo el médico en formación puede comprender la importancia y la responsabilidad del ejercicio de la Medicina en relación con la salud pública (Gómez, 1987), y que no se trata solamente de una serie de normas que debe recibir en una cátedra que considera innecesaria y obsoleta, pero que sobre todo, no sabe cómo emplear en el manejo diario con sus pacientes, ya que tradicionalmente desde la academia no se ha favorecido esa relación, la cual también llevaría al estudiante

de Medicina a reconocerse como investigador que desde la salud pública puede dar respuesta a diversas necesidades en salud de las comunidades.

Visto lo anterior, se hace evidente que la academia tiene grandes retos para movilizar a los estudiantes; el ejercicio de la profesión no se queda solo en el nivel operativo de una tarea, sino que los aportes de la disciplina son una responsabilidad frente al hecho de ser ciudadanos del mundo, en el que cada vez se evidencian más necesidades de conocimiento nuevo que pueda redundar en mejorar las condiciones de calidad de vida de sus habitantes.

2.1.2 La salud pública moderna

Como lo dice Franco (2006), es una responsabilidad científica de la salud pública incursionar en nuevas áreas del conocimiento para poder profundizar a través de ella en otras áreas tradicionalmente más reconocidas pero igualmente importantes.

En un concepto más moderno de la salud pública, el médico debe llegar a comprender que los grandes avances en las áreas tradicionales de formación clínica empezaron desde intervenciones puntuales relacionadas con la salud pública y se transforman en una transdisciplina autónoma dentro de un cuerpo teórico y sujeto a verificación empírica y confrontación política (Franco, 2006).

En este mismo sentido, Jarillo y López afirman que “la salud pública se conforma como práctica a través de la intervención del Estado y remite a circunstancias de especificidad histórica, en una constante búsqueda de respuestas explicativas de la forma como participan los profesionales de la salud en las acciones sanitarias que implican su práctica” , (2007, p.141). Esta perspectiva muestra que es fundamental que este tipo de práctica sea tenida en cuenta por el médico

en formación, quien debe comprender que sus acciones no son islas independientes de un colectivo de intervenciones que realizan día a día diversos equipos de salud; de igual manera, debe conocer el rol de cada uno de los profesionales, pero sobre todo comprender que el resultado será el perfecto ensamblaje que se logre de cada una de estas piezas.

Por su parte, Last (2007) va por esta misma línea de pensamiento al afirmar que la salud pública es “una actividad organizada de la sociedad para promover, proteger, mejorar y, cuando sea necesario, restaurar la salud de los individuos, grupos específicos o de la población entera”. La salud pública, entonces, busca desarrollar en los médicos en formación la habilidad de realizar de manera específica actividades que propendan por promover la salud y prevenir la enfermedad en sus comunidades.

De esta forma, se hace indispensable la capacidad de que el médico articule su rol profesional con las políticas, programas acciones y actividades de los diferentes entes que representan al Estado, sin desconocer que, como lo plantean Prieto, Delgado y Bandrés (2008), la sanidad es la primera competencia que se concede a los municipios en su nacimiento, siendo el gobierno el nivel de la administración que el ciudadano encuentra más próximo; así pues, se espera que el médico, de un modo inmediato, aporte la solución a sus problemas cotidianos, entre los que se encuentran los relacionados con la salud pública.

Es importante que los estudiantes de Medicina tengan la capacidad de comprender que, las cuatro acciones de la salud pública; protección, prevención promoción y restitución, pueden impactar en los estados de salud de las comunidades y favorecer su empoderamiento sobre sus condiciones de calidad de vida y salud (Navarro, 2002).

De otro lado, Valencia (2011) hace una definición integral de la salud pública, que permite contemplarla como un área de formación transdisciplinar que no permite que se dividan las ciencias naturales y las sociales, alcanzando su objetivo de estudio integrando las disciplinas en sus diferentes niveles, permitiendo conocer fenómenos, raíces, causas, en el que incluye la educación y la práctica para lograr cambiar la salud de la población. Llevar a la práctica desde la academia esta visión de la salud pública puede redundar en comunidades más empoderadas de sus procesos de salud, personas con más consciencia sobre su responsabilidad en relación con la salud-enfermedad, individuos que entiendan que la salud es un derecho que debe ser garantizado por los Estados, y que cada que este derecho se vulnera el mundo, sin importar el lugar en el que ocurra, da pasos atrás en nivel de desarrollo.

Abad (1987) señala que es responsabilidad de la academia llevar a los estudiantes a la comprensión de que salud pública no son dos palabras con las que los Estados buscan mejorar sus niveles de cobertura, sino que como conjunto de acciones, programas y políticas, son temas de la agenda pública mundial en los cuales los países desarrollados resuelven problemáticas y necesidades de sus comunidades, que ellos como médicos en formación no pueden ser la excepción frente a estas acciones.

Ruíz, Rocha, Pérez y Córdoba (2016) plantean por su parte que, a pesar de que en la reglamentación y los objetivos institucionales del Plan Decenal de Salud Pública se plantea la importancia de integrar las diversas concepciones culturales que tienen las comunidades sobre la salud y el sistema de atención público, son en realidad el carácter de la salud y las iniciativas estatales quienes impiden esa integración. Se hace indispensable, por tanto, llevar al estudiante de Medicina a reconocer la importancia de su rol en la salud pública y a verla como

una herramienta que con cada una de sus acciones contribuye de manera valiosa en la transformación de las condiciones de salud de las comunidades.

2.2 Cómo se trabaja la salud pública en Colombia. Reglamentación y enfoques

Para la comprensión de este aspecto es importante explicar que en nuestro país las acciones propias de la salud pública de acuerdo a la Ley 100 de 1993 están disponibles para todos los colombianos, que participan en el sistema de seguridad social en salud, de dos únicas formas:

Como afiliados al régimen contributivo; en este se encuentran todas aquellas personas que cuentan con vinculación laboral en donde su empleador asume un porcentaje de la cotización, o aquellas que tienen capacidad de pago.

Como afiliados al régimen subsidiado; en este se encuentran todas las personas que han sido identificadas por el Estado como beneficiarios de planes de subsidio y que no tienen capacidad de pago, esta identificación se realiza mediante encuesta SISBEN.

Los dos regímenes cubren a sus afiliados en programas de salud y beneficios a través del POS (Plan Obligatorio de Salud), la forma de acceder a él es por medio de la vinculación a una EPS (Empresa Prestadora de Servicios de Salud) la cual el afiliado elige de manera voluntaria, esta entidad es la encargada administrativamente del usuario, quien para recibir los servicios debe tomarlos en una IPS (institución Prestadora de Salud), la cual es contratada por la EPS para tal fin.

Dentro de este sistema operativo de la ley nos encontramos todos los colombianos en el territorio nacional, y pese a que se habla desde la Constitución y desde la misma Ley 100 de equidad e igualdad, existe una figura adicional que son los servicios complementarios y la Medicina prepagada, que es un servicio adicional al que pueden acceder las personas que lo toman con un pago extra, que agiliza la prestación de servicios especializados. En un país como el nuestro, con una gran la brecha social en salud, educación, vivienda y calidad de vida, este tipo de servicios aumentan la inequidad y las diferencias en las condiciones de calidad de vida.

Es precisamente en ese sistema donde nuestros médicos, sin importar su escuela de formación, ejercen la salud pública a partir de cuatro acciones de protección, prevención promoción y restauración en niveles de atención; de esta manera, el individuo, sin importar si es del régimen contributivo o subsidiado, debe moverse surtiendo una serie de trámites que el médico debe comprender.

Al ser de este modo, resulta indispensable para cualquier profesional de la salud conocer el marco normativo de nuestro país en materia de salud, el cual está contemplado en las normas y leyes, que se resume en la Tabla 1.

Tabla 1. Leyes, Normas y Decretos relacionadas con Salud Pública en Colombia

Normatividad	Principales aspectos a considerar
Ley 9 de 1979	Protección del medio ambiente, Suministro de agua, Salud ocupacional, Saneamiento de edificaciones, Alimentos, Drogas, medicamentos cosméticos y similares, Vigilancia y control, Desastres, defunción, traslado de cadáveres, inhumación y exhumación, Artículos de uso doméstico, vigilancia y control, Derechos y Deberes. Esta es la primera Ley en la cual se contemplan todas las disposiciones de control y vigilancia sobre diversos aspectos, agente y acciones que puedan afectar la salud humana, es muy importante para el profesional de la salud comprender que el ejercicio de su profesión, hace parte de un todo y que existen acciones que disponen cuidados especiales para favorecer la salud y la vida.
Ley 100 de 1993	Por la cual se define el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.
Resolución 412 de 2000	Al Ministerio de Salud le corresponde expedir las normas técnicas y administrativas de obligatorio cumplimiento para las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y para las Direcciones Seccionales, distritales y locales de Salud. Que las Administradoras del Régimen Contributivo y Subsidiado tienen la obligatoriedad de prestar todos los planes de beneficios a su población, incentivando las acciones de Promoción y Prevención.
Ley 715 de 2001, artículo 42	Competencias en salud por parte de la Nación. Corresponde a la Nación la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio nacional.
Decreto 955 de 2002	Por el cual se crea la comisión intersectorial de gestión de las estadísticas vitales.
Decreto 3518 de 2006	Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) y se dictan otras disposiciones.
Decreto 2323 de 2006	Tiene por objeto organizar la red nacional de laboratorios y reglamentar su gestión, con el fin de garantizar su adecuado funcionamiento y operación en las líneas estratégicas del laboratorio para la vigilancia en salud pública, la

	gestión de la calidad, la prestación de servicios y la investigación.
Decreto 1098 de 2006	Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia.
Decreto 1011 de 2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Decreto 3039 de 2007	Donde se adopta el Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007-2010, contenido en el documento que forma parte integral del Decreto.
Documento Conpes 3550 de 2008	Se establecen los lineamientos de la Política Integral de Salud Ambiental (PISA) con énfasis en los componentes de calidad del aire, calidad del agua y seguridad química.
Resolución 1998 de 2010	Por medio de la cual se definen los lineamientos para la renovación de la habilitación de los prestadores de servicios de salud.
Decreto 2972 de 2010	Por el cual se crea la Comisión Técnica Nacional Intersectorial de Salud Ambiental y se dictan otras disposiciones”, donde se instrumentaliza esta Comisión con el objeto de coordinar y orientar el diseño, formulación, seguimiento y verificación de la Política Integral de Salud Ambiental (PISA).
Ley 1438 de 2011, artículo 6.	Establece Plan decenal para la salud pública.
Ley 1616 de 2013	Garantizar el derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.

Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018	Definido como “Todos por un nuevo país” (PND), El propósito del Plan Nacional de Desarrollo 2014 - 2018: Todos por un nuevo país, es construir una Colombia en paz, equitativa y educada. Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema en 2024 y reducir la pobreza moderada. Objetivo 2: Reducir las brechas poblacionales en materia de ingresos. Objetivo 3: Reducir las brechas poblacionales y territoriales en la provisión de servicios de calidad en salud, educación, servicios públicos, infraestructura y conectividad. Objetivo 4. Promover el desarrollo económico incluyente del país y sus regiones.
Resolución 1841 de 2013 por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.	El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021 “es una apuesta política por la equidad en salud (Whitehead, 1992), entendida como la “ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales consideradas innecesarias, evitables e injustas”. Esto implica que la equidad en salud se logra cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas. El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, es producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014 y busca la reducción de la inequidad en salud planteando los siguientes objetivos: garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos, mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente manteniendo cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables .Uno de los mayores desafíos del Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, es afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida.
Resolución 1281 de 2014	Por la cual se definen los lineamientos para integrar la información generada por el Observatorio Nacional de Salud.

2.1.3 La promoción y la prevención como aspectos ligados a la salud pública

Para comprender lo que es hoy en día la salud pública podemos abordar el concepto desde Navarro (2002), quien hace un viaje desde el modelo clásico hasta el biólogo, que hace mayor énfasis en las dimensiones biológicas del ser que en las socioculturales, minimizando en estas el poder en la generación de enfermedades y basándose en la enfermedad puntual de las personas, con lo que desconoce el colectivismo higienista del siglo XIX.

Navarro (2002) afirma que la nueva salud pública es un enfoque dentro de esta disciplina que apunta a desarrollar los postulados de la promoción de la salud con estrategias novedosas, producto de las diferentes conferencias internacionales que tienen como eje los determinantes sociales y las intervenciones estatales y de la sociedad civil, así como el desarrollo y la participación comunitaria, que van más allá del enfoque médico biológico y preventivista de la enfermedad, defendiendo la salud y promoviendo la vida. De esta forma, se evidencia que lo que muchos pretenden llamar la nueva salud pública no es más que la implementación de estrategias de atención primaria.

Para conectar la salud pública, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se hace indispensable partir del concepto de Piédrola (1991), quien define la salud Pública como una ciencia y arte que puede organizar y dirigir los esfuerzos grupales para proteger, promover y restaurar la salud de las personas de una comunidad. Al tratarse de ciencia y arte a la vez, podemos comprender la magnitud y la responsabilidad del médico para ejercer la salud pública con pasión y, a la vez, vivirla como ciencia que puede cambiar desde una mirada más utópica la vida de las comunidades.

Como lo refiere Abad (2002), en la presentación que para el texto de su padre “La salud Pública se puede desarrollar desde cualquier profesión”, es el deber

ser del docente acompañar a soñar a sus estudiantes médicos con que vale la pena apostarle a la salud pública.

Para comprender el diseño y la razón de ser del curso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, planteado en esta investigación como estrategia para la enseñanza de uno de los módulos de la asignatura Medicina preventiva, se presentan en la Tabla 2 las actividades de la salud pública, según Navarro (2002).

Tabla 2. Actividades de la salud pública

Actividades de la salud pública	
Protección de la Salud	Son actividades de salud pública dirigidas al control sanitario del medio ambiente en su sentido más amplio, con el control de la contaminación del suelo, agua, aire y de los alimentos. Además se incluye la seguridad en el trabajo y en el transporte.
Promoción de la Salud	Son actividades que intentan fomentar la salud de los individuos y colectividades, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables, mediante intervenciones de educación sanitaria a través de medios de comunicación de masas, en las escuelas y en atención primaria. Así para toda la comunidad que no tienen los recursos necesarios para la salud. La educación sanitaria debe ser complementada con los cambios necesarios en el medio ambiente y en las condiciones sociales y económicas que permitan a los ciudadanos el ejercicio efectivo de los estilos de vida saludables y la participación en la toma de decisiones que afecten a su salud.

Prevención de la Enfermedad	Se basa en intervenciones de prevención primaria, prevención secundaria o detección precoz de enfermedades y de prevención terciaria o de contención y rehabilitación de la secuela dejada por el o los daños de las funciones físicas, psíquicas o sociales. Es una estrategia de atención primaria, que considera al ser humano Desde una perspectiva biopsicosocial relacionando la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social.
Restauración de la Salud	Consiste en todas las actividades que se realizan para recuperar la salud en caso de su pérdida, que son responsabilidad de los servicios de asistencia sanitaria que despliegan sus actividades en 2 niveles: atención primaria y atención hospitalaria.

La Medicina preventiva es entonces la encargada de planeación, diseño y ejecución de actividades que puedan prevenir la aparición de enfermedades, y está a cargo del médico y el equipo interdisciplinario; cumple con la función de complementar la salud pública desde el hacer.

En la experiencia como docente de la asignatura, se ha podido evidenciar cómo para el médico en formación este tipo de actividades son relacionadas con acciones educativas que en su proceso de aprendizaje discipular reconoce como actividades propias de los profesionales de enfermería u otras disciplinas de la salud.

Es importante relacionar la enseñanza de la Medicina con los niveles de complejidad de salud en los que está organizado el sistema que, de acuerdo a La Resolución 5261 (1994), asigna a los profesionales de la salud responsabilidades por nivel de complejidad de los servicios.

Lo anterior significa que los escenarios de práctica, según el Decreto 2376 (2010), son aquellos hospitales donde los estudiantes de Medicina, al igual que los demás estudiantes del área de la salud, bajo la existencia de un Convenio Docencia servicio rotan con médicos ya formados en diferentes especialidades y con diferentes responsabilidades de manera discipular, delegadas en un plan progresivo de delegación de funciones o anexo técnico que debe generar la institución educativa.

Desde la perspectiva de la autora, se hace necesario conocer que para el momento de formación en el cual el estudiante de Medicina de la UAN puede cursar las asignaturas Medicina preventiva y Salud pública, está en noveno semestre, cuando ha realizado previamente rotación por un año en escenarios de práctica específicamente clínicos en los niveles II y III de complejidad, con especialistas que enseñan la Medicina interna y la cirugía general desde la formación discipular, dando respuesta a acciones propias de “restauración de la salud”, sin la posibilidad de comprender que esta es tan solo una y la última de las actividades de la salud pública.

Los niveles de prevención dan respuesta desde su definición a estas mismas actividades descritas por Navarro (2002), como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3. Tipos de prevención

TIPOS DE PREVENCIÓN	
Intervención Preventiva Primaria (IPP)	Es la que se produce antes de que la enfermedad aparezca y está encaminada a proteger a las poblaciones vulnerables frente a aquellos factores que pueden generar la enfermedad. Caso bien conocido de este tipo de intervención es el destinado a inmunizar a la población en contra de ciertas enfermedades contagiosas. La IPP más importante es la consagrada a mejorar las condiciones económicas y sociales de la población y a ofrecerle los instrumentos necesarios para defender y representar mejor sus intereses, así como desarrollar su potencial político.
La Intervención Preventiva Secundaria (IPS)	Está encaminada a intervenir en la fase pre sintomático o silencioso de la enfermedad, y frenar su desarrollo en los momentos iniciales. Las campañas de detección son los ejemplos más característicos de esta intervención
Intervención Preventiva Terciaria (IPT)	Es la que se produce cuando ya el individuo está enfermo y se interviene para reducir el daño, curarlo, rehabilitarlo y atender a sus necesidades de reintegración al entorno del cual procede. Ésta incluye la Medicina curativa, la atención de crónicos y la rehabilitación física, psicológica y social del paciente. Aquí hay que hacer hincapié en que la mayor parte de los recursos se invierten y consumen en la Medicina clínica.

Nuestro modelo de formación médica no le permite al estudiante tener claro desde el inicio de su carrera que la salud pública es una disciplina que da respuesta a las intervenciones médicas desde todas las acciones del ejercicio, es decir, la salud pública se ejecuta en una consulta de detección de alteraciones del embarazo hasta la realización de una cesárea y la intervención en un código rojo.

Para Banta (1972), la atención médica se debe basar en las ciencias biomédicas, al igual que la educación alemana, con cursos básicos en anatomía, fisiología, bioquímica, farmacología, histoembriología, bacteriología y patología. Las escuelas de Medicina deben favorecer la educación en laboratorios y desde la experiencia clínica dentro de hospitales de enseñanza, con cuerpos clínicos propios y permanentes más enfocados a la internación favoreciendo que cada alumno cuente con un número de camas específico.

Así mismo, Banta (1972), en su revisión del modelo Flexneriano, permite comprender por qué las facultades de Medicina aún favorecen en sus estudiantes la dimensión biológica de la enfermedad, basando la atención de los pacientes en la departamentalización del conocimiento y la especialización de la práctica médica.

Este modelo favorece en el estudiante una concepción de la salud que no parte de las acciones ya mencionadas de la salud pública, pues se restringe a su dimensión biológica. Otro efecto de este tipo de formación deriva en que la salud pública, si bien es reconocida como una parte fundamental de la formación del médico, se contempla en los currículos como una asignatura teórica que no logra articular a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como dos de sus cuatro esenciales actividades.

2.2 Acciones de promoción y prevención hoy

Eslava (2002) afirma que para realizar acciones de promoción de la salud no es vital pararse desde un problema como daño o factor de riesgo, lo más importante es identificar situaciones sanitarias deseables. Por esto, llevar a cabo la promoción de la salud no se hace desde el problema, ya sea la morbi-mortalidad o un daño ambiental. La política en salud debe pensar en la

promoción y la prevención desde los factores de riesgo y las condiciones generales que hacen enfermar a la población.

El médico que estamos formando tiene una notoria dificultad para comprender la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad desde la salud pública en un abordaje integral del individuo, pues concibe estas acciones como planes y programas que identifican problemas como el cáncer de cuello uterino o el embarazo adolescente, desconociendo que la salud pública es ejercida por él en todas las prácticas de su formación y en cada una de las actividades que realiza. Al ser así, la salud pública se ejerce cuando hace una consulta resolutive, cuando hace el control de una cirugía, al igual que cuando hace un control prenatal.

Un médico que se forma sin tener en cuenta los factores expuestos que conforman la salud pública, prefiere y concibe la idea fija de que ser médico es realizar la cesárea de una materna que no tuvo ningún control prenatal y se complicó en su parto porque no sabía que podía asistir a dichos controles sin costo alguno, los cuales son indispensables para favorecer el adecuado desarrollo de su embarazo y prevenir un hipertensión arterial secundaria a la gestación. En este caso, una gestante que responde a este patrón, al igual que el médico, desconocen la importancia de pensar en las acciones de la salud pública como la posibilidad de mejorar las condiciones de salud de ella, antes que como la solución al tema del embarazo adolescente.

Peñaranda, Giraldo y equipo (2015) explican cómo se ha desarrollado en los currículos la salud pública, lo cual perpetúa el modelo biológico de aplicación de la Medicina y promueve que la educación de los médicos se realice en “cajones” aislados del conocimiento, en donde el estudiante debe guardar conceptos aislados para después atender en consulta a un individuo integral, que no podrá

tratar a completitud, porque la supraespecialización y fragmentación del conocimiento impartidas desde la academia hacen que ese médico general deba, mediante su modelo de formación, convertirse a su vez en un tramitador de remisiones a especialidades clínicas cada día más específicas.

Es aquí donde debemos, en calidad de escuelas de Medicina, transformar la manera como conceptualizamos y enseñamos la salud pública y sus acciones de protección de la salud, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y restauración de la salud como una sola práctica de la misma Medicina, pues mientras ese discurso no se articule, el médico continuará creyendo que la salud pública es una actividad relacionada con hacer charlas educativas y recomendar vacunación y tomas de citologías de manera aislada a sus pacientes, de manera que no podrá verse como actor indispensable de la salud pública ni vivirla como su mapa de navegación en el ejercicio médico.

2.3 Estrategias educativas que trabajan la promoción y prevención y la salud pública

Para autores como Peñaranda y equipo (2015), la educación está inmersa en la salud pública como algo más que una herramienta, resaltando que no es asunto de la salud pública pensar en la teoría de la educación, donde lo importante es aplicar los conocimientos de salud pública adaptados a la visión disciplinar y que, por lo tanto, se requiere un modelo educativo acorde a ella para enseñarlos.

Debido a esto se plantea como reto de las facultades de Medicina la adaptación de sus planes curriculares, para la formación médica con estrategias pedagógicas y didácticas que favorezcan en el médico la comprensión de la disciplina de la salud pública como ciencia y arte.

De acuerdo con Davó-Blanesa y equipo (2015), la formación médica en pregrado debe ser generalista, ya que es allí donde los estudiantes reciben información sobre políticas de salud, gestión, riesgos sanitarios; antes de que los futuros profesionales piensen en especializarse, la docencia en salud pública debe promocionar en ellos competencias que les permitan comprender y desenvolverse en el lugar donde realizaran su trabajo, que no siempre estará especializado en salud pública.

Los investigadores también plantean que la docencia en salud pública debe buscar establecer vínculos con la realidad laboral de la salud pública, abarcando desde el marco normativo y organizativo de los sistemas de salud hasta el desarrollo de las habilidades para analizar las situaciones de salud de las comunidades, pasando por conceptos como factor de riesgo y enfermedad, con el fin de que el profesional pueda ir más allá del componente biológico de las enfermedades.

2.3.1 Metodologías y estrategias para enseñar la salud pública

Desde esta dimensión las facultades de Medicina han realizado continuos esfuerzos para llevar al médico a la comprensión de la importancia de la salud pública en su ejercicio curricular. En el 2008 la OMS realizó una revisión para la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas a cargo de los doctores; Rosa María Borrell y Charles Godue de la OPS/OMS y del consultor de OPS para estos temas de Educación Médica, Dr. Marcelo García Diéguez, tomando en consideración los aportes de la reunión de Belo Horizonte de julio del 2008, realizada especialmente para la discusión de este tema, donde se consideraron, entre otras, las siguientes particularidades:

2.3.2 Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas

Dentro de los elementos esenciales de un sistema de salud basado en la Atención primaria en Salud está el talento humano, que debe tener los conocimientos y habilidades necesarios para su implementación, acompañados de la capacidad de observar las normas éticas y tratar a las personas con respeto y dignidad. Para lograr tal renovación es necesario que los países generen condiciones para el desarrollo de los recursos humanos buscando favorecer la calidad y el mejoramiento continuo de los equipos multidisciplinarios en salud, así como la promoción de la investigación. Es por esto que la formación del recurso humano para la práctica de estas estrategias se convierte en el tema central de este encuentro de la OMS en el 2008, del cual se explicarán las conclusiones más relevantes a continuación:

- La población (particularidades, hábitos)
- La capacitación de los recursos humanos debe responder a las necesidades de salud y hacerse de forma permanente.
- Deben caracterizarse las capacidades del personal (perfil y competencias) que permitan su ajuste a una labor específica.
- Deben desarrollarse políticas y mecanismos que garanticen las condiciones adecuadas de trabajo y el mejor desempeño del personal de salud.

2.3.3 Sobre los planes de estudio

Se encontró en común en estos planes de estudio que buscan formar un médico general con habilidades en atención primaria, trabajo comunitario, actividades de promoción y prevención a nivel colectivo e individual, en un ciclo clínico en el que tienen cortas intervenciones a nivel extra mural.

2.3.4 En cuanto a la metodología educativa empleada

Se trabaja en pequeños grupos, priorizando tiempo de estudio y buscando el modelo centrado en el estudiante, con las siguientes metodologías:

- Clases
- Tutorías a pequeños grupos
- Trabajos de investigación
- Aprendizaje basado en proyectos
- Entrenamiento de habilidades
- Trabajo de campo
- Estudios de casos
- Clubes de revistas
- Aprendizaje al pie del paciente

Varias de las universidades participantes refirieron que utilizan el “aprendizaje basado en problemas” en grados variables. Como forma de efectivizar este contacto con las prácticas de APS (Atención Primaria en Salud) se consideran estancias prolongadas en servicios de APS o Medicina familiar en el ciclo clínico o en el internado. Las universidades que refieren uso de aprendizaje basado en problemas señalan la inclusión de contenidos relativos a APS en la formulación de los problemas.

Con respecto a esta reunión se puede decir que el programa de Medicina de la UAN utiliza en su mayoría estas metodologías y muchas de estas estrategias para la enseñanza de la asignatura de salud pública, las cuales continúan favoreciendo el aprendizaje de conceptos, que en muchas ocasiones no son

interiorizados por el estudiante. No se trata de un problema desde lo que es en sí la salud pública y sus acciones; la dificultad está entonces en que la salud pública es considerada desde sus inicios como una herramienta educativa que por sí sola cumple con la función de sus actividades.

Es claro para la academia que las estrategias y metodologías para su enseñanza deben ser diversas; sin embargo, la experiencia docente de la asignatura por cerca de siete años muestra que la verdadera dificultad del proceso está en la concepción de lo que es en sí la salud pública para la misma Medicina. Se suma también que, dada la diversidad de términos, la polisemia en el uso de los mismos y su campo de acción multisectorial, la Medicina pública es comúnmente interpretada como un conjunto de charlas y capacitaciones para la atención de las comunidades menos favorecidas, como una respuesta de la falta de cobertura en salud de los diferentes países, con lo que se le resta importancia a los tipos de prevención que se consigue a través de ella, a la educación en salud que implica su verdadera ejecución y en particular a la posibilidad de empoderar a los individuos de la responsabilidad sobre su estado de salud, además de contribuir a cerrar la brecha social de las comunidades.

Para Medrano Alberio (2003) la universidad tiene un papel importante en la formación en salud pública, pues es en ella donde en el ambiente académico se puede generar conocimiento a través de la investigación, en pregrado se sientan bases que motivan hacia la salud pública a los futuros profesionales y en posgrado se posibilita la formación hacia la asesoría.

Las demandas de formación de calidad, reconocida y accesible vienen no solo de los profesionales, sino del mismo sistema de salud. Siendo esta una oportunidad única para la mejora de la salud pública como disciplina, como profesión y como herramienta de salud de la población.

2.3.5 Metodologías para la enseñanza de promoción y prevención Universidad Tecnológica de Pereira

Tabima (2010) explica en su tesis de maestría que los estudiantes del programa de Medicina en la Universidad Tecnológica de Pereira cursan en séptimo semestre la asignatura, Programa de salud II, en la cual se integran los conocimientos de la enfermedad y su abordaje a nivel clínico individual con lo que implica en lo colectivo, con tres créditos en 30 horas teóricas y 54 prácticas. En las horas teóricas se abordan con todo el grupo de estudiantes las siguientes temáticas:

- Perfil de Morbi - mortalidad en Colombia y en la Región
- Taller de análisis de situación de salud
- Salud Pública y programas de salud
- Ciencias auxiliares de la salud pública
- La promoción de la salud en la salud pública
- Problemas de salud. Formulación de problemas de salud
- Priorización de problemas de salud

En clases magistrales introductorias de los temas, búsqueda de información sobre situación de salud y exposiciones, talleres demostrativos y conversatorios, en las prácticas asisten a la Dirección local de salud del municipio, en donde deben identificar el funcionamiento y las acciones que hace la Dirección en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, desarrollando guías de trabajo en un análisis completo del programa de salud pública que deben presentar al final del curso a sus compañeros de asignatura.

En el programa se desarrolla también una segunda guía en la comunidad, a donde se dirigen en grupos de ocho estudiantes con docente asesor y un líder comunitario; allí se priorizan las necesidades en salud y se deben generar estrategias de intervención con apoyo docente.

Como se observa a partir de esta reseña, la forma de llevar a cabo la asignatura en la Universidad Tecnológica de Pereira no es en esencia diferente a la forma como se realiza en el programa de Medicina de la UAN, que, pese a realizar actividades en escenarios diferentes, busca llevar a sus estudiantes a la misma comprensión del concepto de salud pública.

2.3.6 Metodología utilizada en España para la buena praxis de la salud

En España en el libro publicado por el Ministerio de sanidad en el año 2013 se plantean las siguientes estrategias claves para la buena praxis de la salud pública:

Primero se trabaja en formación y capacitación para que los estudiantes tengan la capacidad de llevar a cabo distintos roles y tareas relacionados con la promoción de la salud, así como en los elementos didácticos tanto en pregrado y posgrado, la formación no se aborda desde la sensibilización o la instrucción.

En segundo lugar se promueve la interacción en la materia, donde el estudiante como objeto de aprendizaje trabaja con personas, grupos y comunidades.

En la tercera se plantea la necesidad de coherencia entre las actitudes, habilidades y técnicas para el trabajo en promoción de la salud, tanto en el trabajo cooperativo como en la educación en salud.

Para el Ministerio de sanidad de España no se puede aprender una materia centrada en el “saber ser” y “saber hacer” únicamente desde la teoría. Por esto le dan mayor importancia a las intervenciones de formación centradas en la práctica donde están los profesionales, que promuevan la interacción de estos con los médicos en formación, por esto las clases y las intervenciones de autoaprendizaje o a distancia deben combinar con interacciones basadas en el trabajo cooperativo presencial.

Se pueden identificar las siguientes modalidades:

- Actividades de información y sensibilización: encuentros, jornadas, intercambios de experiencias
- Formación básica: intervenciones generales sobre conceptos, metodología y contenidos globales de las intervenciones de promoción y educación para la salud
- Formación específica: intervenciones monográficas sobre diversas áreas de intervención y/o dirigidas a colectivos específicos
- Formación en servicio o ligada a las intervenciones: actividades de formación y asesoría de los equipos de trabajo en los centros
- Formación con base en proyectos o tareas. La tarea o proyecto se convierte en el vehículo para la adquisición de los objetivos.

Al realizar una revisión y/o comparación de las metodologías puestas en común por la OPS, España y la Universidad Tecnológica de Pereira, se puede decir que las estrategias empleadas tradicionalmente para la enseñanza de la salud pública apuntan a didácticas similares que inicialmente revisan los conceptos, normatividad, acciones, programas y componentes propios de la salud pública, que una vez extrapolados son llevados a la práctica con diferentes experiencias como la intervención con comunidades en la práctica de diseño e

implementación de programas, que a la luz de la academia buscan que el estudiante se acerque a la ejecución de la salud pública, pero que dejan en ese mismo estudiante la sensación de que la salud pública son charlas y capacitaciones comunitarias que no redundan en el cambio de las condiciones de calidad de vida de sus participantes.

2.4 La importancia de trabajar casos prácticos como estrategia pedagógica

Según Raigosa (2103) el profesional de la salud, en especial el médico, debe comprender su papel en el proceso de toma de decisiones en la política y la gestión en salud pública y debe contar también con la capacidad de analizar específicamente la verdadera dimensión de estas decisiones. Es igualmente indispensable que el médico desde su formación comprenda que la salud pública es un tema que va más allá de la consulta o de una intervención y que pueda verlo como una herramienta política que contribuye a la calidad de vida de una comunidad en un territorio específico:

Deberíamos los médicos, y en general todas las personas que trabajan por la salud del país, ubicarnos sin resistir en el nivel de salud en que nos necesiten y trabajar independientemente de nuestro sitio de trabajo, en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la curación y rehabilitación en salud de la gente. Todos los médicos independientemente de su especialidad y de su cargo deberían trabajar por la salud pública. Los colombianos privilegiados independientemente del oficio que desempeñemos, tenemos una obligación moral, y es trabajar sin descanso por la salud y el bienestar de nuestro país pero siempre priorizando al más pobre y al más olvidado (Abad, 2012, p.18).

La cátedra en salud pública debe ayudar al estudiante de Medicina a ver en su formación que esta disciplina se encuentra presente en cada una de sus actividades clínicas y especializadas; el médico pone en práctica la salud pública con la educación que debe hacer a su paciente sobre la enfermedad.

Dado que los currículos en salud pública hacen un amplio abordaje de leyes, decretos, artículos y normas relacionados con la forma de llevar a la práctica dichos planes de salud, es importante favorecer metodologías que lleven al estudiante a la comprensión de lo que es la salud pública en realidad, a través de sus cuatro acciones: protección, promoción, prevención y restitución de la salud.

Asimismo, la autora, en su rol de coordinadora de prácticas clínicas de la facultad de Medicina de la UAN, ha encontrado que es evidente la dificultad que tiene el estudiante de Medicina para hacer la articulación de los contenidos normativos, políticos y teóricos en salud pública con la puesta en práctica de los mismos en sus rotaciones clínicas, las cuales desarrolla en diferentes escenarios hospitalarios de la red pública de Bogotá.

Es en esos servicios donde los pacientes pueden esperar entre cuatro y seis horas para ser valorados por un médico de urgencias, como pacientes desconocen el funcionamiento del sistema de salud del País en el que viven, siendo una responsabilidad del profesional de la salud a través de las acciones de la salud pública educar a sus pacientes para hacer uso adecuado y racional del sistema de salud. Por medio de charlas educativas, a través de sus consultas y en la forma de brindar sus recomendaciones garantizando la comprensión de los pacientes de cómo funciona el sistema de salud.

Para Ospina (2011) el problema de la enseñanza de la Medicina no se queda aquí, pues, además de la distancia entre la teoría y la práctica, y pese a la importante cantidad de tiempo invertida en la formación clínica los estudiantes en rotación, se enfrentan a un Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual normativamente y desde lo legal es el garante del cumplimiento de las políticas para la atención de los usuarios, que puede perjudicar al médico en su formación, ya que no fomenta el desarrollo adecuado de competencias del médico de acuerdo al perfil epidemiológico del territorio.

Vale la pena revisar si el aprendizaje de esas actividades prácticas promueve en los estudiantes los aprendizajes duraderos, que favorecerán la efectividad de acciones a futuro. Es pertinente tener en cuenta además que, como dice Ospina (2011), puede ser esa polisemia en la enseñanza de la Medicina la responsable de la mala relación que tiene el médico con la salud pública, pues lamentablemente para nosotros como seres eminentemente políticos, la política sigue siendo una práctica a la cual miramos con total desconfianza.

Después de revisar la salud pública desde algunos puntos de vista diferenciadores, es posible comprender y, por qué no, justificar que la concepción de la misma, sea relacionada con leyes, decretos y normas, que si bien son las que la fundamentan, son su ejecución y su práctica las que deberían ser materia de estudio del médico como herramientas facilitadoras de estilos de vida saludables para cualquier comunidad.

2.4 La estrategia de casos de prácticos para la enseñanza de la salud pública

Una vez revisados los contenidos temáticos de las asignaturas salud pública y Medicina preventiva, así como la comprensión de la necesidad de que estos temas puedan tener un orden lógico y práctico para el médico en formación, me permitiré compartir lo que dicen reconocidos autores de los casos de estudio (casos prácticos) para la enseñanza.

Para Colbert y Desberg (1996) los casos de estudio son métodos pedagógicos activos en los que el estudiante, desde una descripción clara de problemas reales, pone en práctica criterios, conceptos, decisiones y teorías en su resolución. Esta definición aplica para la enseñanza de normas, leyes, decretos, programas y políticas en la asignatura salud pública, lo cual favorece el uso de esos conceptos en la solución de un problema real.

Según Wasserman (1994), los casos son instrumentos educativos complejos en forma de narrativa, que incluyen información y datos de todo tipo, se construyen en torno a problemas significativos relacionados con un asunto que requiera un examen serio y a profundidad.

Scardamalia y Bereiter (1999) plantean que la función principal de la educación debería ser la construcción de conocimientos colectivos mediante el aprendizaje basado en problemas y en proyectos. El uso de casos de estudio en el aula como estrategia didáctica puede favorecer en los estudiantes de Medicina de la UAN cumplir con esa función de la educación.

De otro lado, Mendoza (2003) considera que la técnica de estudio de casos es idónea para superar deficiencias de la enseñanza, pues permite relacionar la

teoría con la práctica de manera objetiva, con la participación activa, la toma de decisiones y el uso de la imaginación, además de favorecer la interacción del docente y sus estudiantes en la aplicación de conocimientos.

Puede afirmarse entonces que el uso de esta estrategia favorecerá en los estudiantes el desarrollo de habilidades de análisis y aplicación de las normas, leyes, decretos y políticas que enmarcan la salud en nuestro país, acercándolo a un plano práctico y objetivo, a través de la solución de problemas cotidianos de sus pacientes en el sistema de salud. La resolución de un caso práctico es a todas luces una oportunidad de llegar al aprendizaje significativo, pues los casos de estudio buscan que quienes participan en su resolución, se involucren en ellos.

2.5 Aprendizaje significativo

El origen de la Teoría del aprendizaje significativo está en el interés que tiene Ausubel por conocer y explicar las condiciones y propiedades del aprendizaje, que se pueden relacionar con formas efectivas y eficaces de provocar de manera deliberada cambios cognitivos estables, susceptibles de dotar de significado individual y social (Díaz Barriga Arceo, 2003).

Según (Ausubel, 1997) el factor más importante que influencia el aprendizaje es lo que ya sabe el alumno, esto quiere decir que en el proceso educativo, es necesario considerar lo que ya sabe el individuo para que se establezca la relación con lo que deba aprender.

Esto solo tiene lugar si el alumno tiene conceptos definidos que puedan interactuar con la nueva información. El aprendizaje significativo sucede al lograr

la conexión entre la nueva información con un concepto relevante pre existente en el sujeto, haciendo que las nuevas ideas sean aprendidas significativamente cuando las previas están claras y disponibles en el sujeto logrando anclarse en él.

Desde este punto de vista es interesante conocer y explicar cómo se da el aprendizaje en el grupo de estudiantes de la asignatura a través de la resolución estudios de caso, revisando si esta estrategia los acerca o no al aprendizaje significativo.

De acuerdo con Díaz Barriga Arceo (2003), la construcción de conocimiento es un proceso de elaboración, pues es el estudiante quien selecciona, organiza y transforma la información nueva y previa. Es el estudiante quien le da un significado real a los contenidos a través de la representación mental que hace de ellos hasta llegar a una teoría.

La experiencia como docentes universitarios nos lleva a concordar con el concepto de Díaz, ya que también creo que la construcción del conocimiento depende en gran medida del significado que le da el alumno a los contenidos, por esto espero lograr con ayuda de esta estrategia que mis estudiantes lleguen a la construcción de su teoría de la salud pública.

Si se tiene en cuenta que el aprendizaje significativo es construido por el sujeto y que es duradero para sí mismo, las asignaturas de Salud Pública y Medicina Preventiva, propias del plan de estudios de Medicina, no deberían ser la excepción en cuanto a lo que pretenden durante su enseñanza; del mismo modo, deberían estar diseñadas de manera tal que favorezcan en el médico en formación la adquisición de ese aprendizaje, lo cual podría redundar en beneficios para los pacientes a futuro y la población en general.

Ballester (2002), por su parte, refiere que el alumnado tiene una capacidad inagotable de crear, por lo que es necesario utilizar el potencial enorme de la persona; la teoría del aprendizaje significativo viene precisamente a potenciar esta cualidad humana. Los materiales, los recursos diversificados y atractivos son una fuente potente de motivación y potencian el interés por aprender.

Desde esta perspectiva, los casos de estudio promueven la construcción de aprendizajes duraderos en los individuos, favoreciendo y estimulando en cada uno de los individuos la apropiación del conocimiento, respetando particularidades, intereses, conceptos previos y habilidades, además de ser materiales que pueden promover en los estudiantes el interés por aprender.

La formación en las facultades de Medicina se apropia de situaciones problemáticas, como es el caso en los semestres básicos de la enseñanza de la semiología; sin embargo, en el momento en que el estudiante inicia su proceso práctico con pacientes reales, la estrategia pierde validez y la academia incurre en métodos que en ocasiones también agotan al paciente, que debe repetir su información básica muchas veces, así como sus dolencias y preocupaciones.

En el caso de la salud pública, los estudiantes asumen la responsabilidad de llevar a cabo una práctica comunitaria y unas clases teóricas que no logran articularse para el ejercicio médico y no generan experiencias de aprendizaje duraderas en los estudiantes.

Los casos de estudio pueden cambiar la forma en la que los estudiantes viven el aprendizaje de esta asignatura, porque pueden mostrarles cómo ese contenido normativo es puesto en pro de una población y cómo ellos en su rol médico son los encargados de hacer la conexión.

Esta metodología podría facilitar a los estudiantes que apliquen una serie de normas, decretos y políticas en situaciones reales, donde la resolución de problemas de salud va más allá de un diagnóstico y la formulación de medicamentos, pues es de conocimiento público que la situación de salud en nuestro país va cada vez más encaminada a lo resolutivo, donde el profesional médico debe remitir su práctica a una consulta de veinte minutos que busca solucionar motivos de consulta en la inmediatez y no aborda aspectos determinantes y calidad de vida, que están descritos y documentados en las políticas públicas, pero que por su pobre reconocimiento obligan al médico a ejercer acciones que no resuelven los problemas reales de sus pacientes y que, antes bien, pueden ir en detrimento de la salud.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

Esta investigación es, por un lado, de corte cualitativo, porque se indaga sobre los conceptos que un grupo de sujetos tiene de salud pública, promoción de la salud y prevención de la enfermedad un grupo de sujetos, que una vez mediados y trabajados en clase bajo la estrategia de solución de casos prácticos serán nuevamente revisados y descritos por la autora.

La investigación es también cuantitativa, pues además de describir esta experiencia se pretende medir mediante la aplicación de un pre test y post test de concepciones, que serán codificados en ATLAS.ti y cuantificados qué tanto cambiaron esos conceptos en los participantes después de haber culminado el curso. Se refuerza el carácter cualitativo de la investigación en el reconocimiento de la subjetividad de los participantes como parte de un proceso de indagación, al tener presente que son sujetos que cuentan con una postura frente a las actividades propuestas.

La investigación no debe ignorar la comunicación entre el investigador y el investigado, además de que en ella se podrán encontrar hallazgos de una realidad social cambiante, desde el trabajo en el aula y durante la implementación de un curso a través de la solución de casos. En consecuencia, se diseñan:

- Pre test y pos test de concepciones sobre salud pública, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

- Pre test y un pos test de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de selección múltiple con única respuesta.
- Test de satisfacción del curso.
- Diseño del curso.
- Casos prácticos para mediación del curso, en los que se abordan como temáticas principales los programas de promoción y prevención, buscando identificar el rol del médico en las acciones dirigidas a niños de 0 a 5 años, se busca también que el estudiante perciba la discapacidad como una condición de vida, antes que como patología y en cuanto a mortalidad materna, se quiere identificar si el médico en formación tiene claro su quehacer en la prevención de la morbi-mortalidad materno perinatal.

Estos casos fueron diseñados en el periodo 2016-2 y sometidos a revisión de contenido por una investigadora de la Facultad de Medicina con doctorado en salud pública. Los casos son resueltos por los estudiantes en grupos de trabajo conformados por ellos mismos, después de haber diligenciado los cuestionarios de concepciones y los pre test de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y de la participación en las sesiones del curso donde se desarrollaron, con diferentes metodologías, los conceptos base para la resolución de los mismos en el periodo 2017-1. Una vez culminado el curso se aplican de nuevo los instrumentos de selección múltiple y concepciones aplicados en la primera sesión y el test de satisfacción.

Los objetivos propuestos en esta investigación fueron:

Objetivo general

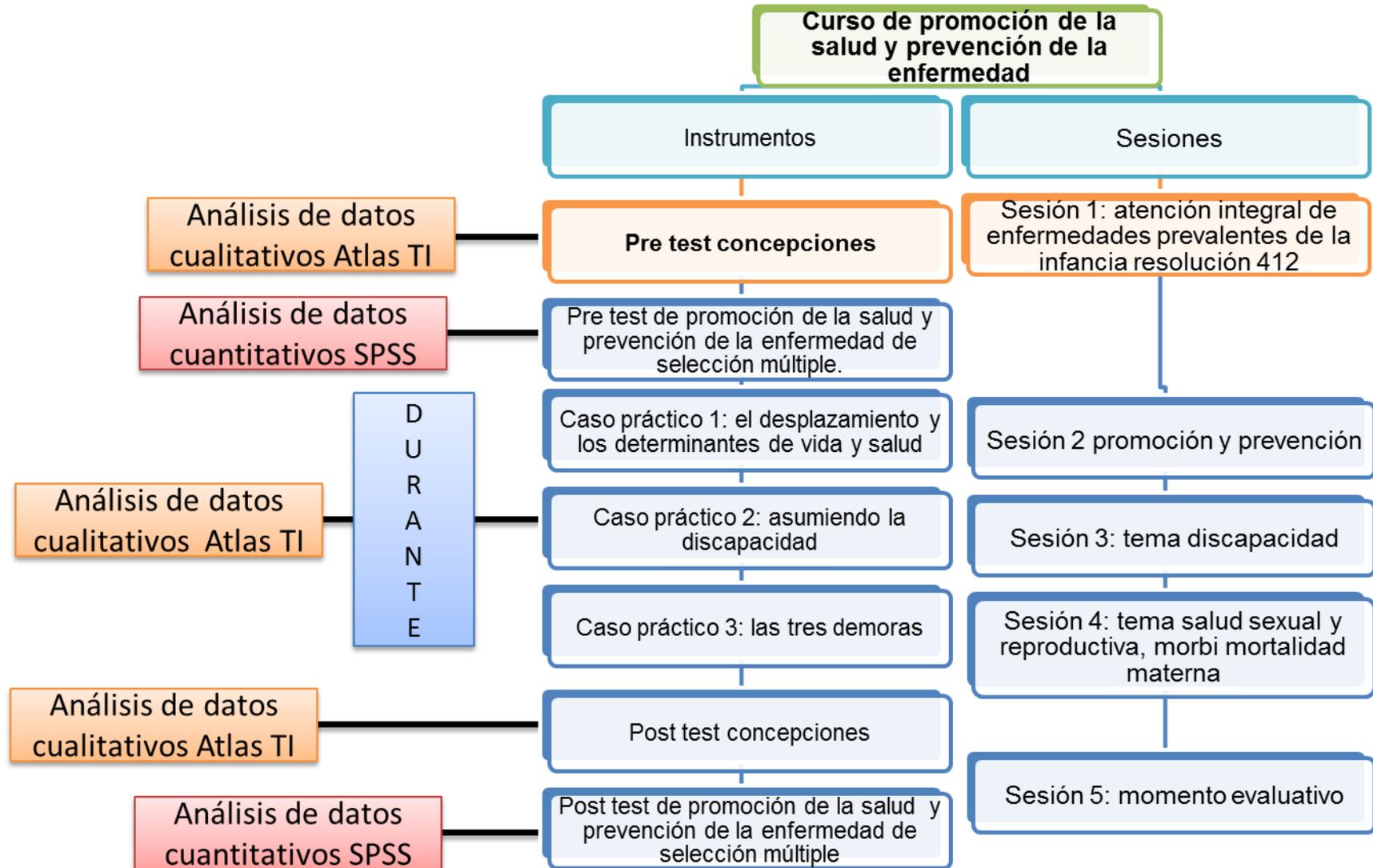
Evaluar el efecto en el aprendizaje de los estudiantes de Medicina de noveno semestre de la Universidad Antonio Nariño tras el desarrollo del curso de promoción y prevención en el que se trabajan temas de salud pública.

Objetivos específicos

1. Diseñar y aplicar una estrategia de formación didáctica para trabajar con estudiantes de Medicina de noveno semestre de la UAN, desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la salud pública, problemas de la comunidad.
2. Analizar los casos prácticos trabajados durante el curso de promoción y prevención de los estudiantes de Medicina de la UAN con los que trabajan temas de salud pública.
3. Diagnosticar las concepciones de los estudiantes de Medicina de la UAN de noveno semestre sobre la salud pública, promoción de la salud y prevención de la enfermedad antes (pre test) del desarrollo del curso.
4. Establecer las concepciones de los estudiantes de Medicina de la UAN de noveno semestre sobre la salud pública, promoción de la salud y prevención de la enfermedad después (pos test) del desarrollo del curso.

Esta intervención ha sido denominada “Diseño e implementación del curso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad”. El proceso metodológico se describe en la Ilustración 1, en la que se ve organizado el curso en cinco sesiones.

Ilustración 1 Diseño del curso



3.1. Participantes

Los participantes de esta investigación son 38 estudiantes de noveno semestre del programa de Medicina de la UAN que cursan la asignatura Medicina Preventiva, de ellos, 21 (55,26 %) son mujeres y 17 (44,73 %) hombres, sus edades oscilan entre los 20 y 36 años, pertenecen a los estratos socio económicos 2, 3 y 4, que dependen económicamente en su mayoría de sus padres de familia.

En la tabla 4 se encuentra la distribución de los 38 estudiantes del curso que tienen inscrita en su carga académica la asignatura Medicina preventiva del programa de Medicina de la Facultad Antonio Nariño, en el periodo 2017-I. Estos grupos fueron organizados de manera voluntaria por los estudiantes con la indicación de la docente de que deberían ser de 5 a 6 participantes y que además deberían trabajar en el mismo grupo en cada una de las tres sesiones.

Tabla 4. Distribución y características de los grupos

No.	GÉNERO	EDAD	SEUDÓNIMO	GRUPO
1	F	22	YIM	A
2	F	23	BRO	
3	F	23	LAG	
4	F	23	XIF	
5	F	23	ESP	
6	F	22	NAS	B
7	F	N	YEG	
8	F	N	VIM	
9	F	22	DIP	
10	M	23	EDI	
11	M	24	AUS	C
12	M	22	MIV	
13	M	24	STIV	
14	M	23	HER	

15	M	23	JAF	
16	M	25	JUC	
17	M	21	JUR	
18	M	21	ENF	D
19	F	21	CAV	
20	F	26	LAM	
21	M	23	SET	
22	M	23	JOA	
23	F	23	CAR	
24	F	26	LOC	E
25	F	20	LAU	
26	F	27	PEF	
27	M	23	GOA	
28	M	20	CAM	
29	F	23	ISI	F
30	F	23	VAM	
31	M	30	DOR	
32	F	22	EUL	
33	M	23	JUD	
34	F	24	JUA	G
35	M	22	BET	
36	M	36	GIS	
37	F	21	MAR	
38	F	24	MEL	

3.2 Recolección de datos por medio de aplicación de pre test de promoción y prevención selección múltiple

Los 38 participantes resolverán el test de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (anexo 1); este es un instrumento de 15 preguntas en el cual se definen en modalidad de pregunta de selección múltiple con única opción de respuesta los conceptos básicos y claves para la comprensión de la asignatura y el desarrollo de los casos prácticos, con el fin de identificar tales concepciones de manera previa. Se aplicará antes del desarrollo del curso y posterior al mismo, se presenta en la sesión de resultados.

3.3 Recolección de datos por medio de aplicación de pre test de concepciones

Los 38 participantes resolverán el test de concepciones (anexo 2), se trata de un instrumento en el que los participantes deben definir los conceptos de salud pública, promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Se presentará en la sesión de resultados.

3.4 Recolección de datos por medio de aplicación de casos prácticos en grupos

Los 38 estudiantes, mediante discusión y solución en grupos de trabajo de 5 o 6 participantes, desarrollaran tres casos prácticos (cuadro 1) diseñados para esta investigación, en los cuales se incluyó la apropiación de conceptos claves de salud pública que debe tener el médico en formación para su ejercicio; los casos se desarrollan en sesiones de cuatro horas en las que, previo a la solución del caso, la docente media con el grupo de estudiantes una serie de contenidos con diferentes metodologías.

3.5 Recolección de datos por medio de test de satisfacción

Al finalizar el curso los 38 estudiantes resolverán este test (anexo 3), con 11 ítems, el cual tiene las siguientes opciones de respuesta: Califique cada aspecto entre 1 y 5; donde 5 es totalmente de acuerdo, 4 de acuerdo, 3 aceptable, 2 en desacuerdo y 1 totalmente en desacuerdo, el cual se presenta en los resultados.

3.6 Diseño del curso

En el cuadro 1 se podrá ver cómo la autora diseñó el curso compuesto por cinco sesiones, de las cuales contienen los siguientes elementos: título, objetivo, duración, intención de la actividad y desarrollo. En este apartado también se encuentran cada uno de los casos prácticos con las preguntas orientadoras, diseñados como elemento didáctico del curso, los cuales fueron planteados buscando afianzar los conceptos de la asignatura, de la siguiente manera:

Caso práctico 1: El Desplazamiento y los determinantes de vida y salud, busca que el estudiante de Medicina tenga claro el rol del médico en la atención desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad a niños de 0 a 5 años.

Caso práctico 2: Asumiendo la discapacidad, busca que el estudiante de Medicina tenga claro el concepto de discapacidad como una condición de vida y no como una patología.

Caso práctico 3: Las tres demoras, busca que el estudiante de Medicina tenga claro su quehacer en la prevención de la morbi mortalidad materno peri natal.

Cuadro 1. Curso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad

CURSO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD
Universidad Antonio Nariño
Programa Medicina
Asignatura Medicina Preventiva
Duración 20 horas
Sesiones: 5, de 4 horas cada una
Docente Andrea Betancourt Bernal
Objetivo: favorecer en los estudiantes la aplicación de los conceptos del curso a través de la aplicación de casos prácticos.

LOGROS
<input type="checkbox"/> Reconocer cuál es el rol del médico en los programas y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad frente al paciente y a la comunidad.
<input type="checkbox"/> Reconocer cuáles son las acciones médicas que favorecen la disminución de la morbi mortalidad materna perinatal.
<input type="checkbox"/> Reconocer la discapacidad como una condición y no como una patología
Sesión 1. Acercamiento estrategia AIEPI
Objetivo: conocer y analizar Resolución 412 de 2000 y estrategia. AIEPI
Duración 4 horas
Se realizará taller de lectura de la resolución en grupos de cinco personas, posterior a la lectura se trabajará mediante mesa redonda con participaciones individuales, donde se busca guiar a los estudiantes al reconocimiento de la importancia de conocer esta norma. Se socializará con los estudiantes la estrategia (AIEPI), Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia, con su componente clínico, mediante video (referencia y contrarreferencia en la estrategia AIEPI), posterior a esto se trabajará en grupos de lectura taller de historia clínica AIEPI, en plenaria se discutirán las percepciones, concepciones y necesidades de los estudiantes para poder aplicar la historia clínica con los pacientes en las sesiones prácticas.
Intención de la actividad
Dar a conocer al grupo la estrategia AIEPI y la Resolución 412 de 2000, así como su importancia en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, fortaleciendo el reconocimiento del rol del médico en ella.
Desarrollo de la actividad
A) Al principio de la actividad se aplica pre test en el Cuestionario 1 a cada uno de los integrantes del grupo, posterior a esto se entrega la Resolución 412 a cada uno de los grupos, la cual deben leer; después se realiza discusión con todos los grupos de los principales temas de la resolución.

B) En un segundo momento se revisa mediante video de referencia y contrarreferencia en la estrategia AIEPI, (Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia) que permite reconocer de manera clara, puntual y sencilla el rol de un médico en la estrategia; este video es comentado con el grupo, dejando que manifiesten lo que sienten con respecto al mismo. Se busca llevarlos a la reflexión de que el tiempo de consulta no es una limitación para la realización de actividades educativas por parte del médico.

C) En un tercer momento se revisa detalladamente la Historia clínica de AIEPI de 0 a 5 años para poder poner en un ejercicio puntual y práctico el objetivo de la estrategia y la forma en que será aplicada esta historia clínica por los estudiantes en los diferentes escenarios de práctica.

Sesión 2: Aplicación de Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Objetivo: conocer los programas y actividades de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en Colombia.

Duración: 4 horas

Para el desarrollo de esta sesión se revisarán y discutirán con apoyo de presentaciones audiovisuales, debate y narración de experiencias de los estudiantes las diferentes actividades y programas que se realizan en el territorio nacional, haciendo énfasis en la importancia del rol del médico en cada uno de ellos y cómo aportan a mejorar las condiciones de salud de sus habitantes. Se presentará caso práctico sobre el tema a los estudiantes en grupos de no más de cinco personas, el cual leerán y deberán establecer: ¿Qué saben? ¿Qué no saben? ¿Qué cosas necesitan saber para la resolución del caso? Una vez esta información sea clara para todos los participantes, se les orientará sobre fuentes donde consultar información y deberán desarrollar el caso en una hora, posterior a esto se discutirán las diferentes soluciones de los grupos en el aula de clase.

Caso práctico 1: El Desplazamiento y los determinantes de vida y salud

Martha es una mujer cabeza de familia que llegó a Bogotá con sus dos hijos gemelos de 3 años, desplazada por la violencia de Yopal Casanare y tiene claro que no puede volver a su parcela, pues un día un grupo armado le dejó claro que por tener dos hijos con un militante del grupo contrario, ella y sus hijos no podían seguir viviendo en el campo y que si quería seguir con vida debía dejar su casa y sus cosas.

Martha, como otros tantos miles de colombianos, decidió partir para Bogotá, donde tiene una prima llamada Bertha que vive en un inquilinato en el barrio Fontibón. Esta prima tiene cuatro hijos y con su compañero trabajan en reciclaje y así garantizan el sustento de la familia.

Bertha recibió a su prima y a sus hijos en su habitación como un mecanismo de ayuda para preservar su vida, pero fue muy clara en decirle que era imposible ayudarle económicamente, ella tendría que llegar a trabajar en lo que pudiera y pagar su propia habitación en el inquilinato. Con el paso de los días, Martha comenzó por llevar a sus hijos al mismo jardín infantil donde Bertha llevó a los suyos cuando estaban pequeños, el jardín dio el ingreso a los niños sin problema con el compromiso de la madre de que debía afiliarlos y demostrar mediante documento estar inscrita a algún sistema de salud, así como adjuntar carnet de vacunación y certificados médicos en un plazo no menor a un mes.

Martha empezó a trabajar con su prima y su esposo en actividades de reciclaje, ya lleva seis meses en la ciudad y consigue lo necesario para garantizar el techo y la comida de ella y sus hijos, hace más de tres meses tiene dolor en las articulaciones, inflamación y deformación de las mismas, frente a lo cual compra analgésicos y los toma de acuerdo a la tolerancia al dolor.

En el último mes, Martha tuvo que recoger en tres ocasiones a uno de sus hijos en el jardín, debido a que presenta fiebre y tos; lo llevó a casa, le hizo remedios caseros y lo volvió a llevar al jardín, en donde no se lo recibieron manifestando que debía llevarlo a consulta médica porque el cuadro del niño ya completaba varias semanas y tampoco se habían allegado al jardín los documentos solicitados al ingreso.

Frente al caso responda:

¿Qué determina la ley en cuanto a la atención en salud para niños de 0 a 5 años?
¿Quién es el responsable de garantizar los derechos en lo relacionado con la atención en salud de Marta y sus hijos?
¿Qué debe hacer Marta para garantizar el acceso a los servicios de salud de ella y sus hijos?
¿Qué sectores deben realizar acciones para favorecer la garantía de los derechos de los niños menores de 5 años y como pueden hacerlo?
¿Qué puede hacer usted como médico para favorecer la atención de pacientes sin aseguramiento?
¿Por qué las enfermedades prevalentes de la infancia deben considerarse un problema de salud pública?
Intención de la actividad
Aplicar los conocimientos adquiridos en la sesión de Promoción y prevención de la asignatura Medicina preventiva, con el fin de favorecer la apropiación de las normas, decretos, leyes y lineamientos que involucran la atención primaria en salud en el territorio nacional y que debe conocer el médico para favorecer el acceso y la atención adecuada de las personas en los primeros niveles de atención.
Desarrollo de la actividad
A) Al principio de la actividad se revisarán los programas y actividades realizados en Colombia de acuerdo a la Resolución 412 de 2000, se discutirán experiencias de participación en dichos programas de cada uno de los estudiantes en sus diferentes escenarios de práctica.
B) Se realizará lectura del caso en grupos de cinco personas y, una vez esté revisado, el grupo debe definir qué contenidos de la clase le sirven para resolverlo y qué temas adicionales debe revisar; tras discutir estos aspectos con su grupo, se desarrollará el caso (1 h), posterior a esto cada grupo compartirá sus respuestas en plenaria (1 h).
C) En un tercer momento se realizará relatoría de las conclusiones de la totalidad

del grupo frente a cada una de las preguntas.

Sesión 3: Conociendo la discapacidad

Objetivo: conocer las políticas, planes y programas que definen la discapacidad como una condición. Aplicar la CIF, como herramienta del médico.

Duración: 4 horas

Para el desarrollo de esta sesión se revisarán, con apoyo de presentaciones audiovisuales, debate y narración de experiencias de los estudiantes las diferentes programas políticas y actividades que se realizan en el territorio nacional que incluyen a las personas en condición de discapacidad, haciendo énfasis en la importancia del rol del médico en cada uno de ellos y cómo aportan a mejorar las condiciones de salud de sus habitantes. Se presentará caso práctico sobre el tema a los estudiantes en grupos de no más de cinco personas, el cual leerán y deberán establecer: ¿Qué saben?, ¿Qué no saben? ¿Qué cosas necesitan saber para la resolución del caso? Una vez esta información sea clara para todos los participantes, se les orientará sobre fuentes donde consultar información y deberán desarrollar el caso, en una hora, posterior a esto se discutirán las diferentes soluciones de los grupos en el aula de clase.

Caso práctico 2: Asumiendo la discapacidad

Pablo es un joven de 16 años que está terminando su grado 11 en un colegio privado de Bogotá, además de la excursión de último año, él y algunos de sus compañeros realizarán un viaje a Melgar el fin de semana antes de la excursión.

Pablo es el mayor de tres hermanos hombres, hijo de un matrimonio funcional y con amplias expectativas de sus padres por el inicio de Pablo a la educación superior en un programa de Fisioterapia.

El día del viaje llegó, Pablo y sus compañeros se fueron a Melgar en el carro de uno de ellos, de regreso una tractomula cerró el vehículo y lo lanzó por un abismo; horas después llegaron los bomberos y ambulancias, que encontraron muertos a tres de los ocupantes del carro y a Pablo en estado crítico, este fue trasladado a una reconocida clínica de Bogotá, donde recibió toda la atención médica necesaria.

Ya en la clínica y posterior a varias intervenciones quirúrgicas, la familia de Pablo se enteró de su diagnóstico: paraplejía irreversible, lo que claramente cambiaba por completo la vida de Pablo y su familia. Su estancia hospitalaria fue de un mes, entre cirugías, exámenes y rehabilitación, sin que este proceso cambiara el diagnóstico inicial y poniendo de cara al paciente y a su familia con una nueva realidad. Pablo ahora era una persona en condición de discapacidad y debía empezar a asumir su vida de esta manera.

Lo primero que hicieron como familia fue empezar a buscar apoyo psicológico para Pablo, quien asumió su nueva condición con entereza, compraron una silla de ruedas cómoda, moderna y con todas las adaptaciones para empezar a verla como la nueva compañera de Pablo, se mudaron de domicilio, pues vivían en un edificio sin ascensor, y compraron algunas ayudas técnicas que le garantizaban a Pablo tener algo de independencia.

La familia contaba con recursos económicos y esto facilitó en gran manera el proceso de rehabilitación de Pablo, quien tenía claro que ya no podría estudiar Fisioterapia, pero presentó pruebas y realizó proceso de admisión en la misma universidad donde había sido aceptado días antes del accidente para el programa de fonoaudiología, en donde fue aceptado. Su familia pudo proveerle un vehículo adaptado para los desplazamientos y la facultad cuenta con disposiciones arquitectónicas que favorecen la inclusión de usuarios de sillas de ruedas.

Con el pasar de los semestres Pablo, además de estudiar en la facultad, se vinculó en un grupo deportivo de baloncesto en silla de ruedas, en donde empezó a escalar competitivamente y con el cual en la actualidad participa en competencias internacionales, es fonoaudiólogo graduado desde el año 2000 y un ejemplo importante en su comunidad con respecto a la inclusión y la aceptación del al diferencia.

Frente al caso responda:

Recuerde tener argumentos para cada respuesta

¿Por qué la discapacidad es un problema de salud pública?

Desde la prevención y promoción, ¿cómo debe actuar el médico para favorecer que la discapacidad sea un tema de las agendas públicas?

¿Cuál es el papel del médico en el equipo interdisciplinario frente a la discapacidad?

¿Cómo explicaría a la familia la condición de este paciente, una vez culmina la atención médica y se va a dar el egreso hospitalario después del accidente?

Intención de la actividad

Aplicar los conocimientos adquiridos en la sesión de Discapacidad en la asignatura Medicina preventiva, con el fin de favorecer la apropiación de las normas, decretos, leyes y lineamientos que involucran la discapacidad en el territorio nacional y que debe conocer el médico, para garantizar la atención adecuada de las personas en condición de discapacidad y de sus familias.

Desarrollo de la actividad

A) Al principio de la actividad se revisarán en plenaria los programas y actividades realizados en Colombia de acuerdo a las políticas estatales y públicas sobre lo que es la discapacidad y su manejo.

Se trabajara con la CIF, lo cual reforzará el concepto de discapacidad como una condición y no como una patología.

B) Se realizará lectura del caso en grupos de cinco personas y una vez esté revisado, el grupo debe definir qué contenidos de la clase le sirven para resolverlo y qué temas adicionales debe revisar; una vez se discuta estos aspectos con su grupo, se desarrollará el caso (1 h), posterior a esto cada grupo compartirá sus respuestas en plenaria (1 h).

C) En un tercer momento se realizará relatoría de las conclusiones de la totalidad del grupo frente a cada una de las preguntas.

Sesión 4: La importancia del médico en las condiciones de vida y salud de la gestante

Objetivo: conocer y aplicar las políticas, planes y programas que enmarcan la atención en salud de las gestantes en Colombia.

Duración: 4 horas

Se revisarán y discutirán los conceptos básicos de programas, políticas y actividades para la atención de las gestantes, políticas de salud sexual y reproductiva y plan de choque para la morbi mortalidad materna peri natal. Para el desarrollo de esta sesión se revisarán con apoyo de presentaciones audiovisuales, debate y narración de experiencias de los estudiantes las diferentes actividades y programas que se realizan en el territorio nacional, haciendo énfasis en la importancia del rol del médico en cada uno de ellos y cómo aportan a mejorar las condiciones de salud de sus habitantes. Se presentará caso práctico sobre el tema a los estudiantes en grupos de no más de cinco personas, el cual leerán y deberán establecer: ¿Qué saben?, ¿Qué no saben? y ¿qué cosas necesitan saber para la resolución del caso? Una vez que esta información sea clara para todos los participantes, se les orientará sobre fuentes donde consultar información y deberán desarrollar el caso en una hora; posterior a esto se discutirán las diferentes soluciones de los grupos en el aula de clase.

Caso práctico 3: Las tres demoras

Al hospital de segundo nivel de atención de Quibdó llega adolescente de 14 años con síntomas de dolor abdominal tipo cólico, diciendo que no podía respirar, la niña llega en compañía de la madre, una mujer de 35 años que se ve preocupada por la situación, quien dice que cree que la menor se encuentra en embarazo, pues hace más de cuatro meses no le llega la regla. La adolescente niega estar en embarazo al médico del TRIAGE. Una vez la paciente es valorada, el médico ordena una prueba de embarazo, a lo que la menor se niega refiriendo que no hay relación entre el dolor y dicha prueba. La señora se lleva a su hija para la casa firmando la salida voluntaria, en la que asume la responsabilidad como acudiente de retirarse del servicio de urgencias sin recibir la atención requerida, pues cree en lo manifestado por su hija en el consultorio.

A la semana siguiente, la menor llega al servicio de consulta externa del hospital, solicitando una cita médica refiriendo estar en embarazo con un tiempo aproximado de 20 semanas después de su última regla, y comentando que no había asistido antes al centro médico por temor a manejar la situación con su familia, refiere que en las últimas semanas se ha sentido mal y cree que está en peligro su bebé. El médico rural que hace la consulta inicial, una vez escucha lo manifestado por la adolescente, le dice que se debe confirmar el embarazo con una prueba de embarazo en sangre BHCG cuantitativa, y posterior a esto tomar una ecografía para valorar el estado del feto, si es que en realidad está

embarazada; le dice también que cuando tenga el resultado de la prueba, pida la cita por consulta externa y así poder iniciar los controles prenatales.

La paciente, que realmente sabía su situación, se acerca al laboratorio del hospital para hacerse el examen, pero le manifiestan que a esa hora de la tarde no le toman la prueba y que debe llegar en horario de 6 a 8 a.m. el día lunes para tomarse el examen, pues su cita con el médico fue el sábado a las 4 p.m. Días después la enfermera de controles prenatales del hospital recibe el reporte de la muerte de una gestante en una de las veredas cercanas, al realizar el seguimiento del reporte la enfermera encontró que la materna había sido atendida en el servicio de urgencias y su madre en calidad de cuidadora firmó la salida voluntaria; en el triage quedó consignado que el médico rural tratante había pedido prueba de embarazo a la paciente y que su madre se había negado a tomarla y se la había llevado, también encontró que en ese reporte que la paciente fue atendida en consulta externa y se le ordenaron las pruebas y exámenes ya mencionados.

El reporte de la muerte materna estableció que la menor tenía 22 semanas de embarazo y falleció por sepsis de origen obstétrico por aborto séptico con hemorragia aguda.

Frente al caso, revise cuidadosamente las disposiciones del protocolo de atención a la embarazada menor de 15 años y explique:

¿Cuáles son los principales signos sugestivos de embarazo en menor de 14 años que debió revisar el médico para pensar en iniciar manejo de la gestante inmediato?

¿Por qué un embarazo en menor de 15 años es un problema de salud pública?

Defina: ¿cuáles de los lineamientos de atención diferenciada a la gestante menor de 15 años debió considerar este profesional para evitar esta muerte materna?

¿Qué actores importantes en el proceso de atención de esta gestante debieron intervenir y de qué manera para evitar la muerte de la materna?

Teniendo en cuenta que todos los embarazos están en riesgo: la mayoría de las complicaciones obstétricas ni son predecibles ni evitables, pero pueden ser tratadas si son atendidas por personal calificado, ¿qué pasó en el caso de esta

gestante?
Explique el modelo de las cuatro demoras en atención materna y cómo usted, como médico, podría contribuir para la reducción de la mortalidad materna.
Intención de la actividad
Aplicar los conocimientos adquiridos en la sesión de Atención a la gestante en la asignatura Medicina preventiva, con el fin de favorecer la apropiación de las normas, decretos, leyes y lineamientos que involucran la atención de gestantes en el territorio nacional y que debe conocer el médico, para mejorar las condiciones de vida y salud de la mujer gestante en Colombia.
Desarrollo de la actividad
A) Se darán los conceptos básicos de programas políticas y actividades para la atención de las gestantes, políticas de salud sexual y reproductiva y plan de choque para la morbi mortalidad materna peri natal. Para el desarrollo de esta sesión se revisarán con apoyo de presentaciones audiovisuales, debate y narración de experiencias de los estudiantes las diferentes actividades y programas que se realizan en el territorio nacional, haciendo énfasis en la importancia del rol del médico en cada uno de ellos y cómo aportan a mejorar las condiciones da salud de sus habitantes.
B) Se realizará lectura del caso en grupos de cinco personas y una vez esté revisado, el grupo debe definir qué contenidos de la clase le sirven para resolverlo y qué temas adicionales debe revisar; una vez se discuta estos aspectos con su grupo, desarrollará el caso (1 h); posterior a esto cada grupo compartirá sus respuestas en plenaria (1 h).
C) En un tercer momento se realizará relatoría de las conclusiones de la totalidad del grupo frente a cada una de las preguntas.
Sesión 5: Evaluación del curso
Objetivo: evaluar el nivel de satisfacción de cada uno de los participantes de los contenidos del curso, la metodología empleada y el grado de satisfacción con el proceso de aprendizaje particular.

Duración: 4 horas
Intención de la actividad
Aplicar test de satisfacción del curso a cada uno de los participantes, con el fin de recoger su percepción con respecto al desarrollo del curso y su proceso particular de aprendizaje.
Desarrollo de la actividad
Se aplicará pos test
Se aplicará test de satisfacción.

3.7 Sistema de categorías para el análisis de las concepciones

A continuación se presenta un sistema de códigos y categorías que emergen de los conceptos de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad en los instrumentos de concepciones aplicados a los 38 participantes de manera individual en la modalidad de pre test y pos test y de las respuestas de los estudiantes en grupos de trabajo como resultado de las discusiones para la solución de cada uno de los tres casos prácticos planteados para evidenciar el rol del médico en: las acciones de 0 a 5 años que se realizan desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, el concepto de discapacidad como condición de vida y el quehacer del médico en la prevención de la morbi mortalidad materno peri natal.

La siguiente tabla presenta las categorías y códigos del análisis de las concepciones de salud pública, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, previas al desarrollo del curso de promoción y prevención de cada uno de los del programa de Medicina de la UAN, que cursan la asignatura Medicina preventiva en el periodo 2017-1, cuyas fuentes de datos provienen de la aplicación del instrumento de concepciones antes de iniciar el curso.

Tabla 5. Sistema de categorías para el análisis de las concepciones de los estudiantes en pre test de concepciones

Análisis de las concepciones de los estudiantes en pre test			
Fuentes de datos: instrumento			
Códigos		Categorías	Definición
CSP		Concepciones sobre salud pública	
	CSP-CDS	Concepción desinformada	No se define la salud pública, en pocas palabras es información que solo permite ver que no hay conocimiento formal sobre el tema.
	CSP-MDI	Concepción medianamente informada	La definición se hace sobre elementos de la salud pública, pero no es claro, es decir el concepto está parcialmente constituido pero requiere mayor conocimiento para precisarlo.
	CSP-CLR	Concepción más informada	El concepto es definido por el sujeto con elementos tomados de la teoría.
	CSP-REL	Concepción relacionada con vulnerabilidad de la población.	El concepto se define desde la relación con la condición de vulnerabilidad de sujetos o de comunidades.
CPS		Concepciones sobre promoción de la salud	
	CPS-CDS	Concepción desinformada	No se define la promoción de la salud, en pocas palabras es información que solo permite ver que no hay conocimiento formal sobre el tema.
	CPS-MDI	Concepción medianamente informada	El concepto tiene

			elementos de la promoción de la salud, pero no es claro. Es decir el concepto está parcialmente constituido pero requiere mayor conocimiento para precisarlo.
	CPS-CLR	Concepción más informada	El concepto es definido por el sujeto con elementos tomados de la teoría.
	CPS-REL	Concepción relacionada con campañas de salud.	El concepto es definido desde su relación con campañas de salud.
CPE		Concepciones sobre prevención de la enfermedad	
	CPE-CDS	Concepción desinformada	No se define el concepto de prevención de la enfermedad, en pocas palabras es información que solo permite ver que no hay conocimiento formal sobre el tema.
	CPE-MDI	Concepción medianamente informada	El concepto tiene elementos de la prevención de la enfermedad, pero no es claro. Es decir el concepto está parcialmente constituido pero requiere mayor conocimiento para precisarlo.
	CPE-CLR	Concepción más informada	El concepto es definido por el sujeto con elementos tomados de la teoría.
	CPE-REL	Concepción relacionada con actividades de prevención.	El concepto se define desde la relación con actividades que previenen la enfermedad.

La siguiente tabla presenta las categorías y códigos del análisis de las concepciones de salud pública, promoción de la salud y prevención de la

enfermedad, posteriores al desarrollo del curso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de cada uno de los estudiantes del programa de Medicina de la Universidad Antonio Nariño que cursan la asignatura Medicina preventiva en el periodo 2017-1, cuyas fuentes de datos provienen de la aplicación del instrumento de concepciones al finalizar el curso.

Tabla 6. Sistema de categorías para el análisis de las concepciones de los estudiantes en pos test de concepciones

Análisis de las concepciones de los estudiantes en pos test		
Fuentes de datos: instrumento		
Códigos	Categorías	Definición
pCSP	Concepciones sobre salud pública	
	pCSP-CDS Concepción desinformada	No se define la salud pública, en pocas palabras es información que solo permite ver que no hay conocimiento formal sobre el tema.
	pCSP-MDI Concepción medianamente informada	La definición se hace sobre elementos de la salud pública, pero no es claro, es decir el concepto está parcialmente constituido pero requiere mayor conocimiento para precisarlo.
	pCSP-CLR Concepción más informada	El concepto es definido por el sujeto con elementos tomados de la teoría.
	pCSP-REL Concepción relacionada con vulnerabilidad de la población.	El concepto se define desde la relación con la condición de vulnerabilidad de sujetos o de comunidades.

pCPS		Concepciones sobre promoción de la salud	
	pCPS-CDS	Concepción desinformada	No se define la promoción de la salud, en pocas palabras es información que solo permite ver que no hay conocimiento formal sobre el tema.
	pCPS-MDI	Concepción medianamente informada	El concepto tiene elementos de la promoción de la salud, pero no es claro. Es decir el concepto está parcialmente constituido pero requiere mayor conocimiento para precisarlo
	pCPS-CLR	Concepción más informada	El concepto es definido por el sujeto con elementos tomados de la teoría.
	pCPS-REL	Concepción relacionada con campañas de salud.	El concepto es definido desde su relación con campañas de salud.
pCPE		Concepciones sobre prevención de la enfermedad	
	pCPE-CDS	Concepción desinformada	No se define el concepto de prevención de la enfermedad, en pocas palabras es información que solo permite ver que no hay conocimiento formal sobre el tema.
	pCPE-MDI	Concepción medianamente informada	El concepto tiene elementos de la prevención de la enfermedad, pero no es claro. Es decir el concepto está parcialmente constituido pero requiere mayor conocimiento para precisarlo.
	pCPE-CLR	Concepción más informada	El concepto es definido por el

			sujeto con elementos tomados de la teoría.
	pCPE-REL	Concepción relacionada con actividades de prevención.	El concepto se define desde la relación con actividades que previenen la enfermedad.

3.8 Sistema de categorías para el análisis de casos prácticos

La siguiente tabla presenta las categorías y códigos emergentes del desarrollo de cada uno de los tres casos prácticos planteados como estrategia didáctica para el desarrollo del curso, en donde se busca determinar el rol del médico en actividades de promoción y prevención en niños de 0 a 5 años, la comprensión del médico de la discapacidad como una condición de vida y la prevención de la morbi mortalidad materno perinatal desde el quehacer del médico.

Tabla 7. Sistema de categorías para el análisis de casos prácticos

Análisis de las concepciones de los estudiantes en la solución de los casos			
Fuentes de datos: instrumento			
Códigos		Categorías	Definición
DSZ		Concepciones sobre el rol del médico en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad	El concepto logra identificar el rol del médico en el caso de desplazamiento Forzoso y las acciones desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
	DSZ-CDS	Concepción desinformada	El concepto no logra identificar como las actividades que realiza el médico desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad con niños de 0 a 5 años, se integran en la salud pública
	DSZ-CLR	Concepción más	El concepto identifica y describe las

		informada	actividades que realiza el médico desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad con niños de 0 a 5 años, con elementos de la teoría.
	DSZ-INS	Concepción Funcional	El concepto reconoce las funciones y las instituciones que deben garantizar la atención de niños de 0 a 5 años.
	DSZ-NIN	Concepción no funcional	El concepto no reconoce las funciones, ni las instituciones que deben garantizar la atención de niños de 0 a 5 años.
	DSZ-NOR	Concepción Normativa	El concepto reconoce cómo el médico debe orientar a su paciente para acceder a los servicios en cuanto a promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde las normas.
	DSZ-ENE	Concepción social	El concepto reconoce la importancia de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el manejo de enfermedades evitables en niños de 0 a 5 años y cómo esto impacta en las condiciones de vida y salud
CDS		Concepciones sobre discapacidad	Identificación de la discapacidad como una condición de vida y el rol del médico en el caso de discapacidad.
	CDS-CDS	Concepción desinformada	El concepto no identifica la discapacidad como una condición en la vida de una persona y la asume como una patología.
	CDS-CLR	Concepción más informada	El concepto reconoce la discapacidad como una condición que se puede adquirir en cualquier etapa de la vida, con elementos de la teoría.
	CDS-INS	Concepción Funcional	El concepto evidencia el rol del médico en la prevención de la discapacidad en todos los grupos etarios.
	CDS-NIN	Concepción no funcional	El concepto no evidencia el rol del médico en la prevención de la discapacidad en todos los grupos etarios.

	CDS-ENE	Concepción social	El concepto evidencia la comprensión de la discapacidad como un tema que debe abordarse integralmente y un problema de salud pública.
CGS		Concepciones sobre Mortalidad materna perinatal	Identificación del rol del médico en la prevención de la mortalidad materna perinatal.
	CGS-CDS	Concepción desinformada	El concepto no identifica la mortalidad materna perinatal como una situación evitable desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
	CGS-NCL	Concepción relacionada no	El concepto no relaciona los contenidos clínicos adquiridos por el estudiante en su formación previa, con las acciones de la salud pública.
	CGS-CLI	Concepción relacionada	El concepto relaciona los contenidos clínicos adquiridos por el estudiante en su formación previa, con las acciones de la salud pública.
	CGS-CLR	Concepción más apropiada	El concepto reconoce la mortalidad materna perinatal como una situación evitable desde las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con elementos de la teoría.
	CGS-INS	Concepción Funcional	El concepto resalta la importancia de que el médico haga un adecuado manejo del embarazo y del parto.
	CGS-ENE	Concepción social	El concepto evidencia la comprensión del porque la mortalidad materna perinatal se relaciona con las condiciones de desarrollo de un país.

CAPÍTULO 4 RESULTADOS

En este capítulo se muestra el análisis de los resultados test y post test de concepciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así mismo los tres casos prácticos aplicados a los 38 estudiantes.

El análisis de los casos y los test de concepciones se realiza a través del programa ATLAS.ti 7.5.4, el cual permite identificar los códigos y frecuencias para cada uno de los documentos analizados, en total 97.

La siguiente tabla ejemplifica las fuentes revisadas de donde se consiguieron los datos, es decir, el pre test y pos test de concepciones, y los tres casos prácticos, identificados según el programa ATLAS.ti TI 7.5.4.

Tabla 8. Lista de documentos analizados

Documentos	Fuente de Datos	Documentos	Fuente de datos
		p49	Pos concepciones MEL
P1	Caso desplazamiento grupo A	p50	Pos concepciones MIV
p2	Caso desplazamiento grupo B	p51	Pos concepciones NAS
p3	Caso desplazamiento grupo C	p52	Pos concepciones PEF
p4	Caso desplazamiento grupo D	p53	Pos concepciones SET
p5	Caso desplazamiento grupo E	p54	Pos concepciones TIV
p6	Caso desplazamiento grupo F	p55	Pos concepciones VAM
p7	Caso desplazamiento grupo G	p56	Pos concepciones VIM
p8	Caso discapacidad grupo A	p57	Pos concepciones XIF
p9	Caso discapacidad grupo B	p58	Pos concepciones YEG
p10	Caso discapacidad grupo C	p59	Pos concepciones YIM
p11	Caso discapacidad grupo D	p60	Preconcepciones AUS
p12	Caso discapacidad grupo E	p61	Preconcepciones BRO
p13	Caso discapacidad grupo F	p62	Preconcepciones BRO

p14	Caso discapacidad grupo G	p63	Preconcepciones CAM
p15	Caso gestantes grupo A	p64	Preconcepciones CAR
p16	Caso gestantes grupo B	p65	Preconcepciones CAV
p17	Caso gestantes grupo C	p66	Preconcepciones DIP
p18	Caso gestantes grupo D	p67	Preconcepciones EDI
p19	Caso gestantes grupo E	p68	Preconcepciones ENF
p20	Caso gestantes grupo F	p69	Preconcepciones EUL
p21	Caso gestantes grupo G	p70	Preconcepciones GIS
p22	Pos concepciones AUS	p71	Preconcepciones GOA
p23	Pos concepciones BET	p72	Preconcepciones HER
p24	Pos concepciones BRO	p73	Preconcepciones ISI
p25	Pos concepciones CAM	p74	Preconcepciones JAF
p26	Pos concepciones CAR	p75	Preconcepciones JOA
p27	Pos concepciones CAV	p76	Preconcepciones JUA
p28	Pos concepciones DIP	p77	Preconcepciones JUC
p29	Pos concepciones DOR	p78	Preconcepciones JUD
p30	Pos concepciones EDI	p79	Preconcepciones JUR
p31	Pos concepciones ENF	p80	Preconcepciones LAG
p32	Pos concepciones ESP	p81	Preconcepciones LAM
p33	Pos concepciones EUL	p82	Preconcepciones LAU
p34	Pos concepciones GIS	p83	Preconcepciones LOC
p35	Pos concepciones GOA	p84	Preconcepciones MEL
p36	Pos concepciones HER	p85	Preconcepciones MIV
p37	Pos concepciones ISI	p86	Preconcepciones NAS
p38	Pos concepciones JAF	p87	Preconcepciones PEF
p39	Pos concepciones JOA	p88	Preconcepciones DOR
p40	Pos concepciones JUA	p89	Preconcepciones ESP
p41	Pos concepciones JUC	p90	Preconcepciones SET
p42	Pos concepciones JUD	p91	Preconcepciones MAR
p43	Pos concepciones JUR	p92	Preconcepciones TIV
p44	Pos concepciones LAG	p93	Preconcepciones VAM
p45	Pos concepciones LAM	p94	Preconcepciones VIM
p46	Pos concepciones LAU	p95	Preconcepciones XIF
p47	Pos concepciones LOC	p96	Preconcepciones YEG
p48	Pos concepciones MAR	p97	Preconcepciones YIM

4.1.1 Resultados de frecuencias de códigos concepciones de los estudiantes en pre test

En la tabla 9 se encuentra la frecuencia de uso de cada uno de los códigos, empleados por los 38 estudiantes, antes del desarrollo del curso en las definiciones de salud pública, promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Esta tabla se elaboró con el apoyo del ATLAS.ti, que posterior a realizar la codificación de cada uno de los 38 instrumentos de los estudiantes, permitió cuantificar dichas frecuencias.

Tabla 9. Frecuencia de códigos de concepciones en pre test

Análisis de las concepciones de los estudiantes en pre test			
Fuentes de datos: instrumento			
Códigos		Categorías	Frecuencia
CSP		Concepciones sobre salud pública	
	CSP-CDS	Concepción desinformada	25
	CSP-MDI	Concepción medianamente informada	8
	CSP-CLR	Concepción más informada	5
	CSP-REL	Concepción relacionada con vulnerabilidad de la población.	0
CPS		Concepciones sobre promoción de la salud	
	CPS-CDS	Concepción desinformada	21
	CPS-MDI	Concepción medianamente informada	13
	CPS-CLR	Concepción más informada	3
	CPS-REL	Concepción relacionada con campañas de salud.	1
CPE		Concepciones sobre prevención de la enfermedad	
	CPE-CDS	Concepción desinformada	10
	CPE-MDI	Concepción medianamente informada	18

	CPE-CLR	Concepción más informada	10
	CPE-REL	Concepción relacionada con actividades de prevención.	0

4.1.2 Resultados de frecuencias de códigos concepciones de los estudiantes en pos- test

En la tabla 10 se encuentra la frecuencia de uso de cada uno de los códigos, empleados por los 38 estudiantes, posterior al desarrollo del curso en las definiciones de salud pública, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, esta tabla se elaboró con el apoyo del ATLAS.ti, que posterior a realizar la codificación de cada uno de los 38 instrumentos de los estudiantes, permitió cuantificar dichas frecuencias.

Tabla 10. Frecuencia de códigos de concepciones en pos test

Análisis de las concepciones de los estudiantes en pos test			
Fuentes de datos: instrumento			
Códigos	Categorías		Frecuencia
pCSP	Concepciones sobre salud pública		
	pCSP-CDS	Concepción desinformada	1
	pCSP-MDI	Concepción medianamente informada	14
	pCSP-CLR	Concepción más informada	22
	pCSP-REL	Concepción relacionada con vulnerabilidad de la población	1
pCPS	Concepciones sobre promoción de la salud		
	pCPS-CDS	Concepción desinformada	4
	pCPS-MDI	Concepción medianamente informada	14
	pCPS-CLR	Concepción más informada	18
	pCPS-REL	Concepción relacionada con campañas de salud	2
pCPE	Concepciones sobre prevención de la enfermedad		
	pCPE-CDS	Concepción desinformada	3
	pCPE-MDI	Concepción medianamente informada	7

	pCPE-CLR	Concepción más informada	25
	pCPE-REL	Concepción relacionada con actividades de prevención	3

4.1.3 Resultados de frecuencias de códigos sobre los casos prácticos

En la tabla 11 se encuentra la frecuencia de uso de cada uno de los códigos, empleados por los siete grupos, en la solución de los casos prácticos de desplazamiento, discapacidad y gestantes, se elaboró con el apoyo del ATLAS.ti, que posterior a realizar la codificación de cada uno de los 21 instrumentos de los grupos, permitió cuantificar dichas frecuencias.

Tabla 11. Frecuencia de códigos sobre casos prácticos

Análisis de las concepciones de los estudiantes en la solución de los casos			
Fuentes de datos: instrumento			
Códigos		Categorías	Frecuencia
DSZ		Concepciones sobre el rol del médico en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad	
	DSZ-CDS	Concepción desinformada	4
	DSZ-CLR	Concepción más informada	9
	DSZ-INS	Concepción Funcional	14
	DSZ-NIN	Concepción no funcional	1
	DSZ-NOR	Concepción Normativa	5
	DSZ-ENE	Concepción social	5
CDS		Concepciones sobre discapacidad	
	CDS-CDS	Concepción desinformada	8
	CDS-CLR	Concepción más informada	7
	CDS-INS	Concepción Funcional	1
	CDS-NIN	Concepción no funcional	0
	CDS-ENE	Concepción social	11

CGS		Concepciones sobre Mortalidad materna perinatal	
	CGS-CDS	Concepción desinformada	1
	CGS-NCL	Concepción no relacionada	3
	CGS-CLI	Concepción relacionada	19
	CGS-CLR	Concepción más apropiada	5
	CGS-INS	Concepción Funcional	2
	CGS-ENE	Concepción social	8

Con las anteriores tablas: 9,10 y 11, se elaboraron gráficas donde se pueden analizar, entre otros: la frecuencia de uso de los códigos establecidos para nominar cada una de las categorías empleadas por los estudiantes en las definiciones de los conceptos de salud pública, promoción de la salud y prevención de la enfermedad; el porcentaje de estudiantes que utilizó dichos códigos, el cual se calculó multiplicando la frecuencia de uso del código por 100, dividido en el número total de estudiantes es decir 38; y, la frecuencia de uso de los códigos establecidos para nominar las categorías empleadas por los grupos en el desarrollo de los casos prácticos de desplazamiento, discapacidad y gestantes.

4.2.1 Análisis de las concepciones de los estudiantes en pre test de concepciones

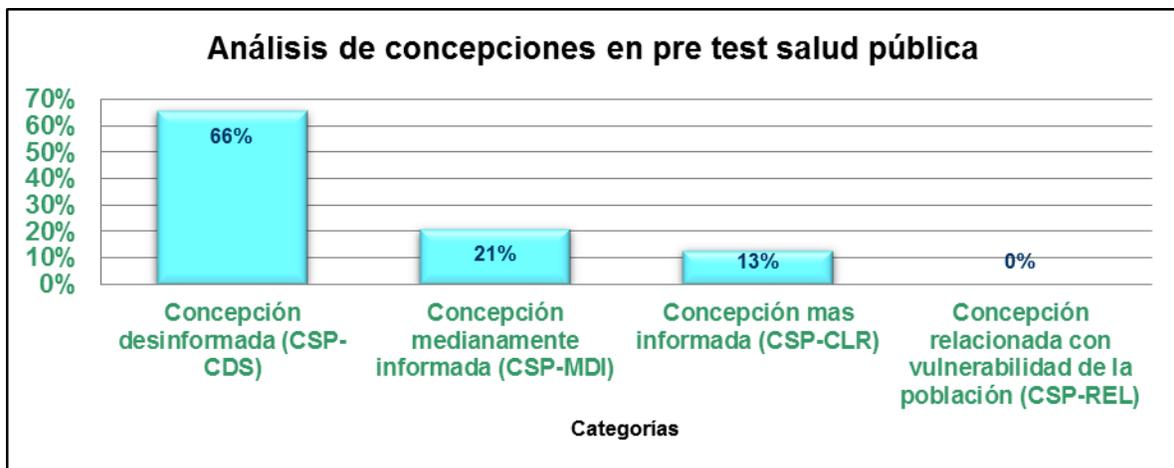
En la gráfica 1 se puede observar que el 66 % de los estudiantes, previamente al desarrollo del curso, tienen una concepción desinformada de la salud pública desde la satisfacción de necesidades básicas, donde refieren que la salud pública es “proveer al individuo lo que requiere para su vida”, reafirmando la importancia de retomar lo que plantea Abad (1987); es responsabilidad de la academia llevar a nuestros estudiantes a la comprensión de que la salud pública no son dos palabras con las que los estados buscan mejorar sus niveles de cobertura.

Para el 21 % de los participantes el concepto fue definido desde la relación con normas, considerando la salud pública como una obligación del Estado de “subsidiar a los pobres” mediante acciones que mejoren y cuiden su salud.

Sin embargo, el 13 % de los estudiantes hacen una definición clara del concepto, que se acerca a lo referido por Last (2007), quien la define como una actividad organizada de la sociedad para promover, proteger, mejorar y, cuando sea necesario, restaurar la salud de los individuos, grupos específicos o de la población entera.

Esto evidencia que pese al nivel avanzado de semestres de los participantes en el curso, sus concepciones de salud pública están desinformadas y alejadas de la teoría, resaltando que estos temas deberían ser trabajados de forma integral desde de sus asignaturas clínicas previas desde séptimo semestre.

Gráfica 1. Concepciones en pre test de Salud pública

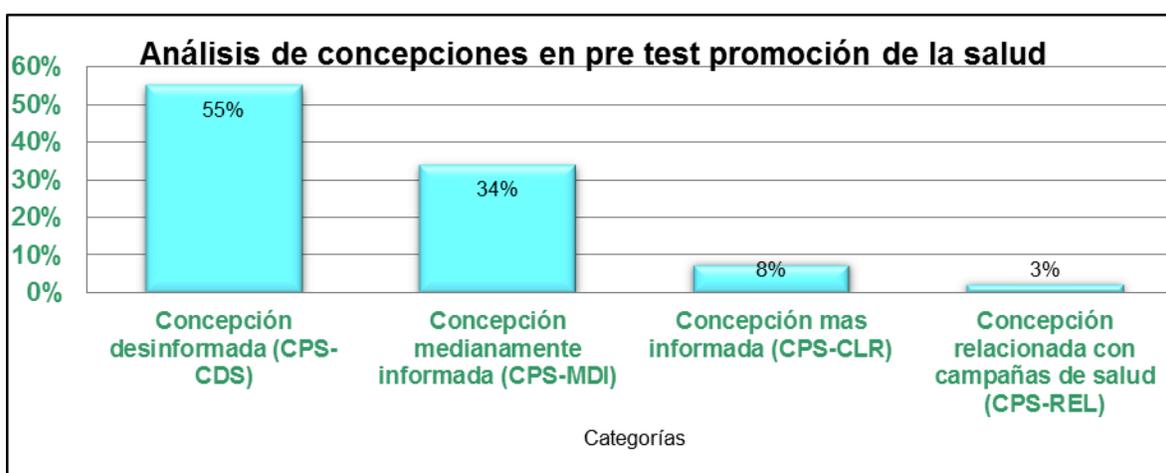


En la gráfica 2 se observa que en lo relacionado con el concepto Promoción de la salud, el 55 % de los estudiantes la definieron como actividades que buscan mejorar la salud, contemplando solo uno de los tres aspectos de la teoría, acercándose a las definiciones biologists que ven al sujeto de hecho como alguien enfermo, es decir, la salud como ausencia de enfermedad.

El 34 % hace una definición medianamente informada que le otorga la responsabilidad al sujeto, desconociendo la del profesional sanitario y la del Estado con respecto a garantizar las condiciones y cuidar el entorno.

El 8 % tiene una concepción clara, definiéndola como actividades que fomentan la salud de individuos y colectividades, desde la promoción de estilos de vida saludables en relación con la educación que hacen los profesionales sanitarios, y su interacción con las políticas que la favorezcan y el entorno. Acercándose a la definición de Piédrola (1991), con la comprensión del individuo como un sujeto sano. Para el 3 % de los participantes la definición se hace desde las campañas masivas de salud.

Gráfica 2. Concepciones en pre test de promoción de la salud

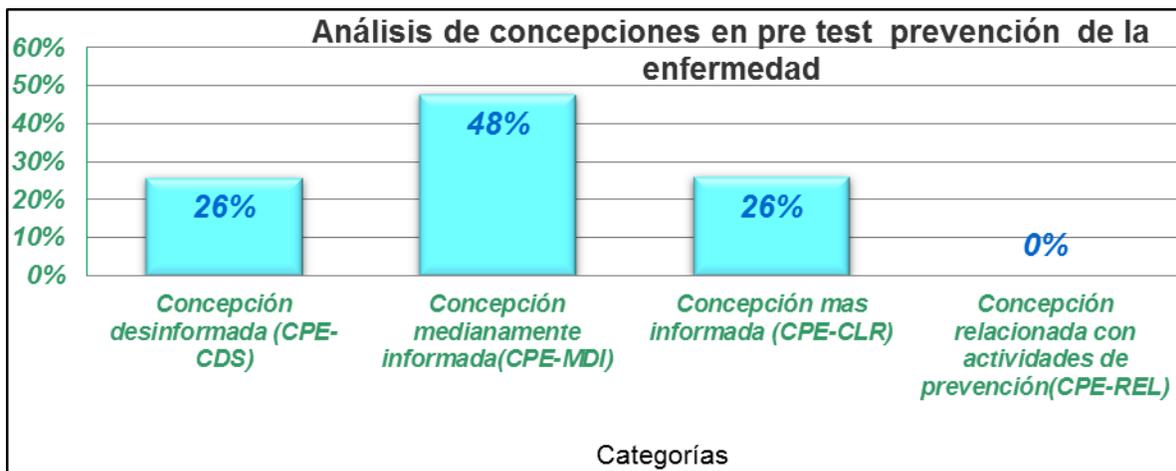


En la gráfica 3, se observa que para prevención de la enfermedad el 26 % de los estudiantes hace la definición desde la palabra de origen, “es prevenir las enfermedades”. El 48 % considera la prevención de la enfermedad como la educación masiva sobre diferentes enfermedades.

Otro 26 % hace una definición clara desde la teoría, al definirla como estrategia de atención primaria que se hace efectiva en la atención integral de las personas en diferentes etapas (antes, durante y después de la enfermedad), con acciones en diferentes niveles de intervención.

Estas definiciones evidencian que, pese a la experiencia práctica con pacientes con patologías crónicas como la hipertensión arterial, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la diabetes, un alto número de estudiantes no reconocen qué es la prevención de la enfermedad.

Gráfica 3. Concepciones en pre test de prevención de la enfermedad



4.2.2 Análisis de las concepciones de los estudiantes en pos test de concepciones

Posterior al desarrollo del curso Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad mediado por la autora, los estudiantes definieron de nuevo los conceptos de salud pública, promoción de la salud y prevención de la enfermedad de la siguiente manera:

En la gráfica 4 se puede observar que posterior al desarrollo del curso para el concepto de salud pública el 3 % de los estudiantes continúa definiéndola de manera desinformada, desde la satisfacción de necesidades básicas, donde refieren que la salud pública es “proveer al individuo lo que requiere para su vida”.

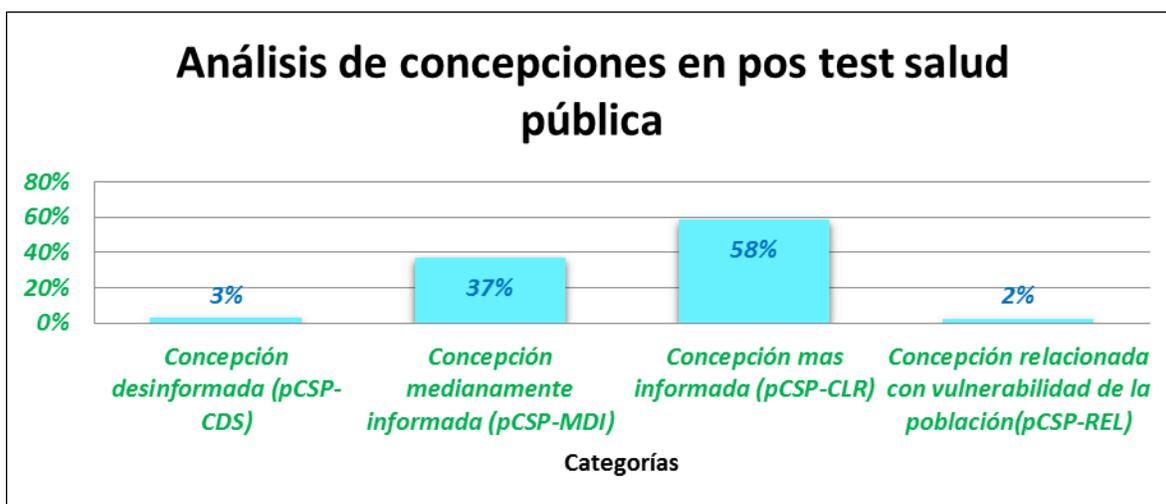
El 37 % del grupo se queda en una definición medianamente informada, con elementos que van desde la solución de necesidades insatisfechas hasta acciones colectivas que dejan ver que el concepto no está claro. El 58 % de los

participantes logró hacer una definición clara, acorde con lo planteado por Piédrola (1991), quien la define como la ciencia y el arte que organiza esfuerzos colectivos en las cuatro acciones básicas de la salud pública; protección, promoción prevención y restauración.

Por último, el 2 % de los participantes hace su definición desde la atención exclusiva a personas en condición de fragilidad social o vulnerabilidad.

Desde este punto de vista, se puede evidenciar que más de la mitad del grupo logró definir el concepto de forma clara después de desarrollar el curso, desde la adquisición de elementos vivenciales como los casos en los cuales pudo comprender la salud pública relacionada con las acciones del médico, para posteriormente tener la capacidad de definir el concepto. Sin embargo, una tercera parte del grupo continúa haciendo una definición medianamente informada, que contempla elementos de la salud pública que no llegan a la conceptualización.

Gráfica 4. Concepciones en pos test de salud pública



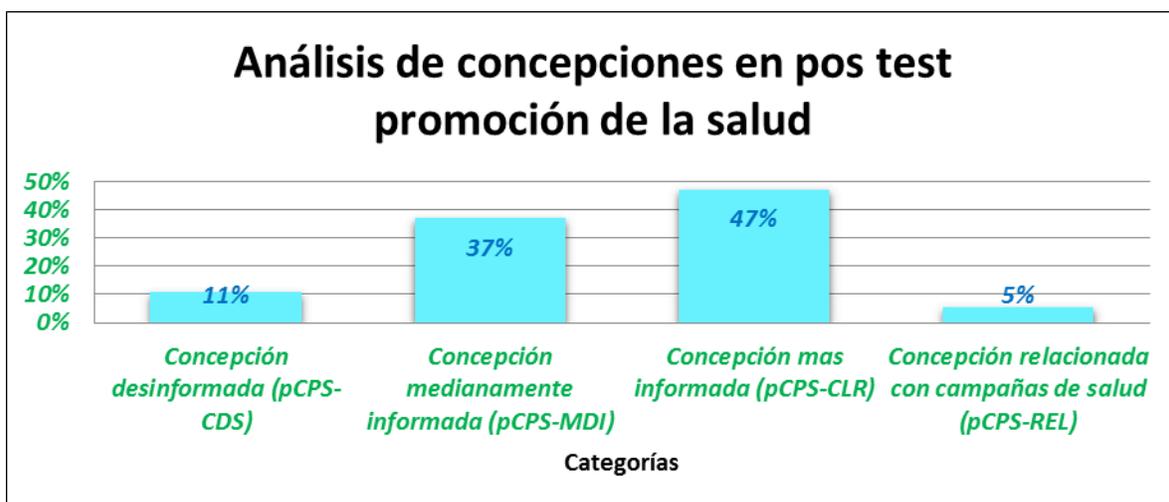
En la gráfica 5 se puede evidenciar sobre el concepto Promoción de la salud que el 11 % de los estudiantes continúa con una definición desinformada desde el concepto de enfermedad. El 37 % hace una definición medianamente informada,

que le otorga una responsabilidad al sujeto y desconoce la del profesional sanitario y del Estado con respecto a garantizar las condiciones y cuidar el entorno. El 47 % logra una definición más informada, refiriendo que son actividades que fomentan la salud de individuos y colectividades, desde la promoción de estilos de vida saludables en relación con la educación que hacen los profesionales sanitarios y su relación con políticas que la favorezcan y con el entorno; el 5 % hace una definición relacionada con campañas de salud.

Esto permite evidenciar que para un alto porcentaje de los estudiantes el concepto de promoción de la salud es claro y logran identificar las tres variables básicas que permiten llegar a la promoción de la salud. Sin embargo un número igualmente importante continúa concibiendo la promoción de la salud como un término que le otorga toda la responsabilidad al individuo.

Situación que hace pensar que los estudiantes de Medicina, a pesar de su recorrido clínico donde tienen interacción continua con sujetos sanos y enfermos, para el momento de formación en el que recibieron el curso no tienen la capacidad de ver la promoción de la salud como una situación donde confluyen diferentes actores y mucho menos identificar cuáles son las acciones propias del médico en ella.

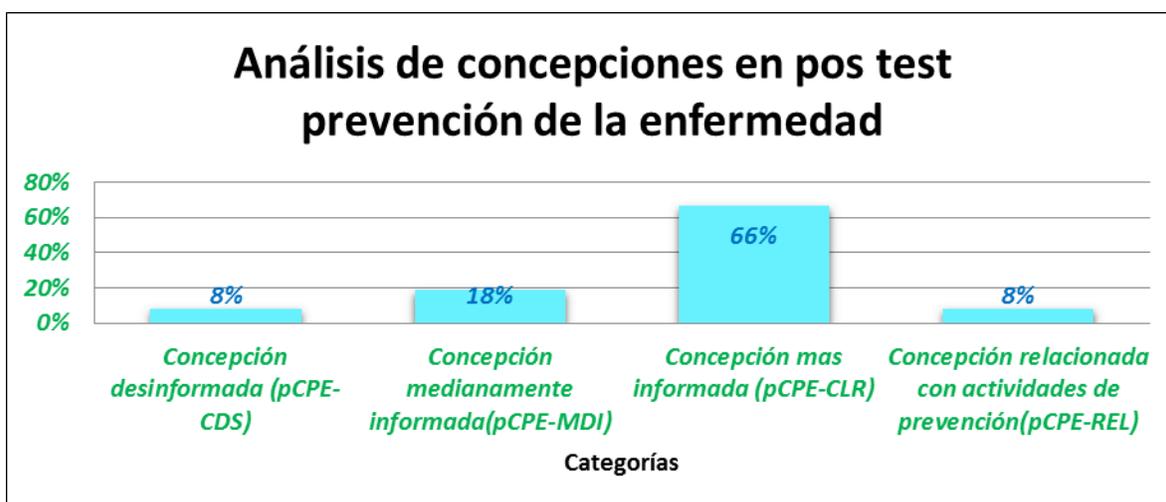
Gráfica 5. Concepciones en pos test promoción de la salud



En la gráfica 6 se puede observar que en lo relacionado con el concepto Prevención de la enfermedad, el 8 % de los estudiantes después del curso lo define desde la concepción desinformada, relacionada con la palabra de origen al igual que en la preconcepción; el 18 % continúa haciendo definiciones medianamente informadas, con elementos en relación a la educación masiva, pero que no definen el concepto. El 66 % llega a la comprensión más informada del término, al verlo como estrategia de atención integral y las acciones con respecto a la enfermedad desde antes de su aparición y durante ella. El 8 % lo define en relación con actividades de prevención, como la toma de citologías cervicouterinas.

Este instrumento, una vez analizado, permite observar que para un significativo porcentaje de los estudiantes de Medicina del grupo intervenido, una vez terminado el curso fue posible definir la prevención de la enfermedad comprendiendo que esta es una de las acciones de la salud pública y como es su participación en ella.

Gráfica 6. Concepciones en pos test prevención de la enfermedad



4.2.3 Análisis de comparación del pre test y pos test de las concepciones de los estudiantes

En la comparación de las definiciones que realizaron los estudiantes previas y posteriores al curso Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad, se puede observar lo siguiente:

En la gráfica 7, la primera columna muestra que al inicio del curso un 66 % de los estudiantes realizaban una definición de la salud pública desinformada, tomándola como un área que debía satisfacer necesidades básicas de la población; posterior al curso, solo el 3 % de los estudiantes persisten con la definición desde el paternalismo estatal.

La segunda columna permite ver que el concepto se define antes del curso de manera medianamente informada con elementos de la salud pública que no logran definir en un 21 % y que posterior al desarrollo del curso aumenta de manera significativa, alcanzando el 37 % de estudiantes que continúan con esta concepción.

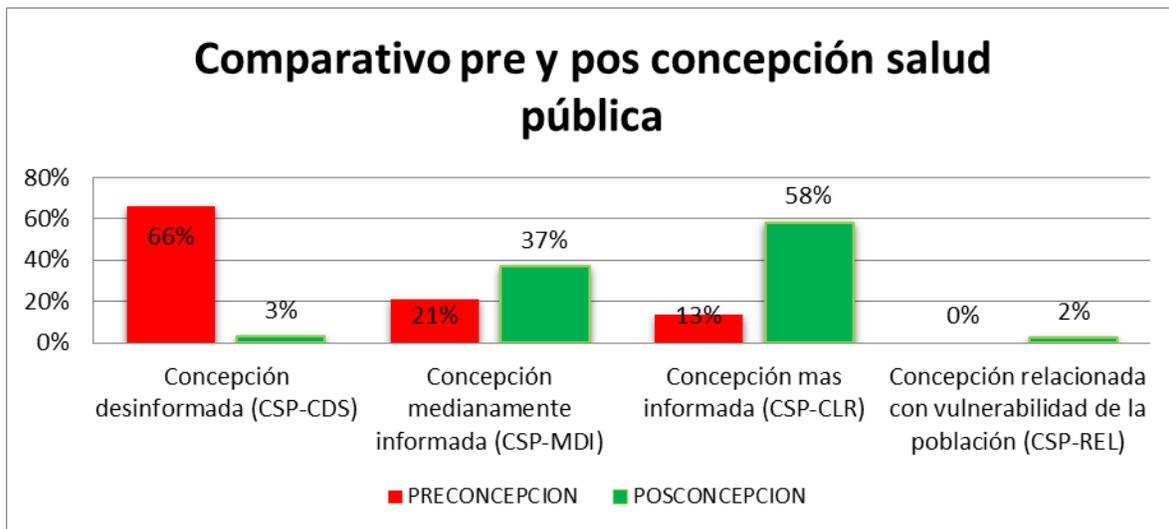
La tercera columna muestra cómo antes del curso solo el 13 % de los participantes podía hacer una definición más informada del concepto, afirmando que es una actividad que de manera organizada contempla acciones que cuidan la salud de los individuos y las colectividades; al finalizar el curso, el 58 % pudo definirla de igual forma.

La cuarta columna evidencia que al iniciar el curso ninguno de los estudiantes definía el concepto en relación con la vulnerabilidad de la población; al finalizar el curso, el 2 % puede hacer esta definición.

Desde este punto de vista se puede observar que, una vez finalizado el curso, el 58 % de los participantes la define de manera más informada, lo que repercute en la disminución significativa de la desinformación como categoría.

Sin embargo, también es evidente el aumento importante en la categoría medianamente informada en la cual, pese a la adquisición de elementos vivenciales con la estrategia de solución de casos prácticos, en los cuales se podría comprender la salud pública desde su ejecución para posteriormente tener la capacidad de definir el concepto, los estudiantes continúan en el nivel relacional del mismo y no lo definen. Esto reitera el planteamiento inicial, en el que se habla de que en la formación médica prima el modelo biologista, como lo manifiesta Banta (1972), en su revisión del modelo Flexneriano, que hace que el estudiante de Medicina sea llevado a comprender el ejercicio de la salud pública como un acto puramente normativo, sin llegar a la comprensión de que desde la Medicina se aplican las cuatro acciones de la salud pública en el ejercicio médico, favoreciendo la departamentalización del conocimiento y la especialización de la práctica médica.

Gráfica 7. Comparativo pre y pos concepción salud pública



En la gráfica 8 se puede ver cómo la primera columna muestra que al inicio del curso el 55 % de los estudiantes definió la promoción de la salud como actividades que buscan mejorar la salud, contemplando solo uno de los tres aspectos de la teoría, acercándose a las definiciones biologistas que ven al sujeto de hecho como alguien enfermo, es decir, la salud es la ausencia de enfermedad; posterior al desarrollo del curso, solo el 11 % de los estudiantes continúan con esta definición.

La segunda columna evidencia que el 34 % de los estudiantes tenía, previo al curso, la concepción medianamente informada, y al finalizar el curso 37 % continúan con esta definición desde la relación con la responsabilidad del individuo sobre la promoción de la salud, que desconoce las políticas, el Estado y el entorno.

La tercera columna muestra que al iniciar, el 8 % de los participantes tenía una concepción clara, lo cual se modificó notoriamente con el curso, llevando al 47 % de los participantes a definir el concepto con la comprensión de que la promoción de la salud es una actividad en la que confluyen las políticas sanitarias, la educación de los profesionales de la salud, los individuos y el entorno.

Finalmente, en la cuarta columna se observa que al iniciar el curso el 3 % de los estudiantes relacionaba el concepto con campañas de salud, lo cual aumentó después del curso, llegando al 5 % de los participantes.

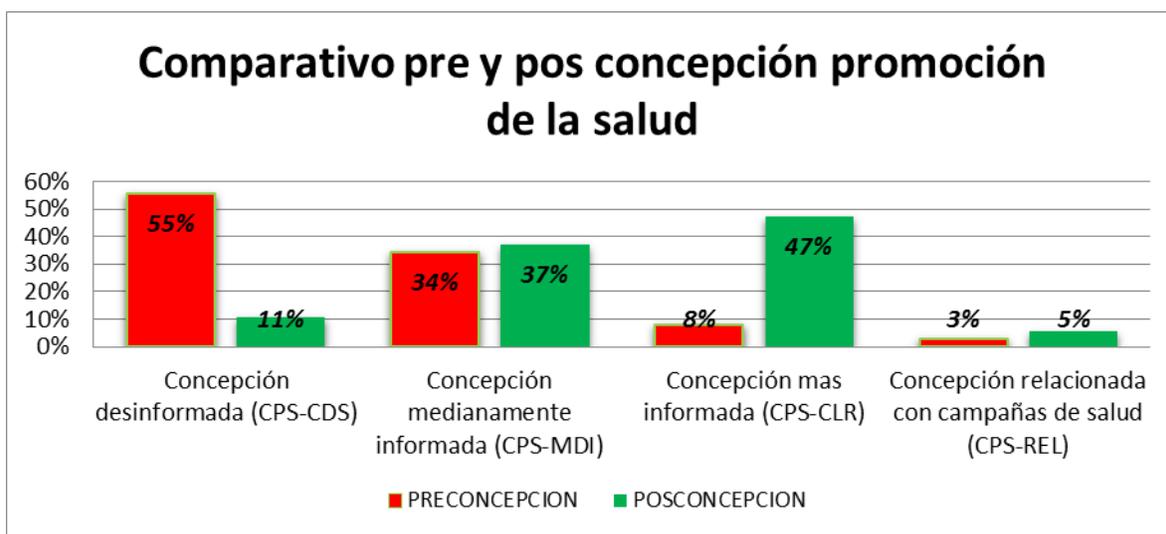
Se puede decir que, una vez desarrollada la estrategia planteada por la autora, un número significativo de estudiantes pasó de hacer una definición desinformada a una más informada de la promoción de la salud. Se debe resaltar que una tercera parte del grupo continua definiendo la promoción de manera medianamente informada, desconociendo que esta es una actividad inherente del médico.

Los resultados también reafirman que los planes de estudio de los programas de Medicina están cargados de contenidos clínicos que desde el inicio de la formación refuerzan en el estudiante que el quehacer del médico está estrechamente relacionado con la aparición de la enfermedad.

Como lo plantean Davó-Blanesa y equipo (2015), la formación médica en pregrado debe ser generalista, ya que es allí donde los estudiantes reciben información sobre políticas de salud, gestión, riesgos sanitarios; antes de que los futuros

profesionales piensen en especializarse, la docencia en salud pública debe promocionar en ellos competencias que les permitan comprender y desenvolverse en el lugar donde realizaran su trabajo, que no siempre estará especializado en salud pública.

Gráfica 8. Comparativo pre y pos concepción promoción de la salud



En la Gráfica 9 se puede observar en la primera columna que antes del curso el 26 % de los estudiantes concebían la prevención de la enfermedad de manera desinformada, desde el origen de la palabra “es prevenir la enfermedad”; esto disminuyó posterior al desarrollo del curso al 8 % de los participantes.

La segunda columna muestra que al iniciar el curso el 48 % de los estudiantes definía la prevención de la enfermedad en la categoría medianamente informada, con elementos en relación a la educación masiva, pero que no definen el concepto. Lo que posterior al desarrollo del curso continuó en el 18 % de los participantes.

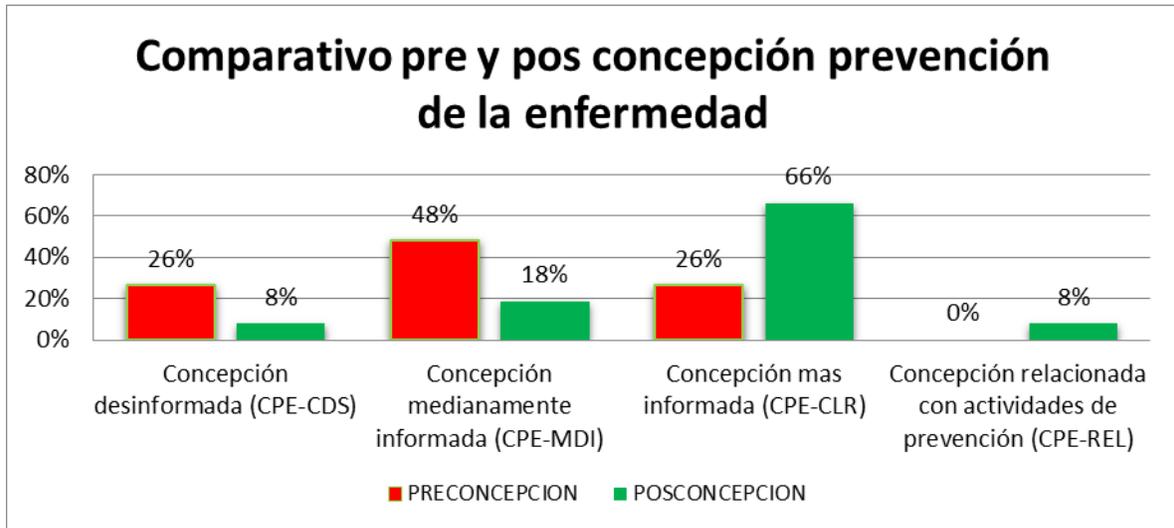
La tercera columna deja ver que antes del curso el 26 % de los estudiantes definían la prevención de la enfermedad como una serie de medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, sino a la reducción de factores de riesgo, detención de su avance y atenuación de sus consecuencias, enmarcando esta definición en una categoría “más informada”, que reconoce a la prevención como una estrategia con acciones antes, durante y después de la enfermedad, concepto que posterior al desarrollo del curso llegó al 66 % de los participantes que la definieron de igual manera.

La cuarta columna muestra que previo al curso, ningún estudiante relacionaba la prevención de la enfermedad con actividades como la toma de citología cervicouterina, lo cual aumentó al 8 % de los participantes al finalizar el proceso.

Frente a la definición de este concepto se puede notar que un representativo porcentaje del grupo logró definir la prevención de manera más informada, como una de las acciones de la salud pública con la que más se identifican como médicos en formación, llegando a la concepción de esta como estrategia de atención primaria, y atención integral de las personas, que mediante acciones como el diagnóstico oportuno, la rehabilitación y el cuidado de la enfermedad puede evitar desde la aparición hasta sus complicaciones, mediante sus diferentes niveles de intervención.

Todas las anteriores son actividades que el estudiante realiza día a día en su práctica clínica, sin ser consciente de que a través de ellas está ejecutando la prevención de la enfermedad. Actividades previamente descritas en la tabla 2, según Navarro (2002).

Gráfica 9. Comparativo en pre y pos concepción prevención de la enfermedad



4.3.1 Análisis comparativo de los grupos frente a cada uno de los casos prácticos

En la Gráfica 10 se puede observar el comportamiento de los siete grupos para la solución del caso el desplazamiento y los determinantes de vida y salud, en donde cada grupo sugirió soluciones que permitían ver la frecuencia de uso de las categorías establecidas de la siguiente manera:

El grupo A planteó sus soluciones al caso desde la concepción “más informada” con una frecuencia de 3 y frecuencias de 1, para las concepciones “desinformada”, “social” y “funcional”, respectivamente, lo cual indica para este grupo mayor comprensión de los conceptos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad como acciones de la salud pública, y cómo son llevadas a cabo por el médico en la vida comunitaria, reconociendo también la importancia intersectorial, y el impacto de dichas acciones en las condiciones de vida y salud de los niños de 0 a 5 años.

El grupo B planteó sus soluciones al caso desde la concepción “funcional”, con una frecuencia de 3 y frecuencias de 1 para las concepciones “desinformada”,

“más informada” y “normativa”, respectivamente, lo cual indica para el grupo mayor comprensión sobre las funciones de las instituciones que deben garantizar la atención de niños de 0 a 5 años, logrando reconocer también la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como actividades en las que el médico ejerce la salud pública.

El grupo C planteó sus soluciones desde la concepción “normativa” con una frecuencia de 2 y frecuencias de 1 para las concepciones “más informada”, “social”, “funcional” y “no funcional” respectivamente, lo cual indica para el grupo mayor reconocimiento de cómo el médico debe orientar a su paciente para acceder a los servicios en cuanto a promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde las normas y políticas, pero también el reconocimiento de estas como actividades en las que el médico ejerce la salud pública y su impacto en las condiciones de vida y salud.

El grupo D planteó sus soluciones desde la concepción “funcional” con una frecuencia de 2 y frecuencias de 1 para las concepciones “más informada” y “social” respectivamente, lo cual indica para el grupo mayor comprensión sobre las funciones de las instituciones que deben garantizar la atención de niños de 0 a 5 años, con un reconocimiento de cómo el médico realiza la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en este grupo de edad y la importancia de estas acciones en el impacto de las condiciones de vida y salud.

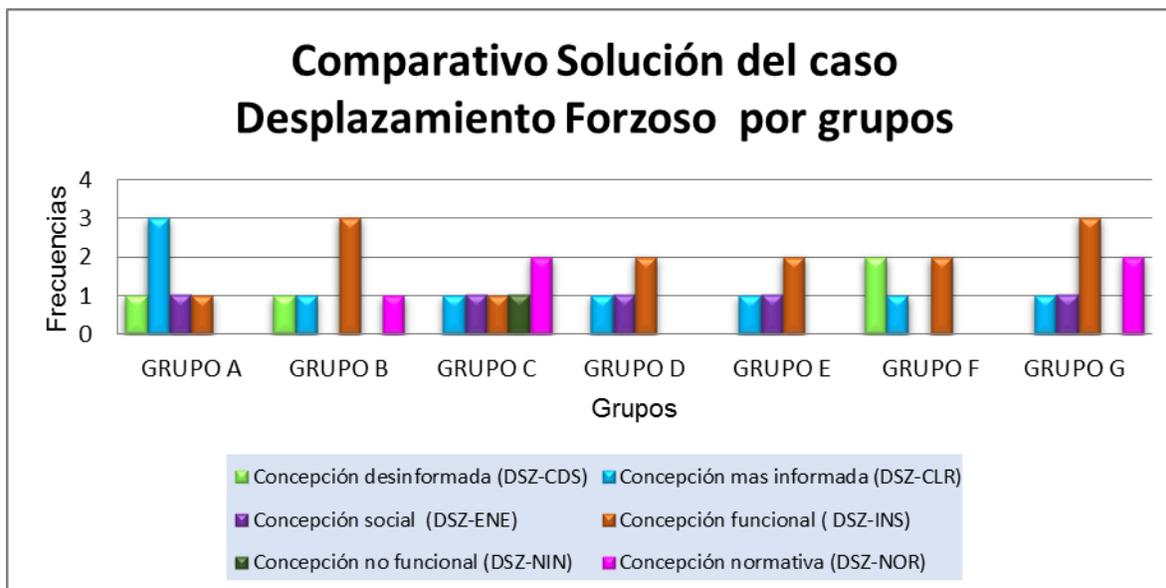
El grupo E planteó sus soluciones desde la concepción “funcional” con una frecuencia de 2 y frecuencias de 1 para las concepciones “más informada” y “social” respectivamente, lo cual indica para el grupo mayor comprensión sobre las funciones de las instituciones que deben garantizar la atención de niños de 0 a 5 años, con un reconocimiento de cómo el médico realiza la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en este grupo de edad y la importancia de estas acciones en el impacto de las condiciones de vida y salud. (Llama la atención que,

pese a que la forma del grupo de definir la solución es particular, su codificación muestra las mismas frecuencias en las mismas categorías del grupo D).

El grupo F planteó sus soluciones desde la concepción “desinformada” y “funcional” en 2 frecuencias respectivamente, y con frecuencia de 1 en la concepción “más informada”, lo cual indica que, pese a que para el grupo el concepto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad como acciones de la salud pública solo está en la categoría “más informada” en una de sus respuestas, logra identificarlo como concepto, además tiene una alta comprensión sobre las funciones de las instituciones que deben garantizar la atención de niños de 0 a 5 años, siendo el único grupo con este comportamiento en el desarrollo del caso.

El grupo G planteó sus soluciones desde una frecuencia de 3 para la concepción “funcional”, de 1 para las concepciones “más informada” y “social” respectivamente, y una frecuencia de 2 para la concepción “normativa”, lo cual indica para el grupo mayor comprensión sobre las funciones de las instituciones que deben garantizar la atención de niños de 0 a 5 años, así como un alto reconocimiento de cómo el médico debe orientar a su paciente para acceder a los servicios en cuanto a promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde las normas, sin desconocer el reconocimiento de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como acciones de la salud pública que impactan en las condiciones de vida y salud de los niños de 0 a 5 años.

Gráfica 10. Comparativo por grupos solución del caso desplazamiento y los determinantes de vida y salud



En la Gráfica 11 se puede observar el comportamiento de los siete grupos para la solución del caso asumiendo la discapacidad, en donde cada grupo sugirió soluciones que permitían ver la frecuencia de uso de las categorías establecidas de la siguiente manera:

El grupo A planteó sus soluciones al caso desde la concepción “más informada” con una frecuencia de 2 y una frecuencia de 1 para las concepciones “desinformada” y “social” respectivamente, lo cual indica para el grupo la capacidad de reconocer la discapacidad como una condición que se puede adquirir en cualquier etapa de la vida, con elementos de la teoría y la comprensión de la discapacidad como un tema que debe abordarse integralmente y un problema de salud pública.

El grupo B planteó sus soluciones al caso desde la concepción “social” con una frecuencia de 2 y una frecuencia de 1 para las concepciones “más informada” y “funcional” respectivamente, lo cual indica para el grupo la comprensión de la discapacidad como un tema que debe abordarse integralmente y un problema de

salud pública, pero que además como grupo identificó el rol del médico en la prevención de la discapacidad en todos los grupos etarios.

El grupo C planteó sus soluciones al caso desde la concepción “desinformada” con una frecuencia de 3 y desde la concepción “social” con una frecuencia de 1, lo cual indica que el grupo no identifica la discapacidad como una condición en la vida de una persona y la asume como una patología, pero que a su vez puede comprender que la discapacidad debe abordarse integralmente y es un problema de salud pública.

El grupo D planteó sus soluciones al caso desde la concepción “social” con una frecuencia de 3 y desde una concepción “desinformada” en una frecuencia de 1, lo cual indica la comprensión para el grupo de la discapacidad como un tema que debe abordarse integralmente y que a su vez es un problema de salud pública, pero que continua en menor frecuencia concibiendo la discapacidad como una patología.

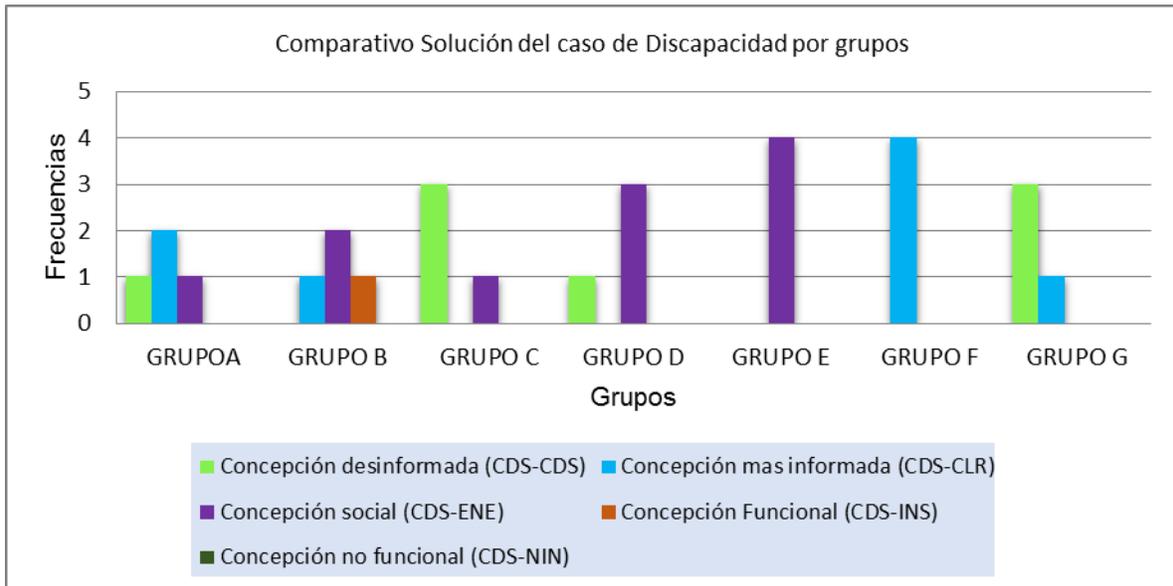
El grupo E planteó sus soluciones al caso desde la concepción “social” en todas sus respuestas con una frecuencia de 4, lo cual indica la comprensión para el grupo de la discapacidad como un tema que debe abordarse integralmente y que a su vez es un problema de salud pública.

El grupo F planteó sus soluciones al caso desde la concepción “más informada” en todas sus respuestas con una frecuencia de 4, lo cual indica que el grupo reconoce la discapacidad como una condición que se puede adquirir en cualquier etapa de la vida, con elementos de la teoría.

El grupo G planteó sus soluciones al caso desde la concepción “desinformada” en una frecuencia de 3 y “más informada” en una frecuencia de 1, lo cual indica notorias dificultades en el grupo para identificar la discapacidad como una

condición que se puede adquirir en cualquier momento de la vida y que asumen como una patología, lo que refuerza de alguna manera el concepto biologista.

Gráfica 11. Comparativo por grupos solución del caso asumiendo la discapacidad



En la Gráfica 12 se puede observar el comportamiento de los siete grupos para la solución del caso “Las tres demoras”, en donde cada grupo sugirió soluciones que permitían ver la frecuencia de uso de las categorías establecidas de la siguiente manera:

El grupo A planteó sus soluciones al caso desde la concepción “más informada” con una frecuencia de 4 y una frecuencia de 1 para las concepciones “relacionada” y “social” respectivamente, lo cual indica que el grupo reconoce de forma significativa la mortalidad materna perinatal como una situación evitable desde las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con elementos de la teoría, que además puede relacionar los contenidos clínicos adquiridos en su formación previa con las acciones de la salud pública, comprendiendo además por qué la mortalidad materna perinatal se relaciona con las condiciones de desarrollo de un país.

El grupo B planteó sus soluciones al caso desde la concepción “relacionada” con una frecuencia de 4, una frecuencia de 1 para la concepción “más informada”, y de 2 para la concepción “social”, lo cual indica que el grupo logró relacionar de manera significativa los contenidos clínicos adquiridos en su formación previa con las acciones de la salud pública, pero que además comprende con claridad que mortalidad materna perinatal se relaciona con las condiciones de desarrollo de un país.

El grupo C planteó sus soluciones al caso desde la concepción “relacionada” con una frecuencia de 3 y una frecuencia de 1 para la concepción “social” y la concepción “no relacionada” respectivamente, lo cual indica que el grupo logró relacionar de manera significativa los contenidos clínicos adquiridos en su formación previa con las acciones de la salud pública, pero que también comprende como la mortalidad materna perinatal se relaciona con las condiciones de desarrollo de un país.

El grupo D planteó sus soluciones al caso desde la concepción “relacionada” en una frecuencia de 3 y una frecuencia de 1 para las concepciones “más informada”, “social” y “no relacionada” respectivamente, lo cual indica que el grupo logró relacionar de manera significativa los contenidos clínicos adquiridos en su formación previa, reconociendo además la mortalidad materna perinatal como una situación evitable desde las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con elementos de la teoría, que impacta notoriamente en las condiciones de desarrollo de un país.

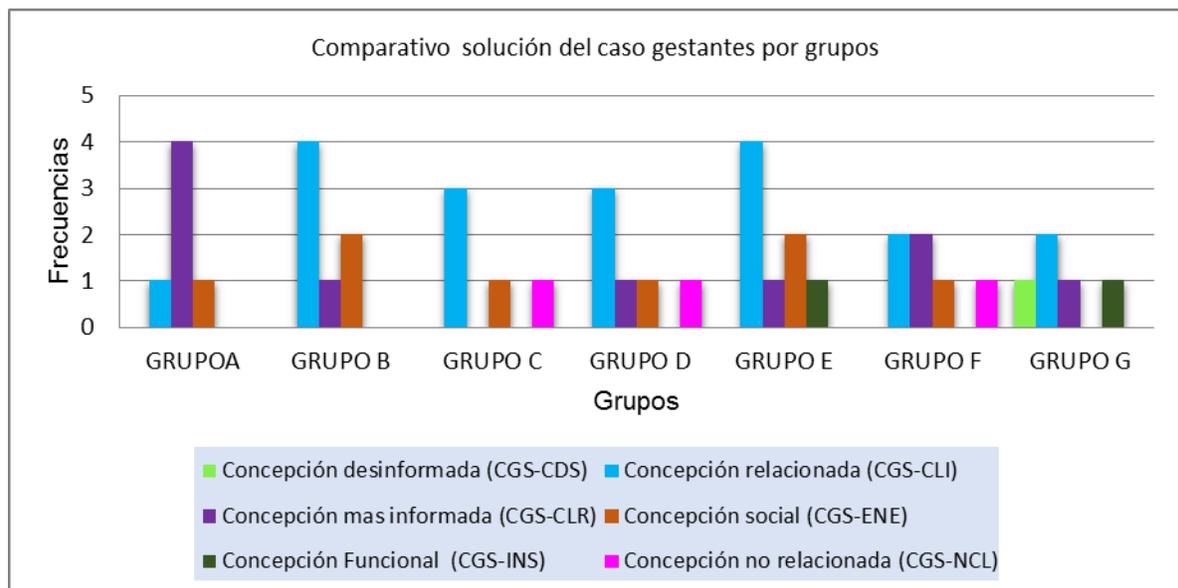
El grupo E planteó sus soluciones al caso desde la concepción “relacionada” con una frecuencia de 4, una frecuencia de 2 para la concepción “social” y una frecuencia de 1 para la concepción “más informada” y para la concepción “funcional” respectivamente, lo cual indica que el grupo logro relacionar de manera significativa los contenidos clínicos adquiridos en su formación previa, reconociendo el impacto de la mortalidad materna en las condiciones de desarrollo

de un país, además contempló en sus soluciones que esta se puede evitar desde las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, cuando el médico hace un adecuado manejo del embarazo y del parto.

El grupo F planteó para sus soluciones al caso las concepciones “relacionada” y “más informada” con frecuencia de 2 respectivamente y una frecuencia de 1 de la concepción “social”, lo cual indica que el grupo relaciona de forma significativa los contenidos clínicos adquiridos en su formación previa y la mortalidad materna perinatal como una situación evitable desde las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que impacta en las condiciones de desarrollo de un país.

El grupo G planteó para sus soluciones al caso la concepción “relacionada” en una frecuencia de 2 y una frecuencia de 1 para las concepciones “desinformada”, “más informada” y “funcional” respectivamente, lo cual indica que el grupo relaciona de forma significativa los contenidos clínicos adquiridos en su formación previa, reconociendo que la mortalidad materna perinatal es evitable desde las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y resalta la importancia de que el médico haga un adecuado manejo del embarazo y del parto.

Gráfica 12. Comparativo por grupos caso “Las tres demoras”



4.3.2 Análisis comparativo casos por grupos

En este apartado se analizarán el uso de las categorías que realizó cada uno de los siete grupos (A, B, C, D, E, F, G) frente a los tres casos planteados. El desplazamiento y los determinantes de vida y salud (desplazamiento), Asumiendo la discapacidad (discapacidad) y Las tres demoras (gestantes).

En la Gráfica 13 se observa que el grupo A para el caso de **desplazamiento**, planteó para su solución la categoría que identifica y describe las actividades que realiza el médico desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad con niños de 0 a 5 años, con elementos de la teoría, en una frecuencia de 3, pero a su vez tuvo dificultad en identificar estas mismas, en una frecuencia de 1, de igual manera en frecuencia de 1 reconocieron cómo la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad contribuyen a evitar enfermedades prevalentes en niños de 0 a 5 años, lo que impacta en las condiciones de vida y salud; además, en esa misma frecuencia de 1, pudieron reconocer las funciones y las instituciones que deben garantizar la atención integral de niños de 0 a 5 años.

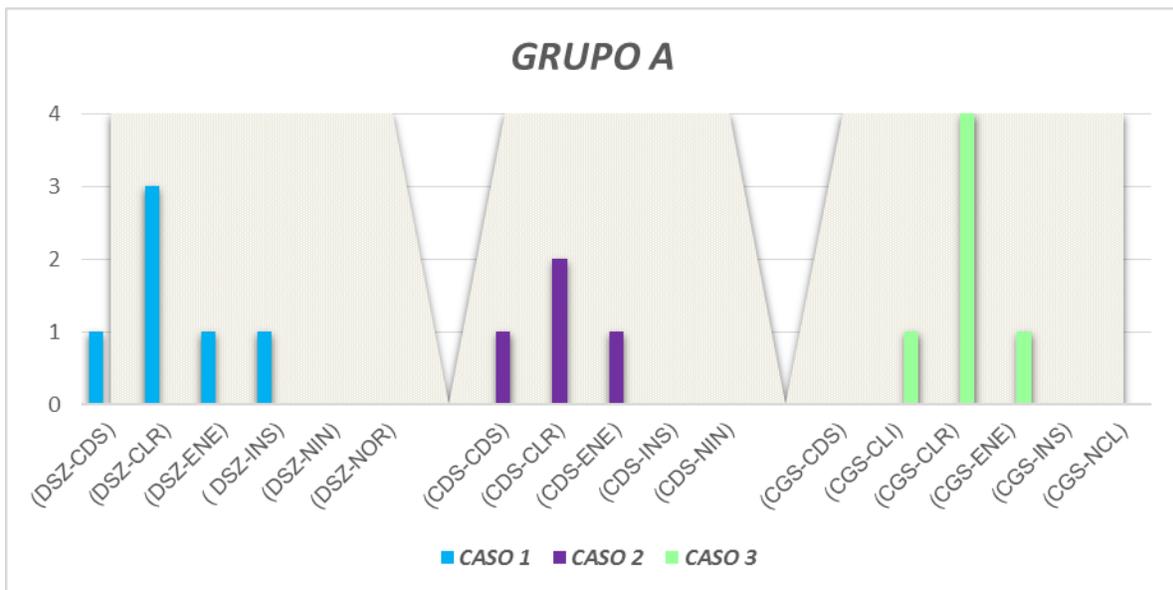
Este mismo grupo, en el caso de **discapacidad**, planteó su soluciones desde la categoría que reconoce la discapacidad como una condición que se puede adquirir en cualquier etapa de la vida, con elementos de la teoría, en una frecuencia de 2, pero a su vez tiene una frecuencia de 1 en la concepción que define a la discapacidad desde el concepto de patología; también en esa misma frecuencia de 1 logró la comprensión de la discapacidad como un tema que debe abordarse integralmente y un problema de salud pública.

Para el caso de **Gestantes** el grupo planteó sus soluciones desde la categoría que reconoce la mortalidad materna perinatal como una situación evitable desde las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con elementos de la teoría, en una frecuencia de 4, además pudo relacionar los contenidos clínicos adquiridos por el estudiante en su formación previa con las acciones de la

salud pública, en una frecuencia de 1 y comprendió esa misma frecuencia de 1, por qué la mortalidad materna perinatal se relaciona con las condiciones de desarrollo de un país.

Lo anterior evidencia que en este grupo se logró un uso significativo de la categoría más informada en los tres casos, que se explica desde la capacidad de identificar el rol del médico para la ejecución de la salud pública, en donde identificó situaciones diarias de la consulta, además de la comprensión de las problemáticas sociales como temas de la salud pública, con la posibilidad de ser intervenidas desde la Medicina.

Gráfica 13. Comparativo casos grupo A



En la Gráfica 14 se observa que el grupo B, en el caso de **desplazamiento**, planteó para su solución la categoría que reconoce las funciones y las instituciones que deben garantizar la atención de niños de 0 a 5 años, en una frecuencia de 3; no logra identificar cómo las actividades que realiza el médico desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad con niños de 0 a 5 años, se integran en la salud pública en una frecuencia de 1, pero describe dichas actividades desde la teoría en una frecuencia de 1; además, reconoce que el médico debe orientar a su paciente para acceder a los servicios en cuanto a

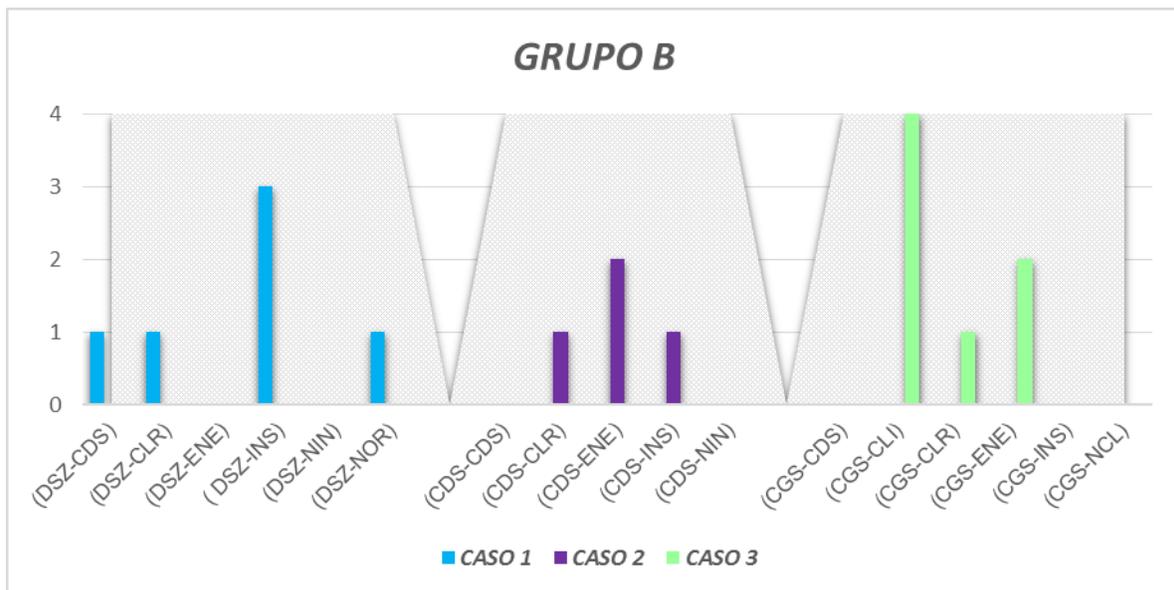
promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde las normas, en una frecuencia de 1.

Este mismo grupo, para el caso de **discapacidad**, planteó para su solución la categoría que muestra la comprensión de la discapacidad como un tema que debe abordarse integralmente y es un problema de salud pública, en una frecuencia de 2; logró reconocer a la discapacidad como una condición que se puede adquirir en cualquier etapa de la vida, con elementos de la teoría, en una frecuencia de 1; además identificó el rol del médico en la prevención de la discapacidad en todos los grupos etarios, en una frecuencia de 1.

Sus soluciones para el caso de **gestantes** fueron planteadas desde la categoría que relaciona los contenidos clínicos adquiridos por el estudiante en su formación previa con las acciones de la salud pública, en una frecuencia de 4, la identificación de la mortalidad materna perinatal como una situación evitable desde las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con elementos de la teoría, en una frecuencia de 1 y la comprensión de por qué la mortalidad materna perinatal se relaciona con las condiciones de desarrollo de un país, en una frecuencia de 2.

Estos resultados permiten identificar que para este grupo la comprensión del quehacer del médico desde la salud pública, en situaciones diarias de la consulta, fue progresivo; en el primer caso se enfocó en la atención de niños de 0 a 5 años como algo institucional, sin lograr establecer sus funciones y responsabilidad como médico. En el segundo caso comprendió la discapacidad como problema de salud pública, sin mayor reconocimiento de su rol como médico en ella. En el tercer caso fue evidente la capacidad de identificar cómo se relaciona su conocimiento clínico previo con la prevención de la mortalidad materna, como una importante acción de la salud pública.

Gráfica 14. Comparativo casos grupo B



En la Gráfica 15 se observa que el grupo C, en el caso de **desplazamiento**, planteó para su solución la categoría que reconoce cómo el médico debe orientar a su paciente para acceder a los servicios en cuanto a promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde las normas, en una frecuencia de 2; además logró identificar cómo las actividades que realiza el médico desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad con niños de 0 a 5 años, se integran en la salud pública, en una frecuencia de 1; reconoció que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad pueden evitar enfermedades en niños de 0 a 5 años y cómo esto impacta en las condiciones de vida y salud en una frecuencia de 1. De igual manera, comprendió las funciones y las instituciones que deben garantizar la atención de niños de 0 a 5 años, en una frecuencia de 1, pero lo deja solo en el plano institucional desconociendo su labor en ello, en una frecuencia de 1.

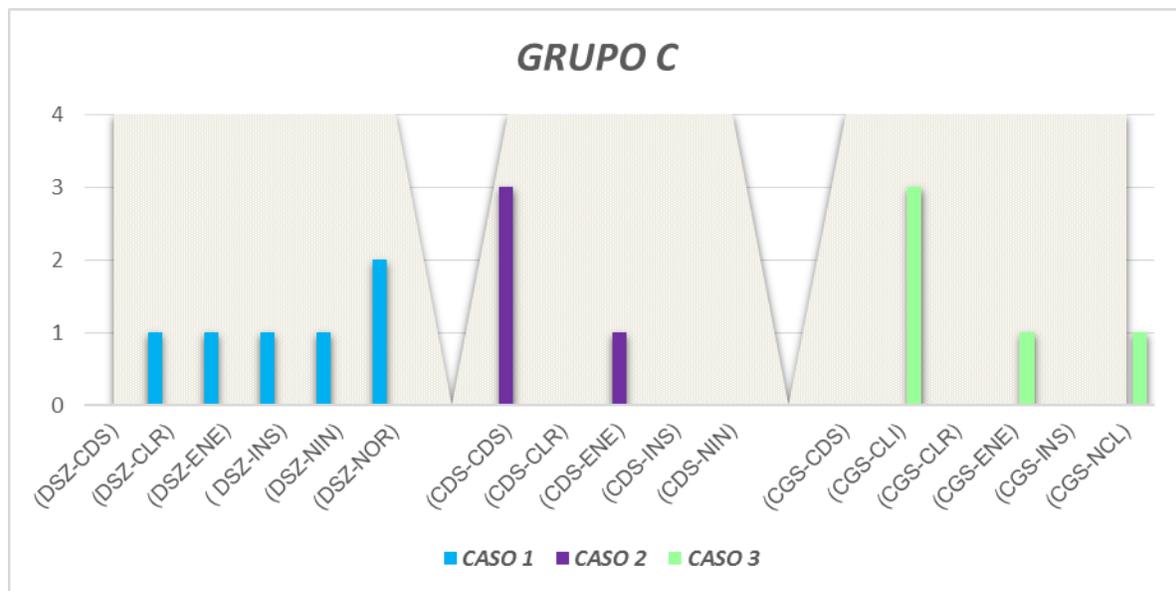
En el caso de **discapacidad**, este mismo grupo planteó para su solución la categoría en la que no identifica a la discapacidad como una condición en la vida de una persona y la asume como una patología, en una frecuencia de 3 y logró

comprender que la discapacidad debe abordarse integralmente como un problema de salud pública, en una frecuencia de 1.

En el caso de **gestantes**, planteó para su solución la categoría que relaciona los contenidos clínicos adquiridos por el estudiante en su formación previa, con las acciones de la salud pública, en una frecuencia de 3, logrando también la comprensión de por qué la mortalidad materna perinatal se relaciona con las condiciones de desarrollo de un país, en una frecuencia de 1; finalmente, mostró dificultad en una frecuencia de 1 para relacionar la clínica con la salud pública.

Esto permite afirmar que, a pesar de que el grupo identificó cómo ejecuta el médico las acciones de la salud pública, en los tres casos, estas acciones siguen siendo una problemática social, con mayor comprensión de su rol en el manejo de la prevención de la mortalidad materna y una arraigada concepción de la discapacidad como patología, con el desconocimiento de su rol médico para prevenirla.

Gráfica 15. Comparativo casos grupo C



En la Gráfica 16 se observa que el grupo D, para el caso de **desplazamiento**, planteó para su solución la categoría que reconoce las funciones y las instituciones que deben garantizar la atención de niños de 0 a 5 años, en una frecuencia de 2; además logró identificar y describir las actividades que realiza el médico desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad con niños de 0 a 5 años, con elementos de la teoría, en una frecuencia de 1; también la importancia de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el manejo de enfermedades evitables en niños de 0 a 5 años y cómo esto impacta en las condiciones de vida y salud, en una frecuencia de 1.

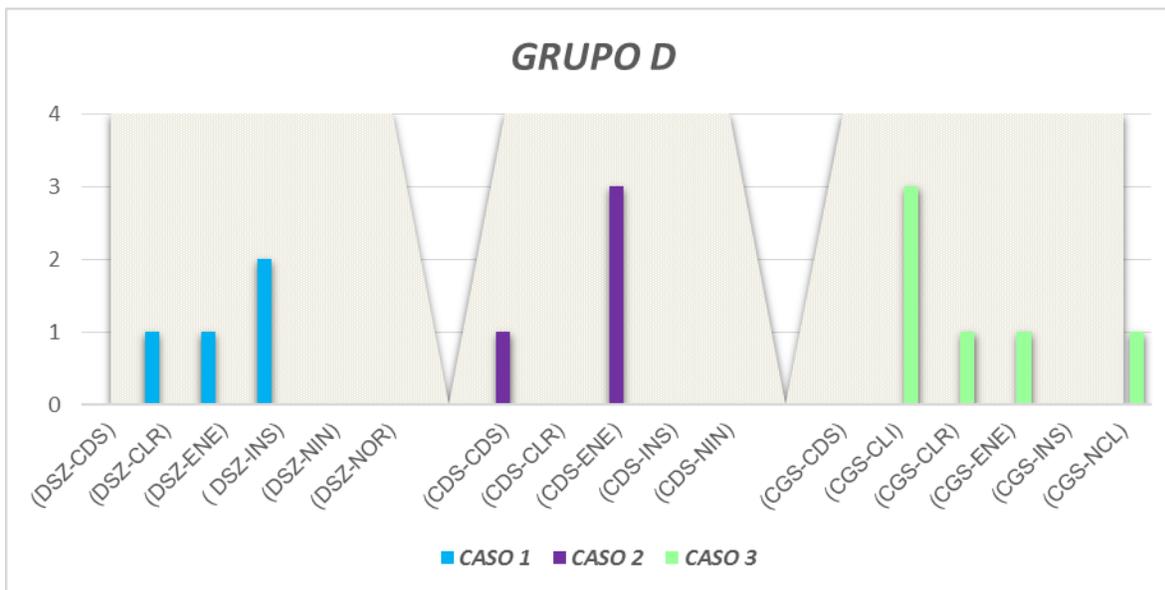
En el caso de **discapacidad**, planteó para su solución la categoría que evidencia la comprensión de la discapacidad como un tema que debe abordarse integralmente y un problema de salud pública, en una frecuencia de 3, y no logró identificar a la discapacidad como una condición en la vida de una persona, asumiéndola como una patología, en una frecuencia de 1.

Por último, en el caso de **gestantes**, utilizó la categoría que relaciona los contenidos clínicos adquiridos en su formación previa, con las acciones de la salud pública, en una frecuencia de 3, pero muestra la no relación de los mismos en una frecuencia de 1; logró reconocer a la mortalidad materna perinatal como una situación evitable desde las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con elementos de la teoría, en una frecuencia de 1. Finalmente, comprende por qué la mortalidad materna perinatal se relaciona con las condiciones de desarrollo de un país, en una frecuencia de 1.

Esto permite afirmar que el grupo comprendió que las acciones de la salud pública realizadas por el médico impactan en las condiciones de vida y salud de las comunidades; sin embargo, es más evidente la identificación del rol del médico en la prevención de la mortalidad materna como acción de la salud pública, así mismo, como menos identificación de su responsabilidad en la prevención de enfermedades evitables en niños de 0 a 5 años, mientras que en torno al manejo

de la discapacidad este quehacer se mantiene en función del concepto como una patología.

Gráfica 16. Comparativo casos grupo D



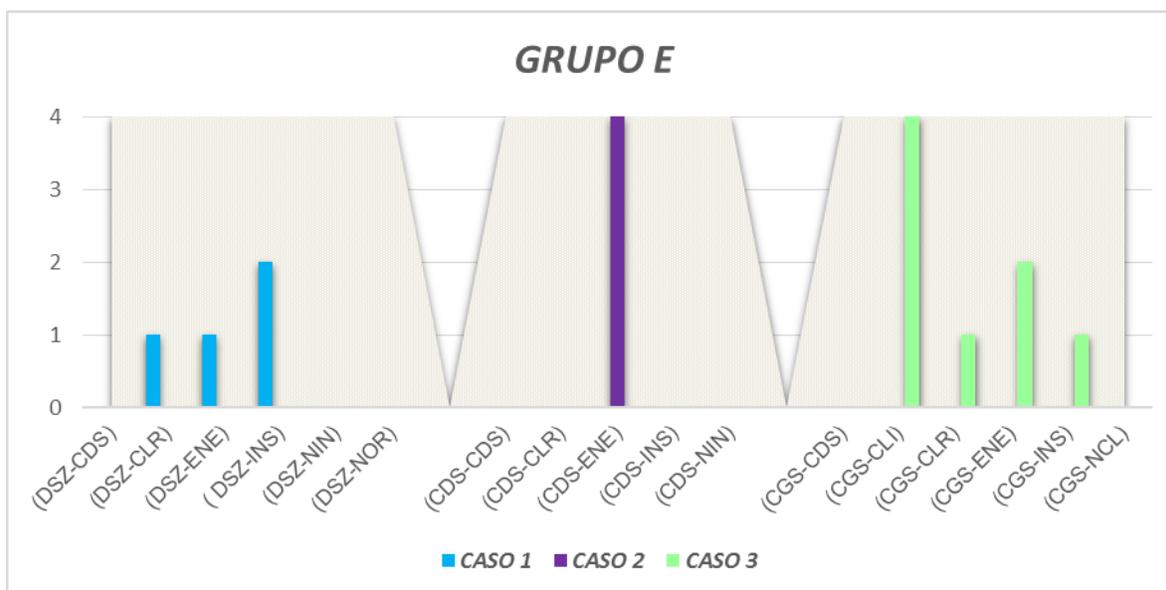
En la Gráfica 17 se observa que el grupo E, para el caso de **desplazamiento**, planteó para su solución la categoría que reconoce las funciones y las instituciones que deben garantizar la atención de niños de 0 a 5 años, en una frecuencia de 2, además identifica y describe las actividades que realiza el médico desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad con niños de 0 a 5 años, con elementos de la teoría, en una frecuencia de 1; finalmente logró reconocer la importancia de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el manejo de enfermedades evitables en niños de 0 a 5 años, y cómo esto impacta en las condiciones de vida y salud, en una frecuencia de 1.

En el caso de **discapacidad** planteó para su solución como única categoría en una frecuencia de 4, el concepto que evidencia la comprensión de la discapacidad como un tema que debe abordarse integralmente y es un problema de la salud pública.

En el caso de **gestantes** planteó para su solución la categoría que relaciona los contenidos clínicos adquiridos por el estudiante en su formación previa, con las acciones de la salud pública, en una frecuencia de 4, logró reconocer la mortalidad materna perinatal como una situación evitable desde las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con elementos de la teoría, en una frecuencia de 1; además relaciona la mortalidad materna perinatal con las condiciones de desarrollo de un país, en una frecuencia de 2.

Lo cual permite asegurar que, para este grupo, las intervenciones del médico en el ejercicio de la salud pública están plenamente identificadas en los tres casos, reconociendo importancia de la prevención para evitar enfermedades en niños de 0 a 5 años, la discapacidad como una condición de vida que debe tener un abordaje integral y cómo las acciones diarias del médico en su trabajo con gestantes, son propias de la salud pública y pueden llegar a evitar la mortalidad materna.

Gráfica 17 Comparativo casos grupo E



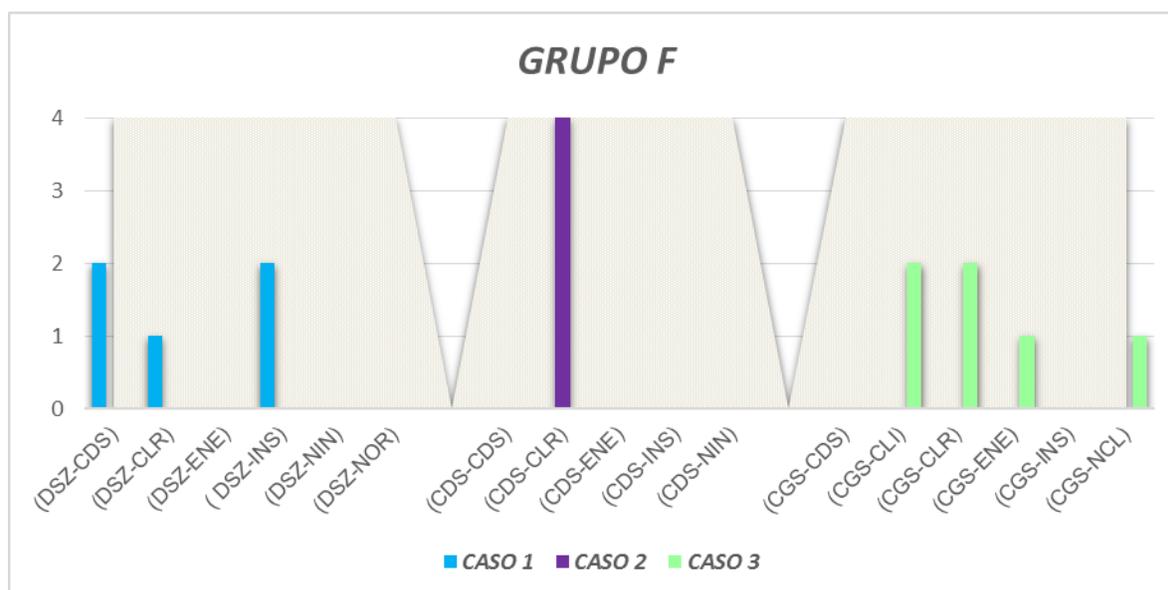
En la Gráfica 18 se observa que el grupo F, para el caso de **desplazamiento**, planteó para su solución la categoría en la cual no logra identificar cómo las actividades que realiza el médico desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad con niños de 0 a 5 años, se integran en la salud pública, en una frecuencia de 2; sin embargo, puede identificar las actividades que realiza el médico desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad con niños de 0 a 5 años, en una frecuencia de 1. Finalmente, puede reconocer las funciones y las instituciones que deben garantizar la atención de niños de 0 a 5 años, en una frecuencia de 2.

En el caso de **discapacidad** planteó para su solución como única categoría en una frecuencia de 4, el concepto que reconoce a la discapacidad como una condición que se puede adquirir en cualquier etapa de la vida, con elementos de la teoría.

Para el caso de **gestantes**, planteó para su solución la categoría en la que puede relacionar los contenidos clínicos adquiridos en su formación previa, con las acciones de la salud pública, en una frecuencia de 2, pero muestra una no relación de estos en una frecuencia de 1; así mismo, logró reconocer la mortalidad materna perinatal como una situación evitable desde las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con elementos de la teoría, en una frecuencia de 2. Finalmente, comprende por qué la mortalidad materna perinatal se relaciona con las condiciones de desarrollo de un país, en una frecuencia de 1.

Esto permite afirmar que para el grupo fue más complejo identificar las acciones de la salud pública en las intervenciones dirigidas a niños de 0 a 5 años. En torno a la discapacidad, el grupo llegó a la comprensión de esta como una condición, en la que identificó la importancia de las acciones del médico para prevenirla. Frente a la mortalidad materna perinatal el grupo logró comprender que las intervenciones médicas son acciones de la salud pública y cómo pueden redundar en la prevención de la misma.

Gráfica 18 Comparativo casos grupo F



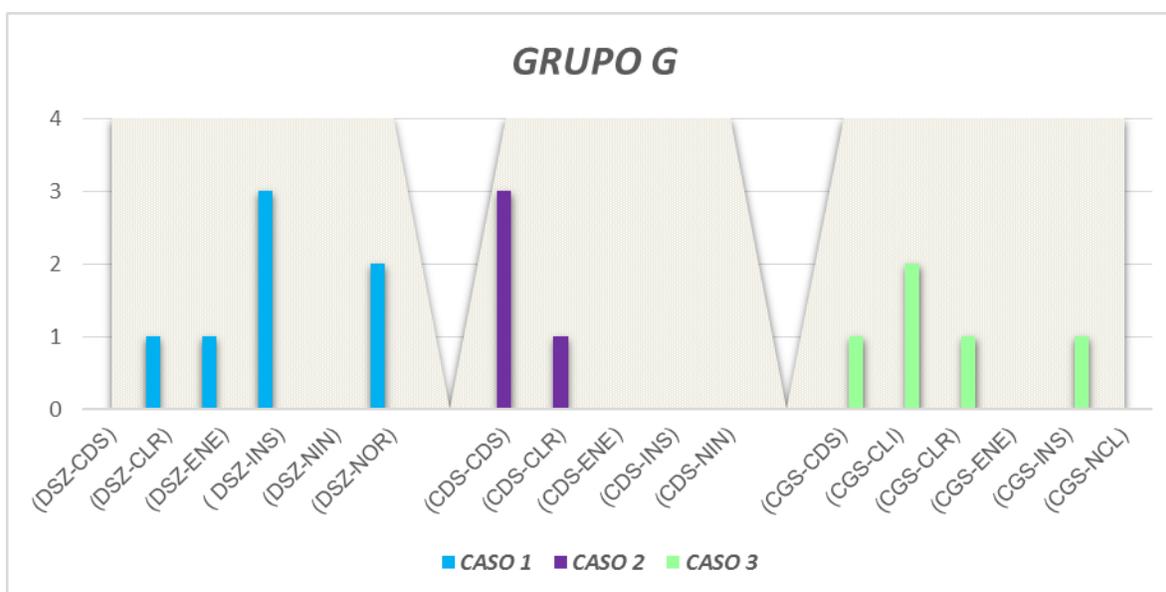
En la Gráfica 19 se observa que el grupo G, para el caso de **desplazamiento**, planteó para su solución la categoría en la cual reconoce las funciones y las instituciones que deben garantizar la atención de niños de 0 a 5 años, en una frecuencia de 3; también la comprensión de la importancia de que el médico oriente a su paciente para acceder a los servicios en cuanto a promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde las normas, en una frecuencia de 2. Además, logró identificar y describir las actividades que realiza el médico desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad con niños de 0 a 5 años, con elementos de la teoría, en una frecuencia de 1. Finalmente, la importancia de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el manejo de enfermedades evitables en niños de 0 a 5 años, y cómo esto impacta en las condiciones de vida y salud, en una frecuencia de 1.

Para el caso de **discapacidad**, la comprende como una patología, en una frecuencia de 3, pero, a su vez, refirió que se puede adquirir en cualquier etapa de la vida, con elementos de la teoría, en una frecuencia de 2.

Para el caso de **gestantes** planteó que los contenidos clínicos adquiridos en su formación previa se pueden aplicar a las acciones de la salud pública, en una frecuencia de 2; logró identificar a la mortalidad materna perinatal como una situación evitable desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en una frecuencia de 1, lo que contrasta con una no identificación de la misma en esa misma frecuencia de 1. Finalmente, logra resaltar la importancia de que el médico haga un adecuado manejo del embarazo y del parto, en una frecuencia de 1.

Lo anterior permite afirmar que el grupo reconoce cuáles son las acciones de la salud pública que debe realizar el médico en su quehacer diario en los tres casos, logrando identificar las intervenciones propias de la Medicina con niños de 0 a 5 años desde la salud pública, además de orientar a sus pacientes basado en la norma y el funcionamiento de las instituciones. Para las acciones del médico en lo relacionado con discapacidad la sigue definiendo como una patología, e identifica que es prevenible de manera integral. En el caso de mortalidad materna, logró aplicar sus conocimientos clínicos para prevenirla e identificó como un adecuado manejo del embarazo y del parto contribuyen para que no se presente.

Gráfica 19. Comparativo casos grupo G



4.4 Evaluación del curso en pre test y pos test

En este apartado se describirán los resultados obtenidos en el pre test y pos test de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, aplicado a los 38 estudiantes, antes del desarrollo y después del desarrollo del curso.

4.4.1 Resultados del pre test

En la Tabla 12 se muestra el número de ítems correctamente respondidos por los 38 estudiantes para la solución del pre test de respuesta múltiple, se observa en ella que el valor mínimo respondido por el estudiante CAR es de 7; asimismo, el valor máximo de 15 para el estudiante CAM, ($\mu = 11,84$; $\sigma = 1,84$).

C= Correcta, I= Incorrecta, RC= Respuestas Correctas

Tabla 12. Consolidado respuesta pre test de selección múltiple

Seudónimo	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P1 0	P1 1	P1 2	P1 3	P1 4	P1 5	RC
AUS	/	C	I	C	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	12
CAR	C	I	C	I	I	C	C	I	I	C	C	I	C	I	I	7
BRO	I	C	C	I	C	C	C	I	I	C	C	I	C	C	C	10
CAM	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	15
CAV	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	I	C	13
DIP	I	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C	I	C	C	C	12
DOR	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C	I	C	I	I	11
EDI	C	C	C	C	I	C	C	I	C	I	C	C	C	C	C	12
ESP	I	C	C	I	C	C	C	C	C	C	C	I	C	I	C	11
EUL	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C	C	C	C	C	14
GIS	C	C	C	C	I	C	C	C	I	C	C	C	C	C	C	13
HER	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C	I	C	C	C	13
BET	C	I	I	I	C	C	C	C	C	C	C	C	I	I	C	10
GOA	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C	I	C	C	C	13
ISI	C	C	C	I	C	C	C	C	I	C	C	C	C	C	C	13
JAF	I	C	I	C	C	C	I	C	C	C	C	C	I	C	C	11

PEF	I	C	C	C	C	C	C	I	I	I	C	I	C	I	C	9
JOA	C	C	C	I	C	C	C	C	I	C	C	C	C	I	C	12
ENF	I	C	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	13
JUC	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C	C	C	C	C	C	14
JUD	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C	I	12
JUR	I	C	I	I	C	C	C	I	I	C	C	I	C	C	C	9
LOC	C	I	C	I	C	C	C	C	I	C	C	C	C	C	C	12
LAM	C	C	I	C	C	I	C	C	C	C	C	C	C	C	I	12
LAG	C	C	C	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	14
LAU	I	C	C	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	13
MAR	C	C	C	C	C	C	C	I	I	I	C	I	C	I	C	10
MEL	C	C	I	I	C	C	I	I	I	C	C	I	I	C	C	8
MIV	C	C	C	I	C	I	C	C	I	I	C	C	C	C	I	10
JUA	C	C	C	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	14
SET	C	C	C	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	13
STIV	I	C	C	I	C	C	C	C	I	C	C	C	C	I	C	11
VAM	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C	C	C	C	C	14
VIM	C	C	C	C	C	C	C	I	I	C	C	I	I	C	C	11
XIF	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C	C	C	C	C	14
YEG	I	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C	C	C	C	C	13
NAS	C	I	I	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C	C	12
YIM	I	C	C	I	C	I	C	C	I	C	C	I	C	C	C	10
MÍNIMO NÚMERO DE RESPUESTAS CORRECTAS																7
MÁXIMO NÚMERO DE RESPUESTAS CORRECTAS																15
PROMEDIO																11,84
DESVIACIÓN ESTÁNDAR																1,84

4.4.2 Resultados del pos test

En la Tabla 13 se muestra el número de ítems correctamente respondidos por los 38 estudiantes para la solución del pos test de respuesta múltiple, se observa en ella que el valor mínimo respondido por el estudiante MEL es de 6 y el valor

máximo de 15 para los estudiantes; GOA, PEF, JUD, LOC, LAU y VAM, ($\mu = 12,37$; $\sigma = 2,14$).

C= Correcta, I= Incorrecta, RC= Respuestas Correctas

Tabla 13. Consolidado respuesta pos test de selección múltiple

Seudónimo	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	RC
AUS	C	C	I	I	C	C	C	C	C	C	C	I	C	I	C	11
CAR	C	C	I	I	I	I	C	C	C	C	C	I	C	I	C	9
BRO	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C	C	14
CAM	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C	C	C	C	C	14
CAV	C	C	C	C	I	C	C	I	C	C	C	C	C	C	C	13
DIP	I	C	C	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	I	11
DOR	C	C	C	C	I	C	C	I	C	C	C	C	C	I	C	12
EDI	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	I	C	13
ESP	I	C	C	I	C	C	C	C	C	C	C	I	C	I	I	10
EUL	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C	C	C	C	C	14
GIS	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	14
HER	C	C	C	C	C	C	C	I	I	C	C	I	C	I	C	11
BET	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C	C	C	C	C	14
GOA	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	15
ISI	C	C	C	I	C	C	C	C	I	C	C	C	C	I	C	12
JAF	C	I	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	12
PEF	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	15
JOA	C	C	C	I	C	C	C	C	I	C	C	I	C	I	C	11
ENF	C	C	C	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	13
JUC	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C	C	C	C	C	14
JUD	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	15
JUR	I	C	I	I	C	C	C	C	I	C	C	I	C	C	I	9
LOC	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	15
LAM	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C	C	C	C	C	C	14
LAG	C	C	I	C	C	I	C	I	I	C	C	I	C	C	C	10

LAU	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	15
MAR	C	C	I	I	C	C	C	C	I	I	C	I	C	I	C	9
MEL	C	C	C	I	I	C	I	I	C	C	I	I	I	I	I	6
MIV	C	C	C	C	C	C	I	C	C	C	I	I	C	I	C	11
JUA	C	C	I	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	13
SET	C	C	I	C	C	C	C	I	C	C	C	C	C	I	C	12
STIV	I	C	I	I	C	C	C	C	I	C	C	C	C	C	C	11
VAM	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	15
VIM	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	I	C	13
XIF	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C	C	C	C	C	14
YEG	I	C	C	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	I	11
NAS	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C	C	14
YIM	I	C	C	I	C	C	C	C	I	C	C	C	C	I	C	11
MÍNIMO NÚMERO DE RESPUESTAS CORRECTAS																6
MÁXIMO NÚMERO DE RESPUESTAS CORRECTAS																15
PROMEDIO																12,37
DESVIACIÓN ESTÁNDAR																2,14

4.4.3 Resultados del test de satisfacción del curso

En la Tabla 14 se muestra el consolidado de respuestas planteadas en el test de satisfacción del curso, aplicado a los 38 estudiantes en la sesión cinco, se observa en ella que el valor mínimo calificado por el estudiante CAM es de 45 y el valor máximo calificado por los estudiantes EDI y LAM fue de 55, ($\mu = 51,45$; $\sigma = 2,67$).

Tabla 14. Consolidado test de satisfacción del curso

Seudónimo	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	Puntaje
AUS	5	5	5	5	5	3	4	5	4	5	5	51
CAR	5	5	4	5	5	4	5	5	5	4	4	51
BRO	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	53

CAM	5	5	4	4	4	3		5	5	5	5	45
CAV	4	5	4	5	4	3	4	3	4	5	5	46
DIP	4	5	5	4	4	5	5	4	4	5	5	50
DOR	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	53
EDI	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	55
ESP	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	54
EUL	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	55
GIS	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	53
HER	5	5	4	4	4	4	5	5	5	5	5	51
BET	5	5	4	4	4	4	5	4	5	5	5	50
GOA	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	53
ISI	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	52
JAF	4	4	5	4	4	4	5	4	5	5	5	49
PEF	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	54
JOA	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	53
ENF	5	5	4	4	4	4	5	4	4	5	4	48
JUC	5	4	5	4	4	5	4	5	4	5	4	49
JUD	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	53
JUR	4	5	4	3	3	4	5	4	4	5	5	46
LOC	5	4	5	5	5	5	4	4	5	5	5	52
LAM	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	55
LAG	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	53
LAU	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	54
MAR	5	4	4	3	4	4	4	4	5	5	5	47
MEL	4	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	52
MIV	5	5	4	4	5	4	4	5	5	5	5	51
JUA	4	5	4	5	5	4	5	4	4	5	5	50
SET	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	52
STIV	5	5	5	4	4	4	5	4	4	4	4	48
VAM	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	54
VIM	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	54
XIF	5	5	4	5	4	5	4	5	5	5	5	52
YEG	5	5	4	4	4	4	5	4	5	5	5	50

NAS	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	54
YIM	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	53
MIN												45,00
MAX												55,00
PROMEDIO												51,45
DESVIACIÓN ESTÁNDAR												2,67

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES

Objetivo general: evaluar el efecto en el aprendizaje de los estudiantes de Medicina de noveno semestre de la Universidad Antonio Nariño tras el desarrollo del curso de promoción y prevención en el que se trabajan temas de salud pública.

Se evidencia la mejora de las concepciones de manera general en las tres variables planteadas para el desarrollo del curso: a) salud pública, b) promoción de la salud, y c) prevención de la enfermedad. No obstante, hubo temas como el de promoción de la salud donde persistieron las concepciones “desinformada” y “medianamente informada”; este tuvo una leve mejoría en las concepciones de los estudiantes con respecto a los demás temas con un 47 % de participantes que lograron la concepción “más informada”. Sin embargo, un número representativo del grupo, el 48 % la continuó definiendo de manera desinformada y medianamente informada. El curso, por lo tanto, debe ser mejorado en cada una de sus versiones, con especial cuidado de este concepto buscando mejores resultados en los estudiantes. Que permitan lo planteado por Navarro (2012), en lo relacionado con la comprensión de la importancia para el medico de su rol frente a las actividades de la salud pública.

Objetivo 1: diseñar y aplicar una estrategia de formación didáctica para trabajar con estudiantes de Medicina de noveno semestre de la UAN, desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la salud pública, problemas de la comunidad.

Se diseñó e implemento el curso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el cual fue desarrollado por medio de la estrategia de formación didáctica, a través de tres casos prácticos que fueron diseñados por la autora y trabajados en sesiones de cuatro horas cada una con el grupo de estudiantes, en

donde ellos discutieron las diferentes y posibles soluciones de problemas de salud de comunidades específicas (niños de 0 a 5 años, población con discapacidad y gestantes), haciendo uso de sus conocimientos en Medicina, habilidades clínicas previas y conceptos planteados en el curso, identificando al finalizar del mismo cómo ejecuta la salud pública el médico en su quehacer diario.

Este curso resultó ser efectivo, como se puede comprobar en el análisis de las medias del cuestionario de promoción y prevención de selección múltiple que se aplicó en pre test y pos test pasando de una media **11,84** a **12,37**. Lo que se puede vincular con lo planteado por Ausbel (1997), en lo referente a la relación de un concepto o idea previa del sujeto que puede relacionar con una nueva idea y anclar para generar un aprendizaje duradero, lo que realmente buscaban los casos prácticos.

Objetivo 2: analizar los casos prácticos trabajados durante el curso de promoción y prevención de los estudiantes de Medicina de la UAN con los que trabajan temas de salud pública.

Frente al caso 1, donde la autora pretendía que los estudiantes identificaran las acciones de la salud pública para la atención de niños de 0 a 5 años en condición de desplazamiento forzoso, los estudiantes usaron para la solución del caso en un significativo número de oportunidades (14) el código DSZ-INS. Correspondiente a la categoría funcional, que significa “el reconocimiento de las funciones y las instituciones que deben garantizar la atención de niños de 0 a 5 años”. De esta forma, del pre test al pos test cambió la concepción más informada de la salud pública del 13 % al 58 %.

Asimismo con el caso 2, donde se pretendía que los estudiantes identificaran la discapacidad como una condición de vida, y no como una enfermedad, conceptualizando aquí la promoción de la salud, los participantes identificaron a esta como una acción indispensable en la atención de personas con discapacidad,

por medio de un uso significativo del código CDS-ENE correspondiente a la concepción social, en una frecuencia de uso de (11), que reconoce la discapacidad como problema de salud pública, que se debe abordar de manera integral por todo el equipo de salud. Cambiando del pre test al pos test la concepción más informada de la promoción de la salud del 8 % al 47 %.

Finalmente, en el caso 3, donde se buscaba lograr la comprensión de cómo la prevención de la enfermedad puede evitar la mortalidad materna, los estudiantes identificaron cómo es ejecutada por el médico en la atención de las gestantes, mostrando un uso significativo de la concepción “relacionada”, código CGS-CLI, en una frecuencia de 19, que permitió evidenciar que a través de la solución de este caso los participantes lograron relacionar los contenidos clínicos adquiridos en su formación previa con las acciones de la salud pública, cambiando del pre test al pos test la concepción más informada de la prevención de la enfermedad del 26% al 66 %.

Objetivo 3: diagnosticar las concepciones de los estudiantes de Medicina de la UAN de noveno semestre sobre la salud pública, promoción de la salud y prevención de la enfermedad antes (pre- test) del desarrollo del curso.

En el diagnóstico de las concepciones de salud pública, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se notó que el grupo en general tiene una concepción desinformada de lo que es la salud pública, definiéndola en un 66 % como una obligación puramente estatal, como un proceso que busca la satisfacción de las necesidades que el hombre va teniendo a lo largo de la vida.

En el concepto de promoción de la salud, previo al curso los estudiantes definieron la variable en su gran mayoría desde la categoría “menos informada” en un 55 %, reiterando que los planes de estudio de los programas de Medicina están cargados de contenidos clínicos que desde el inicio de la formación refuerzan en

el estudiante que el quehacer del médico está estrechamente relacionado con la aparición de la enfermedad.

Para el concepto de prevención de la enfermedad, las concepciones fueron definidas por el grupo en un representativo porcentaje del 48 % desde la categoría “medianamente informada”, y un 26 % para la “desinformada”; sin embargo, solo es planteada desde la concepción “más informada” como estrategia que con acciones como el diagnóstico oportuno, la rehabilitación y el cuidado de la enfermedad puede evitar desde la aparición hasta sus complicaciones, mediante sus diferentes niveles de intervención por un 26 % de los participantes.

Objetivo 4: evaluar las concepciones de los estudiantes de Medicina de la UAN de noveno semestre sobre la salud pública, promoción de la salud y prevención de la enfermedad después (pos-test) del desarrollo del curso.

En la evaluación de las concepciones posterior al desarrollo del curso se observó el aumento en porcentajes de la concepción “desinformada” a la “más informada” para las tres variables así: en el concepto de salud pública del 3 % al 58 %; en el concepto de promoción de la salud del 11 % al 47 %; y, en el de prevención de la enfermedad, del 8 % al 66 %. Evidenciándose que el concepto de promoción de la salud tiene un representativo 37 % de estudiantes que continúan en la concepción medianamente informada.

CAPÍTULO 6

RECOMENDACIONES Y PROSPECTIVA DE FUTUROS ESTUDIOS

Es importante revisar en el comité curricular de la facultad de medicina la posibilidad de diseñar y utilizar casos prácticos para favorecer el aprendizaje en otras asignaturas con contenidos normativos como administración en salud I; II y III, lo cual puede redundar en mayor comprensión de las normas y leyes que rigen el ejercicio profesional del médico en Colombia.

Los resultados permiten evidenciar la necesidad de fortalecer el curso con el diseño de nuevos casos prácticos, que refuercen el concepto de promoción de la salud y el rol del médico en las demás actividades de la salud pública.

Diseñar casos prácticos que incluyan a la salud pública como una disciplina transversal en asignaturas clínicas como: medicina interna, cirugía general, ginecología y pediatría donde se pueda ver la intervención del médico general las actividades de la salud pública.

Teniendo en cuenta que este curso se aplicó a un solo grupo de estudiantes de la facultad de medicina de la Universidad Antonio Nariño, es importante realizarlo en otras cohortes con el fin de poder extrapolar los resultados obtenidos para medir el impacto.

Teniendo en cuenta la posibilidad de medir el impacto de la intervención de manera comparativa sería importante poder aplicar el curso en otras facultades de medicina, de Bogotá buscando se incluyan universidades públicas.

Lista de Referencias

- Abad Gómez, H. (1987). *Fundamentos éticos de la salud pública*. (U. de Antioquia, Ed.). Medellín, Colombia.
- Almeida Filho, N., & Silva Paim, J. (1999). La Crisis de la Salud Pública Y El Movimiento de la Salud Colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales*, 75, 5–30. Retrieved from <http://cursos.campusvirtualsp.org/mod/resource/view.php?id=2254%5Cnhttp://xa.yimg.com/kq/groups/23550609/1156566707/name/Crisis+SP-A+Filho.Silva+Paim.pdf>
- Ausubel, D. (1997). Teoría del aprendizaje significativo. *Fascículos de CEIF*, 1–10. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Delgado, G. (1998). Desarrollo histórico de la salud pública en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 24, 110–118.
- Díaz Barriga Arceo, F. (2003). Cognición situada y estrategias para el aprendizaje significativo. *REDIE. Revista Electrónica de Investigación Educativ*, 105–117.
- Eslava, J. C. (2002). Promoción y Prevención en el Sistema de Salud en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 4, 1–12.
- Franco, A. (2006). Tendencias y teorías en salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24, 120–121.
- G., Á. F., Gómez, L. F., Ibarra, M. L., Lucumí, D. I., Arango, C. M., Parra, A., ... II, P. F. (2006). Plan Decenal de Salud Pública. *Global Health Promotion*, 19(3), 2012–2021. <https://doi.org/10.1177/1757975912453861>
- HD, B. (1972). Flexner and medical education in Colombia. *J Med Educ*, 47.
- Jarillo, E., & Lopez, O. (2007). Salud Pública: Objeto de Conocimiento, Prácticas y Formación. *Revista de Salud Pública*, 9, 141–143.
- Ma Carmen Davó-Blanesa, Carmen Vives-Casesa, b, José Luis Barrio-Fernándezc, Miquel Portad, Fernando G. Benavidese, b, Á. G. de M. (2015). Competencias y contenidos comunes de salud pública del Grado en Medicina

- en las universidades españolas. *Gaceta Sanitaria*, 13, 97–103.
- Medrano Albero, M. J. (2003). Enseñar salud pública. *Educación Médica. Scielo*, 6, 18–19.
- Mendoza, A. (2003). *El estudio de Casos*. (T. S.A., Ed.). Mexico.
- Muñoz, fernando y Lopez, D. (2000). Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8, 127.
- Muñoz, F., López-Acuña, D., Halverson, P., Guerra de Mercado, C., Hanna, W., Larrieu, M., ... Zeballos, J. L. (2000). Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1/2), 126–134. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892000000700017>
- Navarro, V. (2002). Salud pública Colombia: Decreto 1665. *Pontificia Universidad Javeriana*.
- Ospina, J. M. (2011). La formación de médicos generales según los requerimientos del sistema general de seguridad social en salud en Colombia. *Rev Colomb Anestesiología*, 40.
- Peñaranda C., F., Giraldo G., L., & Barrera P., L. H. (2015). La enseñanza de la educación para la salud: ¿una confrontación a la teoría y la práctica de la salud pública como disciplina? *Teaching Education for Health: ¿a Confrontation with the Theory and Practice of Public Health as a Discipline?*, 33(3), 353–360. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n3a04>
- Prieto, A., Delgado, S., & Bandrés, F. (2008). *Curso de especialista en salud pública municipal*. (S. L. ADEMÁS Comunicación, Ed.). Madrid, España.
- Ruiz-Lurduy, R., Rocha-Buelvas, A., Pérez-Hernández, E., & Córdoba-Sánchez, C. (2016). Desarrollo social y salud pública. Reflexiones en torno a la interculturalidad. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 34, 380–388.
- Scardamalia, M., & Bereiter, C. (1999). Today's children, tomorrow's society: The developmental health and wealth of nations. *Schools as Knowledge Building Organizations*, 274–289.
- Valencia, & M. (2011). Aportes de los nuevos enfoques para la conformación de la

salud pública alternativa. *Fac. Nac. Salud Pública*, 29, 85–93.

Wasserman, S. (1994). *El estudio de casos como método de enseñanza*. (A. Editores, Ed.). Buenos Aires, Argentina.

ANEXOS

Anexo 1. Test sobre promoción y prevención selección múltiple

Anexo 1. TEST SOBRE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN SELECCIÓN MÚLTIPLE	
Nombre:	Género:
Fecha:	Edad:
Objetivo: Evaluar los conceptos que tienen los estudiantes de noveno semestre de Medicina sobre programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, discapacidad y promoción de la salud de la gestante, como temas importantes de la salud pública.	
Seleccione la respuesta que considera correcta, marcando con x.	
1. La promoción de la salud es:	
a. La obligación que tiene el Estado de velar por la salud de sus habitantes.	
b. La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud.	
c. Son todas las actividades de capacitación, información y educación continua que llevan deliberadamente a la población a la modificación o reforzamiento de comportamientos.	
2. El médico debe ser por excelencia:	
a. Un educador en salud.	
b. Un profesional que genere confianza en la consulta.	
c. Un experto en la formulación de medicamentos.	
3. La salud pública busca favorecer por medio de programas, planes, políticas y actividades:	
a. El aseguramiento de las personas.	
b. Las condiciones favorables de salud de una comunidad.	
c. Las coberturas en atención en salud.	
4. La promoción de la salud busca reforzar comportamientos que:	
a. Promuevan estilos de vida saludable en los individuos.	
b. Empoderen a las comunidades de sus derechos en salud.	

c. Aumenten la participación de las comunidades en las actividades de salud.
5. La prevención de la enfermedad son una serie de actividades que buscan evitar la aparición de enfermedades específicas.
a. Es correcta la anterior afirmación.
b. Dependiendo del tipo de enfermedad.
c. Ninguna de las anteriores.
6. Los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, deben ser gratuitos y cubrir a toda la población del territorio nacional.
a. Es correcta la anterior afirmación.
b. Estos programas solo cubren a personas beneficiarias de los planes subsidiados del Estado.
c. Ninguna de las anteriores
7. La toma de citología vaginal es una actividad que hace parte de los programas de promoción y prevención de nuestro país.
a. Es correcta la anterior afirmación.
b. Solo aplica para personas del régimen subsidiado.
c. Ninguna de las anteriores.
8. La deficiente salud de las gestantes es un indicador de pobreza de un país.
a. Es correcta la anterior afirmación.
b. Este indicador solo se utiliza en países en vías de desarrollo.
c. Ninguna de las anteriores.
9. Es una estrategia del plan de choque de la mortalidad materna:
a. Posicionar el tema de la mortalidad materna en la agenda pública.
b. Hacer capacitaciones a las gestantes.
c. Habilitas más servicios de salud para las gestantes.
10. En Colombia existe una Política nacional de salud sexual y reproductiva.
a. Es correcta la anterior afirmación.
b. Estas políticas son de uso exclusivo para los adolescentes.
c. Ninguna de las anteriores
11. La condición de discapacidad:
a. Es adquirida durante la gestación.
b. Se adquiere en el proceso del parto.

c. se puede adquirir en cualquier momento de la vida.
12. La discapacidad se divide en:
a. Deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales.
b. Limitaciones cognitivas y físicas.
c. Lesiones que afectan una función.
13. Existen normas internacionales que propenden por la eliminación de todas las formas de discriminación de las personas en condición de discapacidad.
a. Verdadero.
b. Dependiendo de la región en la que se busque aplicar la norma.
c. Ninguna de las anteriores.
14. Colombia cuenta con un dinámico y nutrido desarrollo normativo en relación a la atención y protección de las personas en condición de discapacidad.
a. Es correcta la anterior afirmación.
b. De vez en cuando siempre que el contexto lo permita.
c. Ninguna de las anteriores.
15. La discapacidad es un concepto que evoluciona porque:
a. Resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.
b. La Organización Mundial de la Salud, asumió el tema como propio.
c. Los países realizaron acuerdos internacionales para ello.

Nota: Las respuestas correctas están señaladas en este anexo con color amarillo.

Anexo 2 . Formato sobre concepciones promoción y prevención

Anexo 2. FORMATO SOBRE CONCEPCIONES PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	
Nombre:	Género:
Fecha:	Edad:
Objetivo: conocer los conceptos de los estudiantes sobre: salud pública, prevención de la enfermedad y promoción de la salud.	
Defina con sus palabras cada uno de los siguientes conceptos:	
1. ¿Qué es la salud pública?	
2. ¿Qué es promoción de la salud?	
3. ¿Qué es prevención de la enfermedad?	

Anexo 3. Test de satisfacción del curso

Anexo 3. TEST DE SATISFACCIÓN DEL CURSO						
FECHA:						
NOMBRE:						
Objetivo: evaluar las opiniones que tienen los estudiantes del curso Módulo de Promoción y Prevención realizado con la estrategia de solución de casos prácticos.						
Califique cada aspecto entre 1 y 5; donde 5 es totalmente de acuerdo; 4, de acuerdo; 3, aceptable; 2, en desacuerdo; y, 1 totalmente en desacuerdo.						
TEST DE SATISFACCIÓN DEL MÓDULO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD						
No.	ASPECTOS A EVALUAR	1	2	3	4	5
1	Considera que la metodología de resolución de casos prácticos desarrollada para los tres temas del módulo fue adecuada y favorece su aprendizaje.					
2	Considera que el dominio de cada uno de los temas de la docente durante el módulo es satisfactorio.					
3	Frente a lo que es la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad considera que su nivel de aprendizaje una vez terminado el módulo satisfactorio.					
4	Frente a lo que es la discapacidad considera que su nivel de aprendizaje una vez terminado el módulo es satisfactorio.					
5	Frente a lo que es la normatividad en salud sexual y reproductiva y prevención de morbilidad materna, considera que su nivel de aprendizaje una vez terminado el módulo satisfactorio.					
6	Considera que este tipo de metodología le permitió adquirir destrezas para el diagnóstico, plan de tratamiento y abordaje de sus pacientes.					
7	Considera que el módulo promueve el ambiente académico en					

	un marco de respeto, confianza, cumplimiento, trabajo en equipo.					
8	Considera que la metodología favorece en usted el aprendizaje duradero de los temas revisados.					
9	Considera que aplicar los contenidos del curso en la solución de situaciones reales lo acerca a la comprensión del rol del médico en la Salud pública.					
10	Después de terminado el módulo considera la promoción de la salud es una actividad fundamental que debe realizar el médico.					
11	Después de terminado el módulo considera que la prevención de la enfermedad es una actividad fundamental que debe realizar el médico.					