



Revista Gerencia y Políticas de Salud

ISSN: 1657-7027

ISSN: 2500-6177

Pontificia Universidad Javeriana

Atehortúa, Sonia; Castaño-Pineda, Yeferson; Restrepo Villa, Román Orlando
Situación de la enfermería en el desarrollo de la atención primaria en salud en
Antioquia (Colombia): aproximación desde la perspectiva de los profesionales *
Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 18, núm. 36, 2019, Enero-Junio, pp. 1-21
Pontificia Universidad Javeriana

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps18-36.seda>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54574649006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEH  redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Situación de la enfermería en el desarrollo de la atención primaria en salud en Antioquia (Colombia): aproximación desde la perspectiva de los profesionales*

The Situation of Nursing in the Development of the Primary Health Care in Antioquia (Colombia): An Approach from the Perspective of the Health Professionals

Situação da enfermagem no desenvolvimento da atenção primária em saúde em Antioquia (Colômbia): aproximação sob a perspectiva dos profissionais

Sonia Atehortúa^a

Universidad de Antioquia, Colombia

soniaatehortua@hotmail.com

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4304-0961>

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps18-36.seda>

Redalyc: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54559086006>

Yeferson Castaño-Pineda

Universidad de Antioquia, Colombia

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0172-1021>

Fecha de recepción: 17 Abril 2018

Fecha de aprobación: 18 Agosto 2018

Fecha de publicación: 27 Mayo 2019

Román Orlando Restrepo Villa

Universidad de Antioquia, Colombia

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3989-2136>

Resumen:

Objetivo: comprender la situación de la enfermería en el desarrollo de la atención primaria en salud (APS) en Antioquia, Colombia. **Metodología:** estudio cualitativo de tipo etnografía enfocada que combinó observación participante con entrevistas semiestructuradas a trece profesionales de enfermería. **Resultados:** a partir del 2005, Antioquia implementa la estrategia de APS renovada con participación de la enfermería para enfrentar diversos obstáculos derivados de la configuración del sistema de salud actual que privilegia el enfoque clínico sobre el comunitario y ofrece mejores condiciones laborales. Este imaginario social se reproduce en la formación profesional; no obstante, para estos profesionales de enfermería, el trabajo comunitario en APS es fuente de motivación personal y profesional. **Conclusión:** la praxis de enfermería se ha constituido en campo de disputa entre sus ámbitos clínico y comunitario. El primero goza de mayor prestigio, mientras que el segundo —que se ha ocupado de implementar la APS— sufre subvaloración gremial y laboral.

Palabras clave: enfermería, formación de recursos humanos, gestión en salud, atención primaria de salud.

Abstract:

Objective: To understand the situation of the nursing in the development of the Primary Health Care (PHC) in Antioquia, Colombia. **Methodology:** It is an ethnography-focused qualitative study combining a participative observation with semi-structured interviews applied to 13 professional nurses. **Results:** From 2005, Antioquia is implementing a PHC strategy redesigned to include now the nursing when coping with the different obstacles caused by the configuration of the current health system; this strategy prioritize a clinical approach over the community approach and provides better working conditions. This social imagery is reproduced in the formation of the new professionals; however, the nursing professionals deem the community-based PHC work as a source of personal and professional motivation. **Conclusion:** The nursing practice has been a field of contention between the clinical and community-based work. The former is currently granted a better professional standing while the latter —which includes the PHC implementation— is underestimated both by the nursing guild and by the workers in general.

Keywords: nursing, human resource education, health management, Primary Health Care.

Resumo:

Objetivo: compreender a situação da enfermagem no desenvolvimento da atenção primária em saúde (APS) em Antioquia, Colômbia. **Metodologia:** estudo qualitativo de tipo etnografia focada que combinou observação participante com entrevistas semiestructuradas a treze profissionais de enfermagem. **Resultados:** a partir do 2005, Antioquia implementou a estratégia de APS

Notas de autor:

^a Autora de correspondencia. Correo electrónico: soniaatehortua@hotmail.com

renovada com participação da enfermagem para enfrentar diversos entraves decorrentes da configuração do atual sistema de saúde que privilegia o enfoque clínico sobre o comunitário e oferece melhores condições laborais. Este imaginário social é reproduzido na formação profissional; no entanto, para estes profissionais de enfermagem, o trabalho comunitário em APS é fonte de motivação pessoal e profissional. Conclusão: a práxis de enfermagem tem se constituído um campo de disputa entre seus âmbitos clínico e comunitário. O primeiro desfruta de maior prestígio, enquanto o segundo —que se envolveu na implementação da APS— sofre subvalorização sindical e trabalhista.

Palavras-chave: enfermagem, formação de recursos humanos, gestão em saúde, atenção primaria de saúde.

Introducción

Entre 1940 y 1950 se establecieron los sistemas nacionales de salud (SNS) en el mundo, y a partir de 1970 estos fueron reorganizados con base en la estrategia de atención primaria en salud (APS). Especialmente, en 1978, la Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud en Alma-Ata propuso esta estrategia para cumplir la meta Salud para Todos en el año 2000, como puerta de entrada al sistema, y reconoció el derecho de la población a la salud bajo la responsabilidad de los gobiernos, con participación de la comunidad y los sectores del desarrollo. Sin embargo, a finales de 1980, como producto de la globalización y del nuevo orden económico mundial, empezó la era de las reformas con un propósito básico: la búsqueda de la eficiencia económica (1,2).

Como resultado del nuevo ordenamiento mundial, en Colombia se implementó la reforma al Sistema Nacional de Salud (SNS) en 1993, en atención a las recomendaciones del Banco Mundial y con base en los principios del *managed competition* (3). Se organizó, con fundamento en el aseguramiento de la población según su capacidad de pago, en entidades aseguradoras y subsidio a la demanda, y se focalizó el gasto público en la población pobre; allí, la APS desapareció del sistema. Además, en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), estas reformas buscaron la universalidad, la introducción de mecanismos de mercado y la restricción de la autonomía profesional en los sistemas de salud (4). El hospitalocentrismo, la fragmentación y la mercantilización de los servicios de salud han caracterizado los sistemas reformados, que además abandonaron la estrategia de la APS (5). Sin embargo, la experiencia anterior de implementación de la APS fue bien evaluada en términos de resultados sanitarios y eficiencia en la atención en salud (6) y, por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la ha relanzado con el fin de poner en el centro de los sistemas sanitarios a la persona y la comunidad, así como de combatir las inequidades en salud (5).

En el 2005 los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobaron la Declaración de Montevideo que “condensa las lecciones aprendidas y propone valores, principios y elementos esenciales para construir sistemas basados en la APS” (6). Luego, en el 2007, al integrar la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), se presentó la iniciativa de la APS renovada en las Américas como un modelo adaptable a cada país. Más tarde, en el 2008, la OMS presentó su posición, denominada “la Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca”, bajo principios de promoción de la equidad y solidaridad y el imperativo de responder a las necesidades poblacionales en salud, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad (6).

Con este nuevo impulso, y ante problemas de accesibilidad y desmejora en los indicadores de situación de salud, en el 2011 Colombia nuevamente adoptó la APS, a la que definió como estrategia de coordinación intersectorial para la atención integral desde la promoción hasta la rehabilitación en los diferentes niveles de complejidad. Ello con el fin de permitir la coordinación de sus actores en el mejoramiento de la salud y la creación de ambientes saludables con servicios de calidad, incluyentes y equitativos (7).

Antioquia, departamento del noroccidente colombiano, empezó su rescate en el 2005 bajo el lema de “Lineamientos para la promoción de la Salud con sentido humano”, reconocida como la estrategia por

excelencia para la equidad, por el derecho a la salud y el logro de los ODM (8). Así, con cooperación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, reconociendo el liderazgo de esta profesión, se construyó un modelo de atención en salud incorporando los principios y valores de la APS.

Esta propuesta reconoce el cuidado a las familias como punto de partida, al considerarlas el contexto propicio para favorecer la socialización y generar vínculos significativos entre las personas. Se inspira en una concepción del desarrollo humano en que “la calidad de vida depende de la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales” (9), en lo biológico, lo existencial, lo material, lo ético, lo humanístico, lo psicológico, lo afectivo y lo sociocultural. Igualmente, se apoya en la comunicación y la educación para la salud, así como en la salud como derecho y en las políticas como sus garantes (véase figura 1) (8).

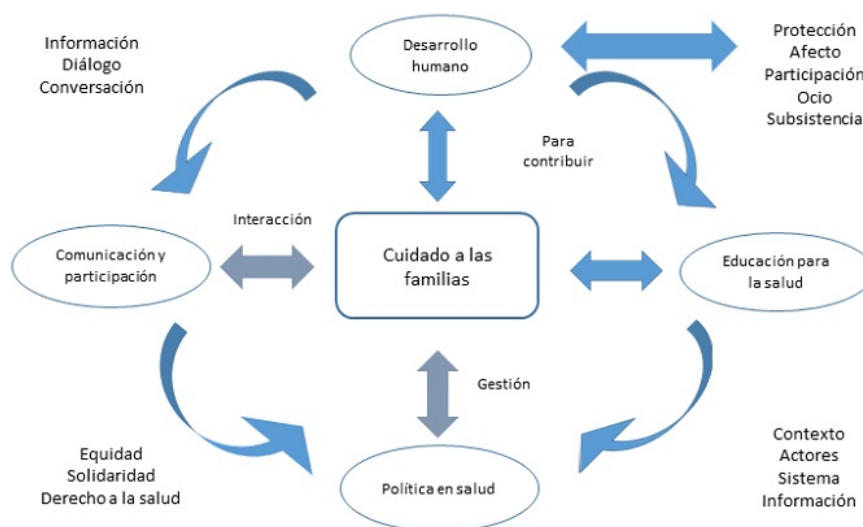


FIGURA 1.
Modelo de APS con enfoque familiar y del desarrollo humano para Antioquia
Fuente: elaboración propia

La implementación de este modelo de atención primaria en salud se desarrolla en cinco momentos: (1) el *aprestamiento*, que comprende la preparación y la disposición del municipio donde será implementada la estrategia, e incluye el diálogo y establecimiento de acuerdos con las autoridades locales, hasta lograr que esta sea incluida en el plan de desarrollo municipal, y que cuente con los recursos necesarios; (2) el *diagnóstico*, que se desarrolla a partir del acercamiento del talento humano que lidera la estrategia a las comunidades, para reconocer el contexto, levantar una línea base, realizar la selección de áreas de cobertura, efectuar visitas y elaborar las historias familiares, que son registradas a nivel departamental, en el Sistema de Información de Atención Primaria en Salud; (3) *reflexivo y analítico*, en el que los equipos de atención primaria en salud examinan los hallazgos arrojados por el sistema de información, validan la información con las comunidades y familias cubiertas, y realizan los diagnósticos veredales. Con esta información, se consolida el diagnóstico municipal; (4) *conciliaciones y acuerdos*, allí se socializan los diagnósticos en los espacios de participación municipal, se priorizan las necesidades dentro de cada área de cobertura y se llevan a cabo los pactos que permitan el desarrollo de la estrategia; y (5) *planeación y organización*, en este último, las comunidades y autoridades locales inician la gestión de los proyectos que respondan a las necesidades de las familias cubiertas por la estrategia (8).

Recurso humano en salud para la APS

La Declaración de Kampala reconoce al personal sanitario como piedra angular y fuerza impulsora de los sistemas de salud (10). Específicamente, afirma que son un factor crítico para conseguir sistemas bajo los principios y valores de la APS renovada desde el cuidado integral centrado en la persona y la identificación y atención de los problemas clínicos más frecuentes, con énfasis en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el trabajo interdisciplinar e intersectorial dirigido a los determinantes socioeconómicos del proceso salud-enfermedad y al desarrollo de un abordaje biopsicosocial en la intervención (11). Para ello, la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana instó a los países a considerar planes nacionales de acción en recursos humanos en salud, con metas, objetivos, indicadores y seguimiento para fortalecer las capacidades en APS y salud pública (12).

En 1978, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) declaró su apoyo a la APS y su propósito de cooperar con los gobiernos para alcanzar la satisfacción de las necesidades de salud poblacionales, bajo el convencimiento de que los servicios de enfermería son esenciales para mejorar la salud y el bienestar (13).

En el caso particular del modelo de APS de Antioquia, los roles y competencias del profesional de enfermería se han definido, principalmente, con base en la propuesta de funciones esenciales de la salud pública de la Organización Panamericana de la Salud y, en consecuencia, su actuación ha estado encaminada a evaluar, interpretar y priorizar los problemas de salud locales; establecer estrategias de vigilancia permanente con base en criterios de investigación participativa con la comunidad; aplicar modelos y conceptos teóricos de promoción de la salud para fortalecer factores protectores y estilos de vida saludables; establecer procesos para la democratización en la gestión, favoreciendo cauces políticos para que la población incida en las decisiones y ejerza mayor control sobre los servicios sociales y las políticas públicas; participar activamente en el diseño, propuesta, operación y evaluación de políticas públicas saludables municipales; acompañar el desarrollo del talento humano en salud pública; y participar en grupos uni y multiprofesionales en líneas y programas de investigación en salud pública, conforme a las prioridades locales, nacionales e internacionales (8).

La enfermería y la APS

Para el CIE, la enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración dirigidos a personas, familias, grupos y comunidades —enfermos o sanos— en todos los contextos, incluidos la promoción, la prevención y los cuidados de los enfermos, los discapacitados y los moribundos, así como el fomento de entornos seguros, la investigación, la formación, la participación en la política sanitaria y la gestión de los cuidados y sistemas de salud (14). En este contexto, el *cuidado de enfermería*, sustentado en conocimientos teórico-prácticos científicos y humanísticos orientados a la conservación de la vida e integridad del ser humano, constituye el eje de la profesión (15) y un recurso de las personas para el mantenimiento de la vida en condiciones de salud y enfermedad.

La participación de la enfermería en la implementación, gestión y planificación en APS ha sido ampliamente reconocida (16,17), pues fomenta vínculos entre personas, familias, comunidades y el resto del sistema de salud y trabaja autónomamente y en colaboración para prevenir la enfermedad y la discapacidad, además de promover, mejorar y restaurar la salud individual y poblacional (18). De allí que, al igual que en otros países latinoamericanos y europeos (17,19,20), históricamente en Colombia —y específicamente en Antioquia— se ha reconocido su liderazgo.

El ejercicio de la enfermería en Colombia inicia a comienzos del siglo XX, pero solo en 1996 se reglamentó su naturaleza, propósito, ejercicio y principios, así como sus entes rectores y las obligaciones y derechos derivados de su aplicación. Esa reglamentación la define como profesión liberal y disciplina social cuyo propósito es promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y

recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a la vida digna de la persona (21).

En la última década, se ha constatado una reducción constante de estos profesionales en el desarrollo de la estrategia APS en Antioquia. Así, entre el 2007 y 2011 todos los municipios que implementaron el modelo de APS contaron con la participación de, al menos, un profesional de enfermería; no obstante, en el 2012 bajó al 83 %, en el 2013 fue del 57 % y en el 2014 la presencia de estos en la APS descendió al 45 % (22). Adicionalmente, estudios como el de Malvárez y Castrillón han evidenciado que los contenidos relacionados con la APS no ocupan un rol central en la formación profesional (23).

A pesar de las evidencias, hasta el comienzo de esta investigación no se reportaban investigaciones que mostraran la situación de la enfermería en el desarrollo de la APS en Antioquia, y menos desde la perspectiva de sus profesionales. Asimismo, pocos estudios abordaron los aspectos que motivan a los profesionales de enfermería a vincularse laboralmente a (o desistir de) los enfoques comunitarios y de salud pública y, concretamente, a trabajar en atención primaria en salud. De allí que, el objetivo principal de este estudio haya sido comprender la situación de la enfermería en el desarrollo de la APS en Antioquia.

El desarrollo de este proceso investigativo permitió identificar, desde la praxis que cotidianamente realizan los profesionales de enfermería en la implementación de un modelo de APS particular en Colombia, algunos aspectos técnico-científicos, políticos y éticos que deberían ser objeto de discusiones curriculares profundas, y que podrían contribuir a una formación integral, articuladora y situada para favorecer el desempeño profesional, tanto en ámbitos clínicos como comunitarios. Además, la importancia de este estudio la enfatiza Nigenda al plantear que los recursos humanos son actores políticos y manifiestan preferencias y rechazos sobre el curso de los hechos, en especial cuando los cambios inciden directamente en su participación (24). De allí que con este esfuerzo académico se haya buscado, en últimas, aportar a la identificación, orientación y fortalecimiento del quehacer de enfermería en la APS en Colombia, potencializar investigaciones situadas sobre el tema, que permitan la transferencia de conocimientos hacia y desde la práctica de los cuidados, y su aplicación en el ejercicio de la enfermería.

Metodología

Este estudio se llevó a cabo desde el enfoque cualitativo de investigación y desde la perspectiva de la etnografía enfocada (25), y, por la naturaleza del estudio, permitió centrar la mirada en un pequeño grupo de profesionales de enfermería con experiencia en la implementación del modelo de APS para Antioquia, y registrar la información mediante la observación directa y entrevistas con los participantes, así como la inclusión de las interpretaciones y análisis propios del investigador, para lograr con ello la triangulación de las voces de los sujetos involucrados en este proceso investigativo. Los participantes fueron 13 profesionales de enfermería con experiencia en la implementación de la APS en el departamento de Antioquia después del 2005, así: 12 mujeres y un hombre con edades entre 26 y 64 años; entre 1 y 43 años de antigüedad laboral; 11 de ellos con estudios de posgrado; 11 egresados de universidades públicas; 11 egresados de universidades de la región andina; uno de la Orinoquia y uno de la región Caribe. Para su selección se utilizó el muestreo en bola de nieve (26).

Para acceder a los equipos básicos de salud (EBAS) —que son los encargados de ejecutar la APS a escala territorial en Antioquia—, se contactaron inicialmente las enfermeras que forman parte de ellos. A través de estas profesionales, se solicitó a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) de dos municipios antioqueños que permitieran la participación de la investigadora en las actividades de sus EBAS. Al mismo tiempo, se obtuvo permiso de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia para acceder a información que poseía, relacionada con el objeto de la investigación.

El primer momento del trabajo de campo se desarrolló mediante la observación participante (26); a estos efectos, se seleccionaron contextos relevantes para el problema de investigación (27), que fueron municipios del departamento de Antioquia que en el momento disponían de EBAS que tuvieran una continuidad mínima de dos años en el proceso, y que dentro de sus integrantes se encontrara, por lo menos, un profesional de enfermería y que cumpliera con el criterio de accesibilidad (27). De este modo, se seleccionaron los municipios de Girardota, ubicado en la subregión del valle de Aburrá, y La Unión, situado en la subregión del oriente del departamento. En cada municipio se realizaron dos visitas con duración de un día cada una. En estos encuentros, el papel de la investigadora fue el de observar cuál era el rol del profesional de enfermería en el EBAS.

Con la información que aportó la observación se identificaron y contactaron 13 participantes, a quienes se les aplicaron las entrevistas semiestructuradas (28); estas fueron realizadas por la investigadora principal, en los lugares definidos por los entrevistados para su comodidad. Entre la investigadora y los participantes no existían vínculos laborales o relaciones jerárquicas. Dichas entrevistas fueron grabadas en audio, con previo consentimiento de los informantes, e identificadas con un código que incluye la letra E (entrevista) más un número de dos cifras, desde 01 hasta 16 (según el orden cronológico en que fueron realizadas) más la letra X (antigüedad laboral) y el número de años de esa antigüedad. Solo se indagó por la antigüedad laboral en general, sin diferenciar el tiempo laborado en el ámbito de la salud pública del tiempo dedicado a los servicios ambulatorios, lo cual es una limitación del proyecto de investigación.

Como categorías previas del estudio fueron consideradas la *formación académico-disciplinar, experiencia y trayectoria del profesional del enfermería*, los *conceptos y nociones de atención primaria en salud de los profesionales de enfermería*, las *condiciones laborales en el desempeño profesional* y las *motivaciones profesionales y laborales*, con las cuales se estructuró una guía de entrevista semiestructurada, conformada por 14 preguntas iniciales que fueron aplicadas a cada participante —para ampliar, se sugiere al lector ver el informe final del proyecto de investigación— (29). No obstante, al llevar a cabo las entrevistas emergieron cuestiones que fueron incorporadas al proceso investigativo.

Igualmente, para registrar detalladamente las actividades que se realizaron durante el proceso de recolección de información, la investigadora utilizó un diario de campo (30). Las notas de esta herramienta fueron identificadas con la frase “notas de campo”, seguida de las iniciales del nombre de la investigadora: SAM. Para cada uno de los momentos de observación se usaron los números 1 o 2, según correspondiera a la primera o segunda visita, y la inicial del nombre del municipio: G (Girardota) o U (La Unión).

El proceso de análisis de la información se abordó paralelamente a su recolección e incluyó lo siguiente:

- a) Reflexión analítica sobre los datos: a la par que se realizaron las entrevistas y se transcribieron, se efectuó la tarea de reflexión que fue fundamental para organizar y seleccionar la información (31).
- b) Selección y reducción de datos: en el programa Word de Microsoft se transcribieron las entrevistas, se remplazaron los datos de identificación y se llevaron al software Atlas.ti 6.01, donde fueron analizadas. Con esto se obtuvieron 568 códigos —548 sobre el asunto de interés—. Simultáneamente, se realizó la codificación manual del diario de campo, lo que generó 49 códigos, que al final totalizaron 607.
- c) Organización y categorización de los datos: para dar sentido a los datos recogidos, fue necesario generar nueve categorías preliminares que daban cuenta del asunto de interés. Posteriormente, estas se vertieron en el programa Excel de Microsoft, donde se realizó un análisis más minucioso. Con esta información depurada se procedió a crear gráficos manuales que permitieron establecer las relaciones entre las diferentes unidades de significado y, finalmente, se establecieron cinco categorías principales, que constituyen los principales hallazgos de este estudio, y que se describen en el siguiente apartado de este artículo: (1) el contexto: el reconocimiento de un primer elemento de ubicación; (2) el profesional de enfermería autopercebido en relación con la APS; (3) la formación, un asunto crítico en APS; (4) motivaciones del profesional de enfermería para continuar o abandonar el trabajo en APS, la cual se divide en dos subcategorías: la primera, aspectos que pueden potenciar la permanencia en APS; y la segunda, el sistema de salud: un espacio laboral que desincentiva; y (5) un mundo donde, a pesar de todo, la claridad conceptual no parece emerger. Se dejó de recolectar información cuando se alcanzó la saturación de categorías (32).

Esta publicación surge a partir de los resultados del proyecto de investigación *Situación de la enfermería en el desarrollo de la atención primaria en salud en Antioquia desde la perspectiva de sus profesionales, 2014-2015*, avalado en junio del 2014 por el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

Resultados

El contexto: reconocimiento de un primer elemento de ubicación

El contexto, como fue captado por los participantes, representa un primer elemento que contribuye a graficar un marco en el cual comienzan a entrelazarse los diferentes elementos que constituyen el objeto de estudio. En este, los profesionales de enfermería identifican unos momentos claves, ordenados en una especie de línea del tiempo que compara el funcionamiento del sistema de salud y la salud pública.

Un primer periodo, identificado como la época del Sistema Nacional de Salud (SNS), comprendido entre 1974 y 1990, es señalado como próspero para la expansión de la enfermería en salud pública y el desarrollo de la enfermería comunitaria, en que además hubo un interés creciente de los profesionales por trabajar en ámbitos no clínicos, colectivos y del sector público y se desarrollaron programas como el Materno Infantil, el cual buscaba disminuir la morbilidad materna e infantil. Para estos profesionales, la conferencia de Alma-Ata —celebrada en este mismo periodo— se constituye en un hito y referente para la acción a favor de la salud de todos los pueblos:

Teníamos los urocs, que eran unidades de rehidratación oral comunitaria. El programa era muy lindo porque era con la comunidad: nosotros capacitábamos a las familias, conformábamos redes familiares y comunitarias para cuidar a los niños. Colombia era mucho más rural que en estos momentos, entonces hubo experiencias de enfermeras que con su labor disminuyeron eficazmente la muerte infantil y la muerte materna. (E13X25)

Por su parte, la aparición del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), abierto desde que se promulgó la Ley 100 de 1993, se empareja con la desaparición del trabajo realizado y, por tanto, representa un retroceso en APS, lo cual entienden como consecuencia de algunas características inherentes a este modelo de salud, como la de haberse configurado con base en un sistema de mercado de servicios, centrado en la enfermedad, y, asimismo, en servicios estructurados preponderantemente desde una lógica empresarial para la atención de enfermos. A tal coyuntura —aun dominante— le atribuyen, además, cambios en los roles desempeñados por dichos profesionales:

Hay una cosa muy dura y es que perdimos diez años de 1993 al 2003, o sea que hay una década de enfermeras que no saben ni siquiera que es atención primaria; por el mismo sistema [de seguridad social en salud] no lo volvimos a hablar, y lo que no se nombra no existe. Entonces en las enfermeras hay un vacío muy grande porque la estructura organizativa y el sistema [de seguridad social en salud] de Colombia no ha enseñado sino a facturar y hacer auditorías. (E11X29)

Ahora bien, en la primera década del siglo XXI se genera en todo el mundo un movimiento que pretendió darle fuerza nuevamente a la APS, conocido como el movimiento de renovación. A partir de este se propusieron y difundieron los componentes mínimos (valores, principios y demás elementos estructurales) que, a juicio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se requerían para implementar efectivamente la APS.

En el marco de este movimiento de renovación de la APS, en el 2005 el departamento de Antioquia decide rediseñar la estrategia y, en convenio con la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, se construye el modelo de APS para el departamento. Allí, a pesar de que no eran los únicos profesionales que participaron en este trabajo, se reconoce el papel protagónico de los profesionales de enfermería en la concepción del modelo; sin embargo, los participantes manifiestan que, aun cuando el modelo tiene falencias,

ha representado un avance importante porque está documentando, lo que ha facilitado implementarlo y divulgarlo. Es justamente con este modelo como en la actualidad se lleva a cabo la implementación de la estrategia en los municipios del departamento que cuentan con equipos básicos de salud (EBAS):

Cuando llega la propuesta de atención primaria en salud, la experiencia que habíamos tenido desde la perspectiva materno-infantil nos ayudó a configurar todos los principios de la atención primaria en base de Alma-Ata, pues ya teníamos un recorrido en ese sentido. (E12X43)

El profesional de enfermería autopercebido en relación con la APS

El profesional de enfermería reflexiona sobre su praxis y, en este acto, aparecen elementos diferenciadores de la profesión que potencializan su desarrollo en APS, tales como el cuidado y el liderazgo. Asimismo, emergen asuntos concernientes a su ejercicio que se declaran inconvenientes para el desempeño profesional en el ámbito de la estrategia. De la misma manera, se mencionan otros asuntos que apuntan a referenciar ciertos tipos de capacidades por desarrollar.

En ese sentido, el cuidado surge como elemento distintivo de la profesión y se concibe como una oportunidad, un insumo y un aporte importante para el desarrollo de la APS. Asimismo, los profesionales de enfermería se autoperciben en el ejercicio del liderazgo de los equipos a través de los cuales se trabaja en APS y, en términos académicos, como promotores de alternativas de gestión en APS basadas en la experiencia que han logrado en los territorios:

Para nosotros, la principal función es el cuidado; entonces nuestro saber —nuestro quehacer— es precisamente ese enfoque de atención primaria en salud, que es dar respuesta a la comunidad, al cuidado de las comunidades, al cuidado de las familias, al cuidado de los individuos. La enfermería aporta todo desde lo conceptual en la definición de procesos, la generación de estructuras, modelos, actividades, la misma ejecución en terreno, el liderazgo en el proceso, ser quien tome la batuta. (E16X37)

En particular, como resultado de la observación realizada en los EBAS, encargados de implementar la estrategia de APS en algunos municipios del departamento, se pudo constatar la ejecución de acciones concretas que denotan el liderazgo que el profesional de enfermería desempeña en dichos espacios en dos roles principales: mediante la coordinación del equipo multidisciplinario y la gestión de la acción intersectorial. En el desarrollo de estas acciones se refleja la aparente percepción que tiene este profesional de que toda la responsabilidad es suya, asunto que queda en evidencia en la medida que suelen delegar pocas funciones y sobrecargarse laboralmente:

Cargarse con todo viene desde la misma idea que tenga la enfermera del proceso y es porque finalmente tiene la capacidad de hacer muchas cosas, pero entonces siente como si la responsabilidad fuera solo suya: se hace cargo de casi todo el proceso, pero obviamente sola no puede. (E14X9)

Según lo observado, el profesional de enfermería que trabaja en APS se encarga de realizar la planeación, ejecución y evaluación de las actividades por desarrollar en los encuentros comunitarios, convocar a los actores —institucionales o no—, así como de promover la participación social y los roles que desarrolla de la mano de líderes comunitarios, profesores de los centros educativos rurales (CER) y otras personas claves en las dinámicas veredales.

Es tanto el reconocimiento que los participantes tienen de sus capacidades de gestión y liderazgo que incluso parece que piensan que la enfermería es la única profesión que puede desarrollar —o al menos liderar— el desarrollo de la APS:

En la praxis creo que voy a ser muy prepotente, pero es la única profesión que puede hacer verdadera gestión en la atención primaria en salud. (E15X9)

No obstante, esta reflexión toma un carácter autocrítico cuando se detienen a observar algunas actitudes y comportamientos aprendidos, asociados a la poca flexibilidad y el encasillamiento —que también parecen ser característicos de los profesionales de enfermería— y que los alejan de la posibilidad de trabajar en este tipo de estrategias cuando emergen dentro del sistema de salud. Al mismo tiempo, relatan que en el ámbito territorial, lejos de la ciudad y la academia, se evidencia una progresiva pérdida de interés de los profesionales de enfermería por participar en este tipo de propuestas de acción:

La enfermería se cuadricula, se encasilla y se enmarca; entonces encontraremos enfermeras que, precisamente por ese esquema tan cuadriculado que nos dan de la formación, si no ven que en atención primaria en salud se tiene una ruta metodológica, un paso uno, paso dos, entonces yo no puedo hablar de atención primaria en salud. La enfermería lo cuadricula todo: nos han enseñado que todo son guías, protocolos, estándares, indicadores; nos enseñan y nos encasillan el cuidado que es nuestra razón de ser, nuestra esencia, nuestro deber actuar, nuestro deber ser, y ese encasillamiento del cuidado no permite permeabilizar muchas acciones. (E02X9)

En un sentido más propositivo, y como si se tratara de un asunto vocacional, los participantes identifican una serie de capacidades, sentimientos, conocimientos, actitudes y aptitudes que los han llevado a trabajar en la estrategia y que, a su juicio, contribuirían a acercar a los profesionales de enfermería a los espacios de desarrollo de la atención primaria en salud y harían más coherente su participación, tales como el liderazgo, la capacidad de gestión, la ética, los conocimientos técnico-científicos y su actualización, además de las capacidades comunicativas y del agrado por el trabajo con comunidades. Por otro lado, resaltan la importancia de la interdisciplinariedad como criterio para conformar los EBAS, al tiempo que asumen un reconocimiento a los aportes que en la dimensión personal y profesional de sus vidas ha significado el trabajo con profesionales de otras disciplinas y áreas del conocimiento y, más aún —en general—, al trabajar en la implementación y puesta en marcha de la APS en los escenarios comunitarios.

La formación, un asunto crítico en APS

Para los profesionales de enfermería, la formación en APS constituye un asunto clave tanto para la selección de su campo de desempeño específico como en la comprensión de lo que este significa; de la misma manera, dicho proceso es visto como principal condicionante para contar o no con los elementos necesarios para responder a lo que la APS demanda de los profesionales comprometidos, bien sea para abordar los elementos propios de dicho campo, como para el trabajo interdisciplinario y en equipo que se pretende.

Precisamente, al hacer dicho reconocimiento identifican un vacío en la formación académica. Según los participantes de este estudio, durante la formación de los profesionales de enfermería es casi nulo o muy escaso el estudio específico en APS, de modo que luego se ven sorprendidos en el escenario laboral cuando se les presenta una oportunidad de trabajar para construirla e implementarla. Resaltan en el pènsum de pregrado el mínimo contenido de asignaturas en APS y las metodologías poco llamativas para los estudiantes, además de la poca claridad en las acciones de promoción de la salud, enfermería comunitaria y, en general, en salud pública, lo que a su juicio representa grandes vacíos en los estudiantes. Igualmente, identifican discordancias entre la formación teórica y el mundo laboral que enfrentan después, choque que ha generado incertidumbre en los profesionales aquí abordados a causa de la sensación de miedo desatada porque no tienen las suficientes capacidades para desempeñarse en este campo:

Vi una clase dentro de una materia en el sexto semestre: era atención primaria en salud. Vine a darme cuenta, a ocuparme y a leer cuando empecé la vida laboral; nadie sabía qué era eso. Mis compañeros me decían: “¿Vas a trabajar en atención primaria en salud?, qué es eso? Todo el mundo está limitado a lo clínico, y la materia de APS la dan como en dos horitas dentro de una materia en solo un semestre. Yo creo que la formación es nada; no se recibe la formación que se debería para tener profesionales idóneos en atención primaria en salud. (E01X5)

Además, evidencian que el proceso de enseñanza-aprendizaje universitario se ve de manera desarticulada, lo que a su parecer no permite una adecuada integración de conceptos y metodologías en APS. No obstante, aunque reconocen el escenario de prácticas académicas y, sobre todo, el ámbito laboral como espacios que les permiten subsanar algunas de las carencias formativas, identifican limitaciones estructurales persistentes.

Como explicación a la problemática narrada en cuanto a la formación del profesional de enfermería, los participantes dan cuenta de una disputa entre el campo de desempeño clínico y el campo comunitario. Para ellos, los condicionantes de esta tensión están asociados con la fuerte influencia de las orientaciones hegemónicas y las pugnas por la definición del contenido curricular, las áreas en que se enfatizan las prácticas académicas y las perspectivas de los docentes, situación en la que igualmente se inscriben los intereses de los estudiantes:

Desde el inicio te estás formando como enfermera para un hospital, para atender al enfermo, para cuidar al enfermo, y todo el proceso comunitario te lo enseñan más como desde un proceso educativo. Se ve como que una cosa es ser enfermera comunitaria y otra enfermera, dentro de un hospital, ¡y no debería ser así! Yo diría que es una enfermera para un proceso de cuidado donde las personas desarrollan su vida, y no solamente dentro de un hospital. (E14X9)

Más aún, a este respecto, los relatos de los participantes permiten reconstruir apartes de un ideario colectivo sobre el profesional de enfermería que parece alimentar una confrontación existente entre la imagen, al parecer, típica y dominante de este profesional: situado en una institución de salud que influye desde la misma selección de la carrera, antes de entrar a la universidad, y que se alimenta durante toda la formación y en el mundo laboral con aquella que lo lleva al nivel comunitario, fuera de los muros de la clínica o el hospital, en el que la APS tiene su máximo desarrollo —al menos en relación con la forma como está diseñada la estrategia en el departamento de Antioquia—. Así, gran parte de quienes decidieron estudiar enfermería lo hicieron con el ideal de egresar para trabajar en instituciones hospitalarias, lo que puede determinar que los temas relacionados con APS o salud pública y los que se conciben como de primer nivel de atención hayan pasado inadvertidos para muchos, pues no eran de su interés:

Uno siempre se visualiza —al menos yo me visualice— en un ámbito asistencial, de uniforme, toca, trasnochando y cuidando pacientes; entonces yo decía: “Bueno, salvo a urgencias o a ginecología y obstetricia” —esa era mi visión más amplia—. (E04X9)

Este es el ideario que parece reproducirse en y por la universidad y que, como tensión, continúa viviéndose a lo largo de la vida. Según los participantes, a esto contribuye el mismo Sistema de Seguridad Social en Salud, al que perciben como legitimador de la visión del profesional de enfermería dedicado fundamentalmente a la clínica y, además, con una visión restrictiva de sus posibilidades de desempeño, asociadas generalmente al entorno del enfermo y el padecimiento.

Para algunos participantes, incluso algunos de sus colegas parece que conciben que los profesionales de enfermería que trabajan en APS lo hacen porque no lograron conseguir un empleo en el área clínica y que entonces debieron acomodarse con la única opción laboral que se les presentó o, peor aún, que al trabajo en APS llegan aquellos egresados que recibieron una mala evaluación de su desempeño en el trabajo clínico.

Cuando me reúno con mis compañeros y digo que trabajo en APS, me siento como la rarita, porque la mayoría trabaja en área clínica; yo soy como la de menos. (E05X3)

En el espectro de la formación en posgrado, la situación se percibe de manera similar. Los participantes comparten la percepción de que no hay oferta de posgrados específica que permita solucionar los vacíos en este campo de pensamiento y acción para los profesionales de enfermería; al contrario: consideran que dichos procesos formativos abundan para la orientación clínica de la profesión. Pese a lo anterior, también reconocen algunos esfuerzos emergentes, de carácter específico, a veces en el escenario institucional y en otras ocasiones a manera de iniciativas particulares de algunos docentes o grupos minoritarios por retomar y fortalecer la APS desde el ámbito académico; sin embargo, evidencian serios obstáculos para tales procesos.

He visto un interés muy grande en diferentes universidades de transcender en esa formación para las diferentes disciplinas de salud en atención primaria en salud, pero es difícil concretarlo. (E07X28)

Motivaciones del profesional de enfermería para continuar o abandonar el trabajo en APS

Para los participantes en este estudio, desde su experiencia, los profesionales que optan por laborar en APS se ven enfrentados a una serie de sucesos de tipo personal, profesional y laboral que influyen en su vinculación a la estrategia, tanto para persistir y continuar trabajando como para desistir y abandonar los procesos.

Aspectos que pueden potenciar la permanencia en APS

Atención primaria en salud me ha hecho crecer mucho como persona, como profesional. Para mí, atención primaria en salud ha sido una escuela de crecimiento personal, profesional y familiar. (E13X25)

Estos profesionales resaltan, en primer lugar, las motivaciones de carácter personal. El trabajo en APS es fuente de grandes satisfacciones ligadas a las condiciones del trabajo, tales como la duración de las jornadas y el hecho de no hacer turnos extensos o nocturnos, lo que les abre posibilidades para desplegar otros asuntos de índole personal y familiar que, de ningún modo, se separan de los motivos anteriores y de las satisfacciones propias que se perciben asociadas a este campo del desempeño:

¡Me encanta mi trabajo! Por muchas cosas, puede que suene tonto, pero por mi tiempo laboral me permite compartir con mi familia, que es parte de mi salud mental: estar en otros espacios. No sé si los que trabajan en clínica —con sus horas extras, jornadas de sábados, domingos derechos y corridos— les permite la misma salud mental que a mí; yo me siento tranquila. A mí me gusta mucho salud pública, desde que la conocí, me gustan mucho las propuestas educativas, los procesos sociales; es muy diferente al concepto que tenía en la academia. Yo me siento orgullosa y con ganas de trabajar; tengo decisión porque, si se puede, es chévere, es rico, siento alegría. APS me gusta y con salud pública, voy con toda. Sé que funciona y ha funcionado en otros espacios. (E04X9)

El trabajo en APS es referenciado como una oportunidad de enriquecimiento y realización profesional, de lograr una sensibilidad especial hacia los problemas colectivos y, al mismo tiempo, como posibilidad de desarrollar capacidades que, de otra forma, no hubiesen sido factibles, lo que constituye entonces una alternativa que contribuye a ampliar la visión del trabajo profesional y de los aspectos distintivos de la disciplina.

Para estos profesionales, el trabajo comunitario representa un antes y un después en su vida profesional, ya que permite ampliar su visión consolidando la integración de los diferentes aspectos de su formación con las condiciones reales del contexto a las que se ven enfrentados. Estas exigen al profesional reforzar lo aprendido en el escenario académico y buscar otras fuentes y estrategias que le permitan realizar un enfoque integral y le brinden capacidad resolutoria frente a las dificultades evidenciadas en las comunidades y por él mismo. De igual manera, ve el desarrollo territorial de la APS como un espacio que favorece y puede enriquecer aún más el desarrollo constante de la formación en enfermería desde el contexto, que sea heurística, creativa y resolutoria:

Cuando uno trabaja la parte comunitaria, puede desempeñarse mucho mejor que si le tocara en el interior de una unidad hospitalaria porque se puede hacer mucho mejor la integralidad, cuando has tenido esa experiencia externa, porque uno ha vivido la necesidad de las personas. (E07X28)

Así las cosas, para estos participantes, la APS se convierte en una fuente de inspiración para buscar elementos y herramientas que les permitan ser cada día mejores personas y profesionales, así como usar sus elementos y herramientas para contribuir a la mejora de las condiciones de vida de las personas, familias y comunidades. La APS les permite soñar que un mundo mejor es posible y que, como profesionales de enfermería, pueden aportar para que eso ocurra.

El sistema de salud: espacio laboral que desincentiva

Las condiciones estructurales del sistema de salud que constituyen el contexto donde se circunscribe la estrategia de APS —pero también en las prácticas administrativas del sector público caracterizadas muchas veces por manejos clientelistas y por la mediación de políticas de recursos humanos en las que imperan la inestabilidad, la precariedad y la flexibilización laboral— se caracterizan por factores que desincentivan el trabajo para implementar la APS según como los identifican los participantes:

Hay falta de continuidad en los contratos: son contratos por prestación de servicios, con salarios bajos, donde no se tiene en cuenta ni viáticos ni transporte y hay desplazamientos a veredas lejanas. Las condiciones laborales no son las mejores en los municipios, aparte de la violencia, aparte de que no quiero dejar a mi familia. (E01X5)

Y si a esto se le agregan las condiciones de comodidad y de aparente estabilidad laboral y seguridad que ofrecen los servicios intramurales, la tentación de aceptar una oferta de trabajo clínico puede hacer que los profesionales de enfermería abandonen la APS, según los participantes:

Me vuelven a ofrecer trabajo en un hospital y, lógicamente, trabajar bajo el aire acondicionado, sin la lluvia, comiendo en un comedor, con turnos fijos, con horarios fijos podría ser más tentador que trabajar sábados y domingos porque las juntas de acción comunal se reúnen un sábado o domingo a las seis de la tarde, en un aguacero o al calor, después de montar a caballo, andar ocho, nueve, quince horas para llegar a una vereda, comer frío, estar a la leña. Entonces, ¡claro!, ¿cómo no voy a preferir mi comodidad personal?, si en un momento determinado de la vida todos lo hacemos. (E02X9)

Adicionalmente, en los sectores institucionales que conforman el Sistema de Seguridad Social —de cuyos actores se esperaba un liderazgo y real compromiso para implementar la estrategia— se identifican otro tipo de intereses, incluso incoherentes con valores de APS como la equidad y con principios como la orientación a la calidad y la sostenibilidad, los cuales no contribuyen efectivamente a su desarrollo y mantenimiento en el tiempo:

Para conseguir trabajo hay que tener palanca política, y para uno, que apenas está empezando, es mucho más difícil. Además, el trabajo es demasiado mal remunerado y las condiciones de contratación son muy malas. Yo salí en embarazo, entonces ya no me contrataron más. (E05X3)

A lo anterior se suma que, al parecer, por la naturaleza mercadocéntrica y mobicéntrica del sistema de salud actual, hay un estancamiento y retroceso en el desarrollo metodológico y conceptual de la APS como estrategia orientada a mejorar las condiciones de salud y vida de los ciudadanos. Los participantes manifiestan que dicha condición, en particular, afecta a los profesionales de la salud y de enfermería que se desempeñan en este campo.

Un mundo donde, a pesar de todo, la claridad conceptual no parece emerger

La construcción y la claridad conceptuales no parecen constituir mayor motivación para la población sujeto de este estudio. Aceptan incluso las confusiones entre la atención primaria en salud y otra serie de expresiones como salud pública, enfermería comunitaria o promoción de la salud, en las cuales la forma de entenderlas está más imbuida por la experiencia misma y por su propia visión del mundo y de la enfermería. Esto, a su vez, es reconocido como condición que ha determinado, de alguna manera, el éxito o fracaso de su acción:

Llegué muy feliz a un municipio a ser enfermera comunitaria y para mí eso marco mi vida profesional. Hice año y medio y de resto ha sido —ya no sé cómo llamarlo— enfermería comunitaria, salud pública o atención primaria en salud. (E06X37)

El cuidado, entendido aquí por los participantes como la razón de ser de la enfermería, es un elemento clave de vinculación entre este profesional y el trabajo en APS porque esta se concibe como el acto de cuidar a las personas, las familias, las comunidades; es un cuidado que se ejerce a escala domiciliaria, pues, debido al

enfoque que el departamento de Antioquia le ha dado a la estrategia, las acciones de APS se realizan casa a casa. También parecen entenderla como autocuidado en la medida en que, a través de las acciones realizadas con las familias, se promueven hábitos saludables y se pretende generar dicha cultura. Y también se concibe como el cuidado de las comunidades y colectivos, pues las acciones realizadas se encaminan a generar cambios positivos en la calidad de vida de las poblaciones que habitan en los lugares priorizados para trabajar:

APS es el cuidado porque el cuidado es una interacción humana que se da intencionada para satisfacer las necesidades del otro. La atención primaria se puede decir que es un cuidado esencial para la salud y la vida; es un cuidado continuo. Yo inclusive digo que está mal traducida: yo digo que es el cuidado esencial de la salud, no la atención. (E08X21)

Dos elementos que aparecen como inseparables a la hora de conceptualizar la atención primaria en salud: la comunidad (como objeto de intervención y sujeto de su propia transformación) y el trabajo demandado en el orden comunitario para lograr resultados en salud. Así, el referente colectivo no se agota en la definición de una población con la cual se trabaja, sino también en un enfoque para asumir colectivamente las soluciones a sus problemas donde, además surgen otros términos como los de *territorio*, *desarrollo*, *coordinación intersectorial* y *determinantes sociales de la salud*. En el aspecto conceptual, APS se emparenta también con expresiones como *enfermería comunitaria*, llegando incluso a utilizar estas dos expresiones de manera intercambiable. De la misma manera, APS se emplea como un sinónimo de la *salud pública*:

Atención primaria no es solamente hacer acciones concretas en salud, sino que es una movilización social por los otros actores —o lo que llamamos determinantes sociales— de participación comunitaria. (E03X12)

Finalmente, para los participantes, la APS toma la connotación de modelo de atención al cual le adjudican —además de funciones técnicas— dimensiones sociales, culturales y políticas; se lo concibe como un modo de enfrentar los problemas de salud de manera compleja por parte de diferentes sectores del Estado que integran recursos y poder de decisión y al que se le pone como norte la búsqueda del desarrollo, la equidad y la defensa de la dignidad humana, en cuanto fines esenciales del Estado. Estas dimensiones —que se han descrito desde la promoción internacional de la APS y que contribuirían a su mejor desarrollo— aparentemente no han sido trabajadas y son poco exploradas en el contexto colombiano:

APS es una estrategia política, técnica y social; es que la atención primaria es una estrategia que aglutina el poder político, entendiendo por político lo que construimos como valores colectivos para todos: político es el derecho a la salud. Yo creo que es un asunto social, es un consenso social por la vida y la salud. (E13X25)

Discusión y conclusiones

En todo el mundo se reconoce que el hecho de contar con recursos humanos cualificados para establecer relaciones con familias, comunidades y equipos de salud interdisciplinarios constituye un pilar clave para implementar la APS (33). Sin embargo, los sistemas sanitarios biologicistas, morbicéntricos y hospitalocéntricos, e inspirados en el mercado, son un obstáculo para implementarla (6). En consecuencia, comprender el sistema sanitario y las características de la formación en enfermería, en relación con factores políticos y laborales, es clave para comprender la situación de la enfermería en el desarrollo de la APS en Antioquia.

La práctica profesional de la enfermería

Se diferencian cuatro campos de acción para la enfermería: la práctica específica, la formación, la investigación y la gestión de los cuidados, modificados según el enfoque clínico o el comunitario (34). En efecto, esta especie de división entre lo clínico y lo comunitario parece corresponderse con los periodos iniciales de la profesión;

de allí que Nightingale en el siglo XIX ya se hubiera referido a ella al hablar de una “enfermería para la salud” y una “enfermería para la enfermedad” (35), aludiendo a la diferenciación entre las enfermerías comunitaria y clínica, respectivamente, y separando así ambos enfoques, incluso desde la formación.

Esta concepción parece continuar arraigada hoy en día. Al respecto, los relatos de los participantes dan cuenta de la marcada diferencia entre la enfermería clínica y la enfermería comunitaria, entendida la primera como los cuidados que se prestan en centros hospitalarios a personas enfermas y la segunda, como las acciones de enfermería que se realizan por fuera de estos centros, enfocados en la promoción de la salud y la prevención y control de riesgos. La práctica clínica, al parecer, tiene más prestigio y reconocimiento en el medio, puesto que se ejerce en el ambiente hospitalario con los pacientes y se enfoca en los cuidados de alcance individual y al servicio de la curación de la enfermedad, la limitación del daño, la rehabilitación y los cuidados paliativos, mientras que el ámbito comunitario parece que no coincidiera con los ideales de algunos profesionales que prefieren el trabajo clínico, incluso al punto de considerar su desempeño como ajeno a la esencia misma de la profesión y, en todo caso, como un ámbito laboral que podría decirse de segunda categoría. Sin embargo, para los profesionales participantes en la investigación, trabajar en lo comunitario tiene grandes ventajas y genera satisfacción.

Este estudio puede estar develando una imagen ampliamente expandida por la sociedad al determinar incluso las razones de escogencia de la carrera profesional en los jóvenes desde antes de su ingreso a la universidad, pero que es, además, reproducida desde las instituciones de formación donde el paradigma ampliamente dominante es el clínico, el cual se ve favorecido por el modelo del Sistema General de Seguridad Social en Salud que tiene el país.

Al analizar los hallazgos de este trabajo, se encontraron algunos elementos que pueden contribuir a que los profesionales de enfermería se sientan atraídos por el ejercicio de una práctica profesional del tipo comunitario, o como en este caso, de la implementación de la estrategia de APS. Tapp et al., en su estudio sobre la autonomía en la práctica de la enfermería, encontraron que esta, referida a la toma de decisiones y en la ejecución de acciones, es uno de los factores que generan mayor satisfacción laboral en los profesionales de enfermería (36).

En el ejercicio, la coordinación de los equipos de la APS puede otorgar a los profesionales de enfermería esta sensación de autonomía, contrapuesta a las relaciones de poder relativamente subordinadas y carentes de independencia (para actuar en términos laborales y personales, lo que restringe o limita dimensiones personales de la vida) que enfrentan en los servicios clínicos. Más aún, el ejercicio de dicha coordinación las pone en una posición de liderazgo y, posiblemente, hasta de poder frente a los otros miembros del equipo y frente a la misma comunidad. Ello contribuiría a reforzar dicho sentimiento de autonomía que podría entonces favorecer sus decisiones de permanencia en este tipo de práctica profesional.

Al respecto, según Arredondo, la calidad de los servicios prestados por enfermería puede verse afectada por situaciones relacionadas con procedimientos rutinarios y repetitivos, poco fundamentados teóricamente, además del desconocimiento social e institucional del papel del profesional de enfermería, la poca claridad que hay respecto de sus funciones y, por consiguiente, de la asignación de múltiples actividades sin tener en cuenta la preparación académica, así como la falta de autonomía profesional (37).

Y en ese mismo sentido, Lazarus y Folkman han encontrado que, en la clínica, el profesional de enfermería está sometido a diversos factores estresantes que afectan su biorritmo, tales como el trato con los usuarios demandantes y el contacto con la enfermedad, el dolor y la muerte, lo que, según ellos, les puede provocar conflicto y ambigüedad de rol y así llegar a afectar su salud mental con la subsiguiente generación de estrés que afecta su bienestar (38).

Adicionalmente, Gray-Toft y Anderson han reportado que el síndrome de *burnout* es frecuente en el ámbito clínico, donde los profesionales de enfermería están sometidos a un alto nivel de estrés, con una prevalencia de trastornos psicológicos asociados, insatisfacción laboral, ausentismo y frecuentes cambios de

puesto de trabajo o abandono de la profesión (39), dado que les genera alteraciones en el bienestar y afecta el reconocimiento social a estos profesionales (40).

El trabajo comunitario, en cambio, parece permitir cierto manejo del ritmo de trabajo, además de que lo practican en espacios abiertos, generalmente al aire libre, a lo que se suma el reconocimiento de la comunidad y el constante contacto con las dinámicas de vida familiares y comunitarias —y no solo con la enfermedad—, así como el hecho de disponer de mayor tiempo para compartir con familia y amigos. Los anteriores pudieran ser aspectos surgidos de este trabajo que, sumados a lo ya analizado sobre la autonomía del profesional, pueden considerarse como factores motivadores para trabajar en APS.

Con todo, puede vislumbrarse una gran diferencia en las condiciones de trabajo entre ambos enfoques: mientras que en el clínico puede encontrarse mayor comodidad, estatus o reconocimiento, mayores ingresos salariales y garantía de prestaciones sociales y estabilidad laboral, en contraste, los que optan por trabajar en el sector comunitario se enfrentan a condiciones más adversas, caracterizadas por bajos salarios, contratos temporales de tres o cuatro meses por prestación de servicios, carencia de otras garantías laborales y de seguridad social, condiciones mínimas para trabajar y bajo reconocimiento por parte del gremio, aspectos todos estos que probablemente estén en la base de una insatisfacción laboral de los profesionales pertenecientes a este segundo enfoque profesional, y ello los puede llevar a perder el ánimo y a abandonar los procesos. Similar situación encontraron Molina et al. en el 2014: ellos exponen que los bajos salarios, las condiciones desfavorables y la incertidumbre laboral ocasionan en el talento humano desmotivación y lo predisponen a migrar o desertar (41).

Todo lo anterior es especialmente preocupante en los escenarios rurales de Antioquia, caracterizados por condiciones de vida precaria y donde, en particular, estos profesionales suelen desarrollar parte de la implementación de la APS lejos de los espacios ciudadanos en los que normalmente han residido y donde se formaron; además, las condiciones geográficas, económicas, culturales y políticas de este último escenario suelen ser comparativamente mejores, y es allí donde las condiciones de trabajo también lo son. Al respecto, la OPS ha afirmado que en el contexto latinoamericano, además de que las funciones del personal de enfermería suelen estar mal definidas, hay una falta general de incentivos, sobre todo para cumplir la labor en zonas rurales y en barrios marginales periurbanos (42).

Ahora bien, también es importante reconocer que los participantes de este estudio fueron profesionales que, si bien han estado vinculados laboralmente a los servicios ambulatorios y clínicos, durante la investigación no centraban su quehacer en estos, sino en la implementación del modelo de APS en Antioquia y, en esa medida, sus consideraciones y juicios frente a su ejercicio profesional en el ámbito comunitario y de salud pública, así como hacia el enfoque clínico de la enfermería, están atravesados por su situación sociohistórica y laboral actual, lo cual puede constituir una limitante para la discusión comparativa suscitada por los hallazgos, entre las situaciones de trabajo que propicia el enfoque clínico y el comunitario. Por esto, los autores consideran importante que en futuras investigaciones afines se incorpore la perspectiva de los profesionales de enfermería vinculados al área clínica respecto al ejercicio que desempeñan y en relación con su experiencia o potencial participación en el desarrollo de la atención primaria en salud.

La formación profesional

Desde una mirada ideal del desarrollo disciplinar, Arredondo ha propuesto que la finalidad de la formación profesional en enfermería es transmitir y fortalecer en los alumnos conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores que contribuyan a disminuir o solucionar las necesidades sociales y de salud de la población. Y ello se logra respondiendo a las tendencias actuales de la enfermería y garantizando cobertura, equidad, extensión y conservación de una cultura a favor de la salud que incluya conocimiento, técnica y humanismo y que permitan legitimar, reconocer y prestigiar el cuidado profesional (37).

Sin embargo, justo es reconocer que el contexto histórico define tanto la formación profesional como las maneras en que el profesional asume su ejercicio profesional. Misas, en ese sentido, reconoce el papel estratégico que representa la educación para el proyecto de desarrollo económico, social y político en que esté comprometido un país (43) y, por tanto, en el desarrollo de la institucionalidad coherente con dicho proyecto; en este caso, con el sistema de salud como recurso estratégico: “Las relaciones entre el individuo y la sociedad se desarrollan en diferentes contextos, inmersos en procesos históricos, económicos, políticos y socioculturales que interfieren en el desarrollo de las prácticas sociales y en las respuestas en salud que la sociedad establece para satisfacción de las necesidades en el logro del bienestar” (8).

En efecto, estos aportes permiten comprender, como lo sostiene Franco-Giraldo, cómo la formación de recursos humanos en salud en los últimos veinte años en Colombia responde a las condiciones del sistema de salud impuestas por la Ley 100 de 1993 y, en ese sentido, que “las universidades, se han concentrado en crear los agentes necesarios para ese modelo basado en la atención individual y en los intereses económicos” (33).

El sistema de salud colombiano es visto aquí, como ha sido ampliamente señalado, como centrado en la enfermedad: morbicéntrico, hospitalocéntrico (44) y que opera en un contexto sociopolítico donde priman las fuerzas, los actores y los intereses del mercado asegurador (45). Se trata de un modelo que se respalda en el modelo biomédico que mantiene su presencia tanto en el contenido curricular y en su diseño pedagógico como en las prácticas académicas, lo que coarta la identidad profesional y la formación de nuevos profesionales (46) o, por lo menos, restringe las posibilidades de desarrollar un nivel de conciencia crítica y la exploración de otros escenarios del hacer. Como lo afirma De la Cuesta, este sistema, que le da mayor énfasis al componente asistencial enraizado en el enfoque biomédico, ha sido uno de los principales obstáculos para que la enfermería comunitaria se fortalezca y logre movilizar sus capacidades (47).

Este modelo biomédico define, directa o indirectamente, los procesos de formación y las orientaciones pedagógicas. Además, este estudio deja ver que para estos profesionales, los docentes —en cuanto actores del proceso formativo y sujetos a las demandas del sistema de salud actual— aprovechen la influencia que tienen sobre los estudiantes para promover, en mayor medida, la orientación vocacional hacia el enfoque asistencial de la enfermería, marcando mayor énfasis en los servicios de mayor complejidad, como urgencias, cirugía y cuidados intensivos, en desmedro de la formación comunitaria demandada en iniciativas de carácter colectivo como APS.

Como consecuencia, parece configurarse aquí lo señalado por Usme, en el sentido de que estos profesionales se ven sujetos a una serie de determinantes externos; por ejemplo, las condiciones laborales y la normativa vigente para el sector salud (48).

Salud pública, enfermería comunitaria y atención primaria en salud: conceptos potenciadores

En este trabajo se encontró que, en el orden conceptual, pareciera haber una confusión de términos en los que se refleja un uso indiscriminado que se puede observar en los planteamientos de acción promulgados desde el mismo sistema, y que parece confundir promoción de la salud y prevención de la enfermedad y agotar en ellas la salud pública, lo que lleva a los mismos profesionales a expresar, como aquí, que todo eso parece ser la misma cosa.

La formulación teórica y metodológica de la salud pública surgió en el contexto de la medicina social alemana, el movimiento sanitario inglés y las medicinas preventiva, comunitaria y familiar en Estados Unidos y América Latina (35). En este mismo contexto, en Inglaterra se formó en 1859 la primera organización de enfermería de salud pública: las enfermeras visitadoras. Estas eran las encargadas de realizar visitas domiciliarias para proporcionar cuidados, educación sobre medidas higiénicas y sanitarias y realizar asistencia social; con la asesoría de Florence Nightingale se formuló el plan de estudio específico para estas enfermeras,

separado del de las hospitalarias: “Fue en este momento cuando la enfermería como profesión se incorporó al movimiento general de la salud pública, social o comunitaria, convirtiéndose en parte integrante de los procesos de transformación social” (35). Lo anterior da pistas en el sentido de que, desde sus orígenes, la enfermería y la salud pública han estado fuertemente ligadas y, al mismo tiempo, desde ese vínculo emerge la confusión entre el campo de acción de la salud pública y la enfermería comunitaria.

Por su parte, la APS —al menos desde el enfoque que se le ha dado en Colombia y en Antioquia— se ha abordado desde la salud pública más que desde la clínica, aunque esta última se incorpora a las estrategias. Esto se debe a que, por las condiciones económicas, políticas y sociales, las acciones se han centrado en una APS selectiva que concentra sus esfuerzos en pocas intervenciones, con el afán de generar un alto impacto, y que toman como blanco las causas más prevalentes de mortalidad infantil y algunas enfermedades infecciosas; y se entiende como el primer nivel de atención del sistema de salud, con enfoque poblacional, que busca cobertura en zonas rurales y urbano-marginadas a la vez que desarrolla programas prioritarios para ofrecer una atención básica e inicial —como puerta de entrada al sistema de salud—, así como acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad (6).

A pesar de estas conexiones, cada uno de los términos tiene sus propios desarrollos conceptual y metodológico que han ido evolucionando a través del tiempo, como ya se ha relatado con la APS. Para Ramos, la enfermería comunitaria es una parte importante de la profesión que aborda todas las situaciones del proceso salud-enfermedad en un contexto comunitario, y la define como “la disciplina que sintetiza los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas de la enfermería y los aplica, como alternativa de trabajo en la comunidad, con el fin de promover, mantener y restaurar la salud de la población, contando con la participación de ésta, mediante cuidados directos e indirectos a los individuos, a las familias, a otros grupos y a la propia comunidad en su conjunto, como miembro de un equipo interdisciplinario y en el marco de una planificación general de atención a la salud” (49).

Por su parte, para el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, la “salud pública, es la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud como un derecho esencial, individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de bienestar y calidad de vida” (50). Empero, este es un concepto demasiado amplio que dificulta su análisis y facilita la confusión con otros términos, por lo que, al momento de abordarlo, los profesionales han optado por entender la salud pública como un ámbito para la acción, en cuanto hace referencia a los esfuerzos sistemáticos para identificar las necesidades de salud y la organización de servicios integrales con una base definida de población (51). De esta forma, tanto la enfermería clínica como la comunitaria pueden aplicar elementos de la salud pública acordes con sus necesidades y sujetos de cuidado.

De este modo, la enfermería comunitaria se configura como un escenario que busca promover, mantener y restaurar la salud de la comunidad y la salud pública como un campo de acción en el cual se pueden desempeñar diferentes disciplinas —incluida a la enfermería, tanto clínica como comunitaria—, mientras que la APS puede interpretarse como estrategia que atraviesa la salud y los sectores sociales en la búsqueda de mejorar la calidad de vida de las personas, familias y comunidades. Así, tienen puntos de encuentro y se alimentan entre ellos, pero cada uno tiene herramientas y objetivos propios.

En relación con los planteamientos del modelo de atención primaria en salud de Antioquia, los hallazgos de este estudio permiten visualizar que, pese a las bondades profesionales y laborales que los participantes de este estudio le atribuyen, en su implementación estos suelen desempeñar roles principalmente de naturaleza técnica, con incipiente impacto en el establecimiento y consolidación de procesos políticos alternativos de organización y participación social por la salud, debido a que su labor se enmarca en las demandas formales, de carácter institucional.

En esa medida, esta investigación contribuye a problematizar la formación de profesionales de la salud, particularmente lo referente al enfoque comunitario y salubrista de la enfermería y, especialmente, en relación con los desafíos que para esta disciplina representa trabajar con liderazgo en la atención primaria en salud. De

allí que este trabajo aporta a la identificación, la orientación y el fortalecimiento del quehacer de enfermería en la atención primaria en salud, al justo reconocimiento de la labor que se lleva a cabo en esta, y espera potenciar investigaciones sobre el tema que permitan la transferencia de conocimientos hacia la práctica de los cuidados y su aplicación en el ejercicio de la enfermería.

Del mismo modo, aunque el modelo propuesto para el desarrollo de la atención primaria en salud en Antioquia brinda un papel preponderante a la enfermería en el liderazgo, desarrollo y evaluación de esta iniciativa, y esta se ha constituido en un nicho de trabajo que podría problematizar la formación profesional, vislumbrar las demandas específicas para el trabajo en salud pública y contribuir al fortalecimiento de la formación, también se pudo visualizar que el modelo antioqueño ha sido cerrado —en cuanto a las posibilidades que brinda para ser discutido y transformado, especialmente desde campos distintos a las áreas de la salud—, y parece existir una progresiva desarticulación entre la academia, la sociedad civil y quienes ejercen la rectoría del sistema de salud. Esta última condicionada, principalmente, por las apuestas programáticas y las dinámicas que le han imprimido los distintos proyectos políticos en salud a que han estado sujetas las autoridades departamentales y municipales. Además, esto se ve reforzado por el carácter aparentemente absorto del modelo.

En últimas, este trabajo pretende estimular la creación de espacios para discutir los elementos técnico-científicos y políticos que han sustentado la formulación, implementación y evaluación de esta política pública de salud en un contexto territorial colombiano específico. Los resultados vislumbran la necesidad apremiante de sistematizar la experiencia de atención primaria en salud en Antioquia, así como recomendar la realización de una evaluación amplia y profunda de esta iniciativa, con participación de actores gubernamentales, académicos, civiles y comunitarios, de tal manera que puedan recuperarse los saberes y prácticas logrados durante su implementación en el departamento para que, a partir de las demandas de los actores participantes y del contexto social, y sin descuidar los desafíos que hoy enfrenta la salud pública nacional, regional y local, esta pueda ser fortalecida y reorientada.

Referencias

1. Twaddle AC. Health system reforms - Toward a framework for international comparisons. *Social Science & Medicine*. 1996;43(5):637-54. doi: 10.1016/0277-9536(96)00151-7.
2. Blas E. The proof of the reform is in the implementation. *The International Journal of Health Planning and Management*. 2004;19(S1):3-23. doi: 10.1002/hpm.781.
3. Arbeláez MP, Gaviria MB, Franco A, Restrepo R, Hincapié D, Blas E. Tuberculosis control and managed competition in Colombia. *J Health Plann Mgmt*. 2004;19:1-19. doi: 10.1002/hpm.775.
4. Grignon M. Pourquoi les systèmes de santé sont-ils organisés différemment? *Revue Économique*. 2009;60(2):545-58. doi: 10.3917/reco.602.0545.
5. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria en salud, más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en: <https://www.apps.who.int/medicinedocs/documents/s22232es/s22232es.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/OMS. Washington: OPS-OMS; 2005. Disponible en: https://www.cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/14021/mod_resource/content/0/CPS/modulo1/m1lecturasprincipales/Renovacion_de_la_APS_1-16_.pdf
7. República de Colombia. Congreso de Colombia. Ley 1438 del 2011 por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: el Congreso; 2011. Disponible en: https://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html

8. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Lineamientos para la promoción de la salud con-sentido humano en Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia; 2010. Disponible en: <https://www.dssa.gov.co/index.php/de-scargas/733-libro-lineamientos-promocion-salud/file>
9. Max Neef M, Elizalde A, Hoppenhayn M. Desarrollo a escala humana: una opción para el futuro. Reflexiones para una nueva perspectiva. Medellín: Centro Dag Hammarskjold; 1996.
10. Organización Mundial de la salud. Declaración de Kampala y prioridades para la acción internacional. Kampala: OMS; 2008.
11. Harzheim E, Casado V, Bonal P. La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina y Europa. Brasilia: Fundación para la Cooperación y Salud Internacional del Sistema Nacional de Salud de España y Ministerio de Salud de Brasil; 2009.
12. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 27.a Conferencia Sanitaria Panamericana. 59.a Sesión del Comité Regional. Resolución CSP27.R7. Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015. Washington: OPS-OMS; 2007.
13. Consejo Internacional de Enfermería (CIE). Las enfermeras y la atención primaria de salud: Declaración de posición del CIE. Anec (Colombia). 2013; 75:23-24.
14. Consejo Internacional de Enfermería (CIE). La definición de enfermería. CIE; 2010 [citado 2014 abr. 15]. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/about-icn/icn-definition-of-nursing/>
15. García ML, Cárdenas L, Arana B, Monroy A, Hernández Y, Salvador C. Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. Texto Contexto Enferm. 2011; 20:74-80. doi: 10.1590/S0104-07072011000500009.
16. Bruno V, Bustamante MJ, Hamburger A, Maldonado L, Segura L, Tiesca R. Atención primaria en salud. Una mirada desde los profesionales de enfermería: barreras, conocimientos y actividades. Salud Uninorte; 2015;31(2):295-308. doi: 10.14482/sun.31.2.7589.
17. Torres M, Dandicourt C, Rodríguez A. Funciones de enfermería en la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005;21:3-4. Disponible en: https://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
18. Consejo Internacional de Enfermería (CIE). Servir a la comunidad y garantizar la calidad: Las enfermeras al frente de la atención primaria de salud. CIE; 2007 [citado 2015 jun. 25]. Disponible en: <https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Actividades%20de%20Seapa/2008/DIE%202008.pdf>
19. Arribas A, Gasco S, Hernández M, Muñoz E. Papel de enfermería en atención primaria. Madrid: Servicio Madrileño de Salud, Dirección General de Atención Primaria; 2009. Disponible en: <https://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0434.pdf>
20. Alarcón M. Modelo integrador de enfermería: una estrategia para la atención primaria a la salud. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2013;21(1):35-40. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2013/eim131g.pdf>
21. República de Colombia. Congreso de Colombia. Ley 266 de 1996, enero 25, por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Bogotá: autor; 1996.
22. Gobernación de Antioquia. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social. Informe de gestión subproyecto familia saludable atención primaria en salud. Medellín: DSSPSA; 2013.
23. Malvárez S, Castrillón-Agudelo M. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América latina: primera parte. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2006;14(2):101-16. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2006/eim063f.pdf>
24. Nigenda G, Ruiz J. Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud. Bases para su planeación estratégica. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2010.
25. Boyle J. Estilos of ethnography. En: Morce J. Issues in cualitative research. Washington: New Bury Park; 1993.
26. Valles MS. Técnicas cualitativa de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis; 1999.

27. Quintana-Peña A. Metodología de investigación científica cualitativa. En: Psicología: tópicos de actualidad. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.
28. Galeano ME. Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellín: Universidad Eafit; 2004.
29. Atehortúa Mira SM. Situación de la enfermería en el desarrollo de la atención primaria en salud en Antioquia desde la perspectiva de sus profesionales, 2014-2015.. Universidad de Antioquia; 2016 [citado 2018 nov. 4]. Disponible en: https://www.tesis.udea.edu.co/bitstream/10495/5561/1/AtehortuaSonia_2016_SituacionEnfermeriaSalud.pdf
30. Cifuentes RM. Diseño de proyectos de investigación cualitativa. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico; 2011.
31. Álvarez C. La etnografía como modelo de investigación en educación. *Gaz Antropol.* 2008;24(1):1-15. Disponible en: https://www.ugr.es/~pwlac/G24_10Carmen_Alvarez_Alvarez.html
32. De Sousa MC. O Desafio do Conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1992.
33. Franco-Giraldo A. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2015;33(3):414-24. doi: 10.17533/udea.rfnsp.v33n3a11.
34. Kerouack S, Pepin J, Ducharme F, Major F. El pensamiento enfermero. Capítulo 3: Hacia lo esencial de la disciplina. Barcelona: Elsevier Doyma; 1996.
35. Marrasa L, Germán C, Sánchez A, Merelles A, Aparicio V. Salud pública y enfermería comunitaria. 2.a ed. Madrid: Aravaca, McGraw-Hill; 2003: vol. 1 p. 31-90.
36. Tapp D, Stansfield K, Stewart J. La autonomía en la práctica de enfermería. *Aquichan.* 2005;5(1):114-27. Disponible en: https://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100012
37. Arredondo MA. Fortalecimiento en la formación de recursos humanos en enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2013;(1):47-53. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2013/eim131i.pdf>
38. Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
39. Gray-Toft P, Anderson J. Stress among hospital nursing staff: Its causes and effects. *Soc Sci Med.* 1981;15(5):639-47. doi: 10.1016/0271-7123(81)90087-0.
40. Rodríguez C, Oviedo A, Hernández V, Pérez MS. Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería de dos hospitales del Estado de México. *Fundamentos en Humanidades.* 2009;19:179-93. doi: 10.14718/ACP.2017.20.2.7.
41. Muñoz I, Higueta Y, Molina G, Gómez L. Características de la gestión del talento humano en salud pública. En: Molina G, Ramírez A, Ruiz A. Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano: El bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares. Medellín: Pulso y Letra; 2014. p. 265-91.
42. Organización Panamericana de Salud. Nuevos retos en el campo de la educación avanzada del personal de enfermería en América latina. *Pan American Journal of Public Health.* 1997;2(1):51-56. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/1997.v2n1/51-56/es>
43. Misas-Arango, G. La educación superior en Colombia: Análisis y estrategias para su desarrollo. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2004.
44. Hernández M. Problemas éticos: Desigualdad, inequidad e injusticia. En: Taller Latinoamericano de Determinantes sociales de la salud; México 29 sep.-2 oct. México: Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames); 2008. Disponible en: https://www.saludcapital.gov.co/Articulos%20Observatorio/Desigualdad%20inequidad%20e%20injusticia_Mario_Hern%C3%A1ndez.pdf
45. Mosquera PA, Hernández J, Vega R, Labonte R, Sanders D, Dahlblom K, San Sebastián M. Challenges of implementing a primary health care strategy in a context of a market-oriented health care system: The experience of Bogotá, Colombia. *Int J Health Plann Mgmt.* 2013. doi: 10.1002/hpm.2228.

46. Durán de Villalobos MM. Enseñanza de la disciplina de enfermería. En: VII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería [CD-ROM]. Medellín 2013 Sep 9-13. Medellín: Universidad de Antioquia; 2013. p. 1-26.
47. De la Cuesta C. Estrategias de futuro para el desarrollo de la enfermería comunitaria. Metas de Enfermería. 2004;7(2):60-63. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Carmen_Cuesta-Benjumea/publication/279372426_Estrategias_de_futuro_para_el_desarrollo_de_la_Enfermeria_Comunitaria/links/55c890d208aebc967df8e83b.pdf
48. Usme O. Responsabilidad social y rol del profesional de enfermería en el logro del derecho a la salud. Bogotá: Universidad El Bosque, Facultad de Enfermería; 2009.
49. Ramos E. Enfermería comunitaria: métodos y técnicas. Madrid: Difusión; 2000.
50. Ministerio de Salud y Protección Social. Salud pública. Ministerio de Salud y Protección Social [citado 2015 jul. 8]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/paginas/saludpublica.aspx>
51. Frenk J. La salud pública: Campo del conocimiento y ámbito para la acción. En: La salud de la población: Hacia una nueva salud pública. México: Fondo de Cultura Económica; 1993.

Notas

- * Artículo de investigación

Licencia Creative Commons CC BY 4.0

Cómo citar este artículo: Atehortúa S, Castaño-Pineda Y, Restrepo Villa RO. Situación de la enfermería en el desarrollo de la atención primaria en salud en Antioquia (Colombia): aproximación desde la perspectiva de los profesionales. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2019;18(36). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps18-36.sed>