



MARCO DE REFERENCIA  
PARA LA EVALUACIÓN,  
ICFES

# Módulo Atención en salud

## Saber Pro

Versión inicial

Presidente de la República  
Juan Manuel Santos Calderón

Ministra de Educación Nacional  
Yaneth Giha Tovar

Viceministra de Educación Superior  
Luz Karime Abadía Alvarado

Publicación del Instituto Colombiano para la  
Evaluación de la Educación (ICFES)  
© ICFES, 2016.  
Todos los derechos de autor reservados.

Coordinadora de la publicación  
Flor Ángela León Grisales

Elaboración del documento  
Alianza de Facultades en Salud

Edición del documento  
Gloria Patricia Miranda

Diagramación  
Angie Nathalia Chavarro Morcote

Directora General  
Ximena Dueñas Herrera

Secretaria General  
María Sofía Arango Arango

Director de Evaluación  
Hugo Andrés Gutiérrez Rojas

Director de Producción y Operaciones  
Álvaro Pérez Tirado

Directora de Tecnología  
Ingrid Picón Carrascal

Oficina Asesora de Comunicaciones y Mercadeo

Oficina Gestión de Proyectos de Investigación

Subdirector de Producción de Instrumentos  
Luis Javier Toro Baquero

Subdirector de Diseño de Instrumentos (E)  
Hugo Andrés Gutiérrez Rojas

Subdirector de Estadística  
Cristian Fernando Téllez Piñerez

Subdirectora de Análisis y Divulgación  
Silvana Godoy Mateus

ISBN de la versión digital: En trámite

Bogotá, D. C., Noviembre de 2016



## ADVERTENCIA

Todo el contenido es propiedad exclusiva y reservada del Icfes y es el resultado de investigaciones y obras protegidas por la legislación nacional e internacional. No se autoriza su reproducción, utilización ni explotación a ningún tercero. Solo se autoriza su uso para fines exclusivamente académicos. Esta información no podrá ser alterada, modificada o enmendada.

## TÉRMINOS Y CONDICIONES DE USO PARA PUBLICACIONES Y OBRAS DE PROPIEDAD DEL ICfes

El Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación (Icfes) pone a la disposición de la comunidad educativa y del público en general, **DE FORMA GRATUITA Y LIBRE DE CUALQUIER CARGO**, un conjunto de publicaciones a través de su portal [www.icfes.gov.co](http://www.icfes.gov.co). Dichos materiales y documentos están normados por la presente política y están protegidos por derechos de propiedad intelectual y derechos de autor a favor del Icfes. Si tiene conocimiento de alguna utilización contraria a lo establecido en estas condiciones de uso, por favor infórmenos al correo [prensaicfes@icfes.gov.co](mailto:prensaicfes@icfes.gov.co).

Queda prohibido el uso o publicación total o parcial de este material con fines de lucro. **Únicamente está autorizado su uso para fines académicos e investigativos.** Ninguna persona, natural o jurídica, nacional o internacional, podrá vender, distribuir, alquilar, reproducir, transformar (!), promocionar o realizar acción alguna de la cual se lucre directa o indirectamente con este material. Esta publicación cuenta con el registro ISBN (International Standard Book Number, o Número Normalizado Internacional para Libros) que facilita la identificación no solo de cada título, sino de la autoría, la edición, el editor y el país en donde se edita.

En todo caso, cuando se haga uso parcial o total de los contenidos de esta publicación del Icfes, el usuario deberá consignar o hacer referencia a los créditos institucionales del Icfes respetando los derechos de cita; es decir, se podrán utilizar con los fines aquí previstos transcribiendo los pasajes necesarios, citando siempre la fuente de autor; lo anterior siempre que estos no sean tantos y seguidos que razonadamente puedan considerarse como una reproducción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del Icfes.

Asimismo, los logotipos institucionales son marcas registradas y de propiedad exclusiva del Icfes. Por tanto, los terceros no podrán usar las marcas de propiedad del Icfes con signos idénticos o similares respecto de cualesquiera productos o servicios prestados por esta entidad, cuando su uso pueda causar confusión. En todo caso queda prohibido su uso sin previa autorización expresa del Icfes. La infracción de estos derechos se perseguirá civil y, dado el caso, penalmente, de acuerdo con las leyes nacionales y tratados internacionales aplicables.

El Icfes realizará cambios o revisiones periódicas a los presentes términos de uso, y los actualizará en esta publicación.

*El Icfes adelantará las acciones legales pertinentes por cualquier violación a estas políticas y condiciones de uso.*

---

\* La transformación es la modificación de la obra a través de la creación de adaptaciones, traducciones, compilaciones, actualizaciones, revisiones, y, en general, cualquier modificación que de la obra se pueda realizar, generando que la nueva obra resultante se constituya en una obra derivada protegida por el derecho de autor, con la única diferencia respecto de las obras originales que aquellas requieren para su realización de la autorización expresa del autor o propietario para adaptar, traducir, compilar, etcétera. En este caso, el Icfes prohíbe la transformación de esta publicación.

# Contenido

Introducción .....	6
<b>1. Marco normativo .....</b>	<b>8</b>
1.1 Saber 3.º, 5.º, 7.º y 9.º .....	8
1.2 Saber 11.º .....	8
1.3 Saber Pro .....	9
<b>2. La Educación Superior en Colombia .....</b>	<b>10</b>
2.1 Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 .....	11
<b>3. Formación del Talento Humano en Salud .....</b>	<b>13</b>
<b>4. Examen de Estado de Calidad de la Educación Superior – SABER PRO para ciencias de la salud .....</b>	<b>14</b>
4.1 Diseño del módulo .....	15
<b>5. Referentes temáticos .....</b>	<b>16</b>
5.1 Referentes específicos .....	16
5.1.1 Referente proceso salud – enfermedad .....	16
5.1.2 Definición de Salud .....	17
5.1.3 Concepciones de la Salud Pública .....	19
5.1.4 La salud pública en Colombia .....	22
5.1.5 El ejercicio práctico de la salud pública .....	25
5.1.5.1 Situación de salud de los colectivos .....	25
5.1.5.2 Atención Primaria de Salud .....	26
5.1.5.3 Vigilancia en Salud y gestión del conocimiento .....	27
<b>6. Diseño de la prueba .....</b>	<b>28</b>
6.1 Objeto del módulo .....	28
6.2 Áreas de dominio por evaluar .....	28
6.2.1 La situación de salud del individuo, la familia y la comunidad .....	29
6.2.2 Las estrategias en salud pública .....	29

6.2.3 Normatividad nacional y acuerdos internacionales vigentes en salud pública .....	30
6.2.4 Vigilancia en salud y gestión del conocimiento .....	30
6.3 Estructura del módulo .....	32
<b>Referencias</b> .....	<b>33</b>

En este marco de referencia, el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación (Icfes) presenta el módulo Atención en Salud, que hace parte de los módulos de competencias específicas, comunes a grupos de programas del Examen de Estado de Calidad de la Educación Superior, Saber Pro. El objetivo principal de este documento es responder las siguientes preguntas: ¿qué competencias se evalúan en el módulo de Atención en Salud?, ¿por qué se han seleccionado estas competencias como objeto de la evaluación? y ¿cómo se evalúan en el módulo?

Para su desarrollo se contó con la participación de la comunidad académica de salud a través de la Alianza de Facultades de Salud<sup>1</sup>, docentes y expertos de diferentes profesiones de la salud. Adicionalmente, es importante resaltar que los avances de este trabajo fueron socializados por medio de validaciones externas con miembros de la comunidad académica a nivel nacional.

Para el desarrollo del mismo se tuvieron en cuenta las competencias que un grupo de docentes experto en varias profesiones de la salud consideró fundamentales para evaluar, de manera común, a los estudiantes que están próximos a culminar sus estudios en los programas de formación del área de Ciencias de la Salud.

Ahora bien, antes de comenzar, vale la pena definir que los objetivos del documento requieren que se repare en la definición de competencia que el Icfes ha adoptado. Se trata entonces del “conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes, comprensiones y disposiciones cognitivas, socioafectivas y psicomotoras apropiadamente relacionadas entre sí para facilitar el desempeño flexible, eficaz y con sentido de una actividad o de cierto tipo de tareas en contextos relativamente nuevos y retadores” (Ministerio de Educación Nacional, 2006, p. 49).

El documento consta de cinco secciones desarrolladas de la siguiente manera:

**Sección 1. Marco normativo que rige los exámenes.** En esta parte se define el marco normativo que rige todos los exámenes realizados por el Icfes y el alcance de los exámenes realizados por el instituto.

**Sección 2. La educación superior en Colombia.** En esta sección se da cuenta de cómo en Colombia se viene desarrollando un proceso participativo para el desarrollo de un modelo académico con altos estándares dentro de todos los eventos, perspectivas y proyecciones, con el objetivo de lograr el mejoramiento de la calidad de la educación superior para que las reformas y los planteamientos que se llevan a cabo respondan a las necesidades y exigencias del entorno. Dentro de este se encuentra el proyecto internacional AHELO, coordinado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y tres frentes que ha generado el Ministerio de Educación Nacional (MEN), como son el registro calificado, la acreditación de alta calidad y el examen de estado de la educación superior. En este capítulo también se presentan las competencias

<sup>1</sup> La Alianza de Facultades de Salud reunió a 12 disciplinas y profesiones de salud: bacteriología, enfermería, farmacia, fisioterapia, fonoaudiología, instrumentación quirúrgica, medicina, nutrición y dietética, odontología, optometría, terapia respiratoria y terapia ocupacional.

como tendencia y preocupación actual de la evaluación en la educación, así como los aspectos tomados como referencia del Plan Decenal de Salud 2012-2021, publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, que ha sido la base para el cambio en el modelo de salud, principal reto que desde el sector educativo se tiene para los profesionales en formación.

**Sección 3. La formación del talento humano en salud.** En esta parte se presenta la salud como inherente al desarrollo social y económico, y conducente al mejoramiento continuo del bienestar humano, de manera que para promover y mantener la salud se requiere el desarrollo de diferentes competencias en la formación de los profesionales del área de la salud. En este sentido, es importante considerar que cuando se piensa en competencias comunes a dicha área, es necesario pensar también en la formación en los distintos programas del área de la salud y cómo cada una de ellas tiene su énfasis, su propósito y su necesidad de formación profesional y disciplinar. Finalmente se presentan las características esenciales de un profesional de la salud.

**Sección 4. Examen de Estado de Calidad de la Educación Superior Saber Pro.** En esta sección se presenta el desarrollo en el tiempo que han tenido los Exámenes de Estado de la Calidad de la Educación Superior para las profesiones de la salud y los objetivos del examen, y se explica la metodología basada en evidencias, la cual se usa para el diseño y desarrollo de los módulos.

**Sección 5. Módulo Atención en Salud.** En este capítulo se presentan los aspectos conceptuales específicos y fundamentales del módulo, como son: el proceso salud-enfermedad, el concepto de salud, las concepciones de la salud pública, la situación de salud de los colectivos y la prevención de la enfermedad. Adicionalmente, se presenta el objeto de la prueba y se definen y desarrollan las dimensiones por evaluar.



# 1. MARCO NORMATIVO

Los exámenes de Estado que realiza el Icfes están sustentados en la Ley 1324 de 2009. En esta ley se establece que el objeto del Icfes es “ofrecer el servicio de evaluación de la educación en todos sus niveles y adelantar investigación sobre los factores que inciden en la calidad educativa, con la finalidad de ofrecer información para mejorar la calidad de la educación” (artículo 12). Para estos efectos, en esta ley se le asigna al Icfes la función de desarrollar la fundamentación teórica de los instrumentos de evaluación, así como las de diseñar, elaborar y aplicar estos instrumentos, de acuerdo con las orientaciones que defina el Ministerio de Educación Nacional (artículo 12, numeral 2).

Basado en este marco legal, el Icfes diseña, desarrolla, aplica, califica y entrega resultados de dos exámenes de Estado, Saber 11 y Saber Pro. Adicionalmente, realiza un examen nacional por encargo del MEN para las pruebas de la educación básica, Saber 3, 5, 7 y 9.

Cada una de estas evaluaciones tiene su respaldo en distintas leyes, decretos y normativas que aplican para cada una de ellas. A continuación se describen brevemente las normas asociadas a cada examen, a partir de lo dispuesto en la Ley 1324 de 2009.

## 1.1 Saber 3.º, 5.º, 7.º y 9.º

Desde comienzos de la década de los noventa, el Icfes ha desarrollado e implementado el programa de evaluación Saber para educación básica. Este programa, conformado hoy por los exámenes Saber 3, 5, 7 y 9, forma parte del Sistema Nacional de Evaluación Estandarizada de la Educación. Como establece la Ley General de Educación, la operación de este sistema está a cargo del MEN y del Icfes (junto con las entidades territoriales) y su objetivo es “velar por la calidad [educativa], por el cumplimiento de los fines de la educación y por la mejor formación moral, intelectual y física de los educandos [...], [de manera que] sea base para el establecimiento de programas de mejoramiento del servicio público educativo” (Ley 115 de 1994, artículo 80). Adicionalmente, a partir de la Ley 715 de 2001 se determinó que los exámenes Saber para la educación básica son de carácter obligatorio y de tipo censal, y que deben aplicarse cada tres años.

## 1.2 Saber 11.º

El Examen de Estado para el Ingreso a la Educación Superior, también denominado Examen de Estado de la Educación Media, Saber 11, se estableció como un requisito para ingresar a la educación superior en la Ley 30 de 1992 (artículo 14), de manera que sirviera a las universidades para propósitos de admisión de estudiantes.

El Decreto 869 de 2010 reglamenta la aplicación de este examen en el territorio nacional. Establece que es un instrumento estandarizado para la evaluación externa y que su estructura esencial “se

mantendrá por lo menos doce (12) años” (artículos 1 y 2). El examen integra, junto con los que se aplican en educación básica y al finalizar el pregrado, el Sistema Nacional de Evaluación Estandarizada de la Educación (artículo 1). En este sentido, también tiene como propósito evaluar la calidad de la educación impartida por los colegios. Esto quedó reglamentado en el Decreto 2343 de 1980, el mismo que volvió obligatoria la presentación del examen para ingresar a cualquier programa de educación superior (artículo 1). Adicionalmente, se estableció que el ICFES debía reportarle al MEN la información agregada de resultados por colegios, con el fin de que esa entidad tomara las medidas pertinentes.

## 1.3 Saber Pro

La Ley 1324 de 2009 establece el Examen de Estado de Calidad de la Educación Superior, Saber Pro, como un instrumento estandarizado para la evaluación externa de la calidad de la educación superior (artículo 7). También conforma, con otros procesos y acciones, el Sistema Nacional de Evaluación Estandarizada de la Educación, de manera que es otro de los instrumentos de los que el Gobierno Nacional “dispone para evaluar la calidad del servicio público educativo y ejercer su inspección y vigilancia” (Decreto 3963, 2009, artículo 1). Según reglamenta el anterior decreto, el diseño definitivo de los nuevos exámenes Saber Pro tendrá una vigencia de por lo menos doce años (artículo 3). Una vez sea adoptado de manera definitiva cada módulo de los exámenes, será posible iniciar la generación de resultados comparables.

Las pruebas Saber Pro son de la familia de pruebas del sistema de evaluación de la calidad que, a partir de los criterios definidos por el MEN, son diseñadas construidas, aplicadas y analizadas en el ICFES, cuyos resultados ofrecen información para la supervisión, el control y la identificación de aspectos críticos que permiten a entidades como las secretarías de Educación, los establecimientos educativos y las instituciones de educación superior plantear, implementar y coordinar planes de mejoramiento.

## 2. LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN COLOMBIA

El Plan Sectorial 2010-2014 define la política de calidad, entre la que se especifica que

Una educación de calidad es aquella que forma mejores seres humanos, ciudadanos con valores éticos, respetuosos de lo público, que ejercen los derechos humanos y conviven en paz... Una educación que genera oportunidades legítimas de progreso y prosperidad para ellos y para el país. Una educación competitiva, que contribuye a cerrar brechas de inequidad, centrada en la institución educativa y en la que participa toda la sociedad<sup>2</sup>.

Así mismo, dentro del Plan Sectorial de Educación 2010-2014 se define un objetivo clave que es “Mejorar la calidad de la educación en todos los niveles”, en el caso de la educación superior se definen las siguientes acciones para el cumplimiento del objetivo antes mencionado:

1. Fortalecimiento del desarrollo de competencias genéricas y específicas.
2. Fortalecimiento del sistema de evaluación, que incluye dos aspectos: a) reestructurar las pruebas Saber Pro para evaluar competencias, y b) iniciar la medición del país en AHELO.
3. Fortalecimiento del sistema de aseguramiento de la calidad<sup>3</sup>.

El Ministerio de Educación Nacional, en concordancia con la búsqueda del mejoramiento continuo de la educación y por ende de la excelencia académica, define tres frentes que ayudan a impulsar esta excelencia:

- **Registro calificado:** De carácter obligatorio, certifica las condiciones mínimas de calidad de un programa de educación superior y está reglamentado por el Decreto 1295 del 20 de abril de 2010<sup>4</sup>. El registro calificado es otorgado por el Ministerio de Educación Nacional a las instituciones de educación superior legalmente reconocidas en Colombia, teniendo en cuenta el concepto con su recomendación emitido por la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CONACES).
- **Acreditación de alta calidad:** Es de carácter voluntario y se aplica a programas y/o instituciones, “el proceso de acreditación de alta calidad supone el cumplimiento de las condiciones previas o básicas de calidad para la oferta y desarrollo de un programa; se refiere fundamentalmente a cómo una institución y sus programas orientan su deber ser hacia un ideal de excelencia, y pueden mostrar alta calidad mediante resultados específicos, tradición consolidada, impacto y reconocimiento social”<sup>5</sup>. Responde a las exigencias de la Ley 30 de diciembre 28 de 1992<sup>6</sup>

2 Ministerio de Educación Nacional (2011), Plan Sectorial 2010-2014, Documento N.º 9, Colombia.

3 Presentación AHELO, México, 2012. Recuperada de <http://ahelo.uaslp.mx/Descargas.html>.

4 Decreto 1295 de 2010, por el cual se reglamenta el registro calificado de que trata la Ley 1188 de 2008 y la oferta y desarrollo de programas académicos de educación superior. Diario Oficial, N.º 47.687 de abril 21 de 2010.

5 Sistema Nacional de Acreditación, Consejo Nacional de Acreditación (CNA), Lineamientos para la acreditación de programas de pregrado, Bogotá, enero de 2013.

6 Ley 30 de 1992, por la cual se organiza el servicio público de la educación superior. Diario Oficial, N.º 40.700 de diciembre 29 de 1992.

y al Acuerdo 2 de 2011<sup>7</sup>, el juicio del Consejo Nacional de Acreditación (CNA), apoyado en la autoevaluación y el concepto de los pares académicos, se constituye en un reconocimiento público de que una institución o programa está cumpliendo su misión con altos niveles de calidad.

- **Examen de Estado de la Educación Superior Saber Pro:** es un instrumento estandarizado para la evaluación externa de la calidad de la educación superior.

## 2.1 Plan decenal de salud 2012-2021.

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 se ha constituido en el marco de referencia para la articulación de las políticas intra e intersectoriales a nivel nacional relacionadas con aspectos de la salud del Individuo, la comunidad y la sociedad.

Tiene como meta central alcanzar la equidad y el desarrollo humano sostenible, afectando positivamente los determinantes sociales de la salud y mitigando los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida saludables.

Para su implementación tiene tres grandes objetivos estratégicos, los cuales se muestran en la figura 1

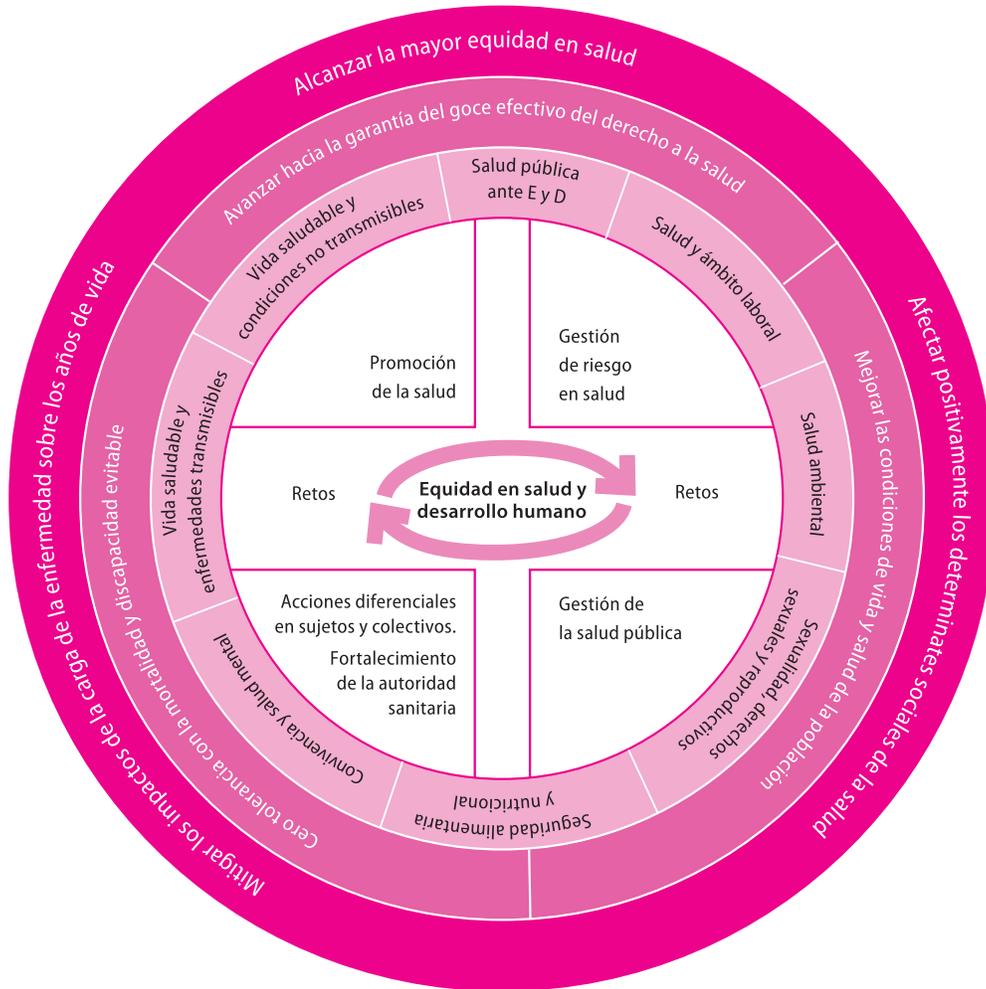
1. Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud.
2. Cero tolerancia con la mortalidad y discapacidad evitable.
3. Mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes.

Estos componentes se han tenido en cuenta para el desarrollo del módulo de salud, pues son los profesionales en formación actores importantes en su implementación y por lo tanto su formación debe orientarse considerando este marco de referencia.

---

<sup>7</sup> Acuerdo 2 de 2011, por el cual se establecen criterios para los procesos de acreditación de instituciones y programas académicos de educación superior, Consejo Nacional de Educación Superior (CESU).

Figura 1 Marco estratégico



Fuente: Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: *La salud en Colombia la construyes tú*. Ministerio de Salud y Protección Social.



### 3. FORMACIÓN DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

La salud es inherente al desarrollo social y económico, y lleva al mejoramiento continuo del bienestar humano. Con el propósito de promover y mantener la salud, se requiere el desarrollo de diferentes competencias en la formación de los profesionales del área, reconociendo que existen especificidades disciplinares y profesionales que actúan en las etapas del proceso salud-enfermedad: atención primaria en salud y diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en las personas, la familia, la comunidad y la sociedad.

La definición de las competencias fundamentales para el área de salud parte de algunos elementos esenciales como son la comprensión de la relación de los determinantes sobre la salud y la comprensión del concepto de talento humano.

El concepto de talento humano se entiende como:

todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud<sup>8</sup>.

En este sentido, es importante considerar que cuando se piensa en competencias comunes al área de la salud, es necesario también pensar en la formación en cada uno de los programas de la salud, porque cada uno tiene un énfasis, un propósito y una necesidad de formación.

<sup>8</sup> Ley 1164 de 2007, por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. Diario Oficial, N.º 46.771 de octubre 4 de 2007.

## 4. EXAMEN DE ESTADO DE CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR SABER PRO PARA CIENCIAS DE LA SALUD

En Colombia se tiene una experiencia de 16 años en materia de evaluación masiva en educación superior a través de pruebas estandarizadas denominadas Exámenes de Estado de la Calidad de la Educación Superior—inicialmente ECAES—. La primera aplicación voluntaria se realizó en el año 2001, con base en la experiencia de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME). Y desde el año 2002 estas pruebas se han venido realizando de manera ininterrumpida, evaluando en ese entonces las competencias específicas de cada una de ellas y vinculando cada vez un mayor número de disciplinas, programas y estudiantes. A partir del año 2004, de manera paulatina, se realiza la evaluación de competencias genéricas, inicialmente con comprensión lectora, y desde 2005 con una prueba de inglés.

Los Exámenes de Estado de la Calidad de la Educación Superior, según la Ley 1324 de julio de 2009<sup>9</sup> y el Decreto 3963 de octubre de 2009<sup>10</sup>, buscan cumplir con los siguientes objetivos:

- Comprobar el desarrollo de competencias de los estudiantes próximos a culminar los programas académicos de pregrado que ofrecen las instituciones de educación superior.
- Producir indicadores de valor agregado de la educación superior en relación con el nivel de competencias de quienes ingresan a ella y proporcionar información para la comparación entre programas, instituciones y metodologías, y para mostrar cambios en el tiempo.
- Servir de fuente de información para la construcción de indicadores de evaluación de la calidad de los programas e instituciones de educación superior, así como del servicio público educativo. Se espera que estos indicadores fomenten la cualificación de los procesos institucionales, la formulación de políticas y soporten el proceso de toma de decisiones en todos los órdenes y componentes del sistema educativo.

El Módulo de Atención en Salud de Saber Pro es una prueba de lápiz y papel, con preguntas de selección múltiple con única respuesta. Es presentado por estudiantes de programas profesionales universitarios que están próximos a culminar sus estudios. Evalúa la calidad del servicio educativo en términos de competencias, alimenta un sistema de información que permite la comparación de instituciones y programas entre sí, y genera indicadores con valores agregados para las IES. Estas pruebas son presentadas por los estudiantes que han cursado por lo menos el 75% de sus créditos académicos y es de carácter obligatorio, por estar establecida como requisito de grado, según el Decreto 3963 de 2009.

9 Ley 1324 de 2009, por la cual se fijan parámetros y criterios para organizar el sistema de evaluación de resultados de la calidad de la educación, se dictan normas para el fomento de una cultura de la evaluación, en procura de facilitar la inspección y vigilancia del Estado y se transforma el ICFES, Diario Oficial, N.º 47.409 de julio 13 de 2009.

10 Decreto 3963 de 2009, por el cual se reglamenta el Examen de Estado de Calidad de la Educación Superior, Diario Oficial, N.º 46.502 de octubre 14 de 2009.

## 4.1 Diseño del módulo<sup>11.12</sup>

El diseño y estructura del módulo está dirigido a la evaluación de competencias comunes específicas de programas del área de la salud que fundamentan la adquisición del conocimiento científico para la atención, el diagnóstico y la asesoría en el área de la salud. El diseño se realizó con base en la metodología del modelo de evidencias, que es “una aproximación a la construcción de evaluaciones educativas en términos de argumentos basados en evidencias” (Mislevy, Almond y Lukas, 2004, p. 4).

En síntesis, conforme a este modelo, se define lo que se quiere evaluar según una estructura formal de diferentes niveles: afirmaciones, evidencias y tareas.

Una *afirmación* es un enunciado que detalla capacidades, habilidades o conocimientos que pueden atribuirse a un estudiante. Una o más afirmaciones conforman una competencia y, de este modo, las afirmaciones describen de qué es capaz un estudiante que domina esa competencia. Las *evidencias* precisan cuáles son las acciones que pueden acreditar que un estudiante cuenta con una competencia. Se trata, entonces, de operaciones que pueden dar muestra de que se dispone de las capacidades, las habilidades o los conocimientos detallados en una afirmación. Con una *tarea* se determina el desempeño de un estudiante al contestar una pregunta o seguir una instrucción. Cuando una tarea se resuelve correctamente, se cuenta con los elementos para sustentar una evidencia (Icfes, 2013b, pp. 29-30). De este modo, a partir de la realización de ciertas tareas se evidencia si el estudiante cumple, o no, los criterios y estándares de desempeño establecidos para una competencia.

La prueba pretende evaluar las competencias que se describen específicamente en el desarrollo del tema de atención en salud que se desarrolla en este marco.

Sin embargo, tratar de acercarse al grado de dominio que tiene un estudiante de una competencia específica no es tarea fácil. Para este fin, se ha optado por plantearle al estudiante situaciones problema que simulen contextos reales y, a partir de esto, inferir su grado de dominio. La evaluación se ha diseñado, entonces, mediante situaciones problema, a las que el estudiante debe dar respuesta de la manera más acertada.

11 MISLEVY, ALMOND y LUKAS. A Brief Introduction to Evidence-Centered Design. National Center for Research on Evaluation, Standards, and Student Testing (CRESST) /Universidad de Maryland. Center for the Study of Evaluation (CSE). Informe CSE 632, mayo de 2004.

12 Síntesis DBE. Documento suministrado por el Grupo de Evaluación de la Educación Superior ICFES, 2012.

## 5. REFERENTES TEMÁTICOS

### 5.1 Referentes específicos

Como se ha resaltado a lo largo de este marco de referencia, los exámenes desarrollados por el Icfes abordan las competencias, de manera que los exámenes apuntan a evaluar las herramientas con la que cuenta el evaluado para resolver algunos problemas planteados dentro de un contexto específico. La definición de cada uno de los siguientes referentes permite identificar los temas abordados en las diferentes disciplinas y saberes de las Ciencias de la Salud, así como identificar las competencias que serán evaluadas con esta prueba.

A continuación se desarrollará entonces una revisión temática, haciendo énfasis y claridad sobre las competencias a evaluar.

#### 5.1.1 Referente proceso salud-enfermedad

Desde los griegos, específicamente con Hipócrates, se ha planteado una relación antagónica entre salud y enfermedad, en la cual aparecen los cuatro elementos centrales: aire, tierra, fuego y agua, los cuales al estar en equilibrio o desequilibrio, representan el estado de salud y de enfermedad.

La medicina hipocrática es el nacimiento de la medicina como un saber técnico, es el acontecimiento más importante de la historia universal de la medicina. La total elaboración de esta primera medicina científica, que llamamos medicina hipocrática, duró alrededor de trescientos años a partir del siglo VI a.C. Esta hazaña consistió en sustituir en la explicación de la salud y enfermedad todo elemento mágico o sobrenatural por una teoría circunscrita a la esfera del hombre y la naturaleza. Según Lichtenthaler y Laín, constituye el origen de una concepción científica de la medicina universal, definitivamente liberada de la religión y la filosofía y establecida como un conocimiento técnico. Hipócrates usó los sentidos y la mente como los únicos instrumentos diagnósticos, creó la medicina clínica junto al lecho (kliná) del enfermo<sup>13</sup>.

Luego, en la Edad Media, se da paso en Europa a la teoría de los humores: se practicaba, por ejemplo, la sangría artificial y la flebotomía como un remedio salvador para eliminar del cuerpo los malos humores. “La enfermedad consistía en un deterioro de los humores y como no podía contemplarse el interior del cuerpo, había que inspeccionar la orina como mensajera del interior para indagar de ella las verdaderas causas de la enfermedad”.

Durante esta época, el hombre era responsable de su salud, dependía de él la duración de la vida. Los buenos hábitos y las ayudas espirituales eran importantes en esta tarea.

Posteriormente, entre el siglo XVIII y XIX, se da importancia a las condiciones sociales de las poblaciones y su relación con las enfermedades, lo cual da paso en Alemania y Francia a la

<sup>13</sup> ISSUU. Salud y enfermedad. Recuperado de [http://issuu.com/cedss/docs/el\\_proceso\\_salud\\_enfermedad](http://issuu.com/cedss/docs/el_proceso_salud_enfermedad). Consultado en abril de 2014.

medicina social. A finales del siglo XIX, con los descubrimientos científicos en Francia de Pasteur y en Alemania de Koch, comienza el auge de la investigación científica y de la teoría de los gérmenes.

Con el surgimiento y la utilización del método científico se pasa, entonces, de una visión de humores y elementos hacia el empirismo anatomopatológico, el pensamiento fisiopatológico y los conceptos teórico metodológicos de la etiopatología, los cuales muestran la posición de las ciencias médicas frente al concepto de salud y enfermedad<sup>14</sup>.

En la época moderna se desarrollaron dos modelos explicativos para el origen de la enfermedad, el modelo unicausal y el multicausal. El modelo unicausal nos dice que la enfermedad es el resultado de una causa externa que invade al organismo, dando origen al enfoque biologista, donde cada enfermedad responde a un agente causal específico. Este modelo logra tener gran impacto en el control de enfermedades que responden a un único agente causal, pero no dimensiona las enfermedades de origen múltiple.

El modelo multicausal surge como respuesta al avance tecnológico y científico, demostrando que son múltiples los factores que influyen en la aparición de una enfermedad y contempla factores como estilos de vida saludable, factores socioeconómicos y el sistema inmune del huésped.

Finalmente, la salud pública ofrece una mirada integral y complementaria del ser humano y los factores que influyen en su estado de salud o de enfermedad. Considera importante el diálogo entre disciplinas y las relaciones que emergen dentro de los procesos sociales y de la salud, dominios que igualmente deben ser analizados entre las dimensiones singular (individuo), particular (grupos poblacionales, comunidad) y general (sociedad)<sup>15</sup>.

## 5.1.2 Definición de salud

Desde tiempos antiguos, la salud de las poblaciones se entendía a partir del fenómeno de la enfermedad, comprendida como un castigo divino desde una concepción mágica religiosa. Sin embargo, desde el planteamiento de Hipócrates se da la primera aproximación al concepto de salud, entendido como el equilibrio entre los humores que afectan al individuo y las comunidades.

Las epidemias que se presentaron llevaron a los pensadores de la época a estudiar y explicar el porqué se daban estos fenómenos: plagas, pestes y epidemias, las cuales azotaron a Europa desde el siglo III hasta el siglo XIV. Posteriormente, en el Renacimiento, continuaron los estudios sobre la naturaleza de las enfermedades, los cuales describían la historia natural y la forma de aparición e intentaban determinar las causas por medio de la teoría del contagio y la teoría miasmática, las cuales predominaron en el siglo XVI, con los documentos publicados por Girolamo Frascatoro.

Es así como los referentes anteriores, aunados a otros acontecimientos sucedidos en el mundo como el descubrimiento de América, adelantos científicos, movimientos sociales como la revolución

<sup>14</sup> D'elia y Negri, Estrategia de la promoción de la calidad de vida, MSDS-GTZ, Republica Bolivariana de Venezuela, 2002.

<sup>15</sup> Breilh, Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e intercultural, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2003.

industrial y la Revolución francesa, llevaron a científicos, como Louis Pasteur, a la identificación de los agentes causales de las enfermedades.

Posteriormente, dentro del entendimiento del concepto de enfermedad en el inicio del siglo XX, se involucra el modelo de Leavell y Clark, los cuales describen el concepto de historia natural y social de la enfermedad, y a partir de estos definen los niveles de prevención<sup>16</sup>.

En el desarrollo de las sociedades, históricamente, ha predominado el concepto de enfermedad, sin embargo con la aparición de nuevas enfermedades se perciben otras formas de interpretar las realidades de la salud, lo que hace necesario incorporar los conceptos de salud, bienestar, estilos y hábitos de vida.

En concordancia con lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1948, define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”<sup>17</sup>.

Para profundizar en el concepto de salud, la OMS establece unos principios básicos, los cuales han evolucionado a través del tiempo, como consecuencia del desarrollo de los Estados, la generación de la participación ciudadana y los compromisos internacionales de los gobiernos, entre otros, lo cual enriquece de manera permanente el concepto y permite un abordaje holístico para la definición de intervenciones, entre los que se destacan<sup>18</sup>:

- El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.
- La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.
- Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos.
- La desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común.
- El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo.
- La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.

---

16 Blanco y Maya, Fundamentos de salud pública, Epidemiología básica y principios de investigación, t. 3, Medellín, Corporación para Investigaciones Biológicas, 2011.

17 La cita procede del preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N.º 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

18 Organización Mundial de la Salud, Documentos básicos, suplemento de la 45.ª edición, octubre de 2006.

- Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo.
- Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.

Por otro lado, es importante destacar que la salud, además de ser entendida como una condición de las poblaciones, debe ser reconocida como un derecho, lo cual ha sido discutido desde la academia y las organizaciones sociales, políticas y gremiales, entre otros, evidenciando la necesidad de comprender la salud y su relación con la responsabilidad y garantía por parte del Estado.

Es así como la Organización Mundial de la Salud evidencia que el derecho a la salud obliga a los Estados a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible. Esto no solo abarca la atención oportuna y apropiada, sino la atención de los principales determinantes de la salud como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

Por lo tanto, los derechos se pueden entender como inherentes al ser humano. Con ellos viene un conjunto de normas que se construyen a partir de cuanto es legítimo; así, el derecho se relaciona con lo que es justo para la persona y la sociedad. El derecho establece acuerdos sociales que se manifiestan por medio de reglas que posibilitan el funcionamiento de la sociedad.

De esta manera, se puede definir el derecho a la salud como la posibilidad de disfrutar de manera individual y colectiva de bienes, servicios y condiciones adecuadas de bienestar, que nos permitan tener una vida digna a partir de una calidad de vida óptima. El derecho a la salud es el resultado de la interrelación de por lo menos cuatro derechos fundamentales:

- Derecho a la vida
- Derecho a la asistencia sanitaria
- Derecho al bienestar
- Derecho a la participación

De acuerdo con todo lo anterior, la salud es algo inherente al desarrollo social y económico, conducente al mejoramiento continuo del bienestar humano.

### 5.1.3 Concepciones de la salud pública

El concepto de la salud pública ha evolucionado de manera dinámica, respondiendo a los cambios políticos, económicos y sociales generados en las diferentes épocas de la historia.

Dentro de los cambios que ha tenido el concepto, se observó el paso de la higiene pública con un modelo sanitarista, hacia un concepto de salud pública, que incluye, además de las acciones

sanitarias y preventivas, la promoción de la salud. Es así como a principios del siglo XX, Charles-Edward Winslow introdujo grandes avances en el concepto de salud pública, incorporando conceptos de promoción de la salud junto con la prevención de la enfermedad. De esta manera se produce un avance de la medicina asistencial y preventiva, y se crean servicios nacionales de salud y seguros sociales de asistencia sanitaria, incorporando otro papel fundamental de la salud pública y confirmando el papel del Estado. Es por esto que además de la promoción y de la prevención se introducen las palabras “restauración y recuperación de la salud” al concepto de salud pública<sup>19</sup>.

En los años veinte, Winslow define

La salud pública como la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para:

- el saneamiento del medio;
- el control de las enfermedades transmisibles;
- la educación de los individuos en los principios de la higiene personal;
- la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades;
- el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren a todas las personas un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada individuo esté en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad<sup>20</sup>.

De acuerdo con lo anterior, Winslow intentó presentar una salud pública integral que articulara las acciones promocionales y preventivas con las intervenciones desde la medicina asistencial, reconociendo el papel de los sistemas de salud.

Por otro lado, Hanlon, en 1974, propone la siguiente definición

La salud pública se dedica al logro común del más alto nivel físico, mental, y social de bienestar y longevidad, compatible con los conocimientos y recursos disponibles en un tiempo y lugar determinados. Busca ese propósito como una contribución al efectivo y total desarrollo y vida del individuo y su sociedad<sup>21</sup>.

Otro gran avance para la conceptualización de la salud pública fue la Declaración de Alma Ata de 1978, en donde se planteó la estrategia de atención primaria en salud, entendida como:

La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad,

19 Gálvez, León y Arcas, Fisioterapeutas del Servicio de Salud de Castilla y León, Sevilla, Ed MAD, SL, 2006, pp. 305-310.

20 Winslow C.E.A., The Untilled Fields of Public Health, Science 51(1306), 1920, 23-33. DOI: 10.1126/science.51.1306.23.

21 Hanlon, Public Health Administration and Practice, St. Louis, Mosby, 1974.

mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación<sup>22</sup>.

Esta propuesta tuvo la finalidad de establecer como meta de salud para todos el año 2000, y amplió de manera importante el concepto del proceso salud-enfermedad y de las intervenciones que se desarrollan desde la salud pública.

En 1992, el doctor Julio Frenk pretendió delimitar un nuevo campo científico para la salud pública. A diferencia de la medicina clínica que tiene un enfoque individual y de la investigación biomédica que tiene un enfoque subindividual, la definición de salud pública que utilizó se basó en la adopción de una perspectiva basada en grupos de gente o en poblaciones.

En el mismo año, Milton Terris prescribía cuatro tareas básicas para la teoría y práctica de la “nueva salud pública”: prevención de las enfermedades no infecciosas, prevención de las enfermedades infecciosas, promoción de la salud y mejora de la atención médica y de la rehabilitación. Este autor actualizó la clásica definición de salud pública elaborada por Winslow en la década del veinte, en los siguientes términos: “La salud pública es el arte y la ciencia de prevenir la enfermedad y la incapacidad, prolongar la vida y promover la salud física y mental mediante esfuerzos organizados de la comunidad”<sup>23</sup>.

En el siglo XXI, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) entiende la “nueva” salud pública como “la interacción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, orientada a proteger y mejorar la salud de las personas, no como una disciplina académica, sino como una práctica social de naturaleza interdisciplinaria”<sup>24</sup>.

Por otro lado la OPS consideró que las reformas de los sistemas de salud se enfrentaban al desafío de fortalecer la función de rectoría de la autoridad sanitaria. Parte importante de ese papel rector consiste en dar cumplimiento a las funciones esenciales de la salud pública (FESP) que competen al Estado en sus niveles central, intermedio y local. Para ello se vuelve crucial el mejoramiento de la práctica de la salud pública y los instrumentos para efectuar una valoración sobre el estado de su situación y las áreas en las que debe ser fortalecida.

Ahora bien, para lograr la reinserción de la salud pública en la agenda de transformación del sector, se hacía necesaria la definición clara de su papel, así como la operacionalización de los conceptos que le dan fundamento, entre ellos el de FESP. Las FESP deberían ser definidas y medidas, a fin de determinar el grado efectivo con el que se llevan a cabo, tanto por parte del Estado como de la sociedad civil.

Esto dio lugar a la creación de la iniciativa “Salud Pública en las Américas”, dirigida a la definición y medición de las FESP como base para mejorar la práctica de la salud pública y para fortalecer el liderazgo de la autoridad sanitaria a todos los niveles del Estado.

---

22 Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1978, p. 15.

23 Terris, Conceptos de la promoción de la salud: Dualidades de la teoría de la salud pública, *Journal of Public Health Policy*, 13 (3), 1992, pp. 267-276.

24 Organización Panamericana de la Salud (OPS), Funciones esenciales de salud pública, CE126/17 (Esp.), abril de 2000.

El concepto de salud pública en el que se basa la definición de las FESP es el de:

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 y la calidad de la atención de salud. No está referido a la salud pública como disciplina académica, sino como una práctica social de naturaleza interdisciplinaria<sup>25</sup>.

A partir de la evolución de las concepciones de salud pública, se reconoce su complejidad y las dimensiones que puede tomar para su abordaje, dentro de las cuales ubica “la salud pública como saber, como práctica y como situación colectiva de bienestar”<sup>26</sup>. Como saber, es un conjunto de conocimientos históricamente construidos sobre la salud en sus dimensiones colectiva y social. Por otra parte, la salud pública es una práctica científica multidisciplinaria en permanente construcción, emprendida por la sociedad, el Estado y las personas, para crear y mantener en una sociedad determinada, las condiciones legales, económicas, políticas, culturales y ambientales necesarias para hacer posible y garantizar de manera estable el bienestar de las personas y de los diferentes colectivos en los cuales se organiza dicha sociedad. De esta manera, el saber y la práctica se conciben como un medio para lograr la situación colectiva de bienestar.

Puede leerse, entonces, que el concepto de salud pública ha cambiado a lo largo de la historia de la humanidad de acuerdo con el conocimiento de la realidad y de los instrumentos de intervención disponibles. Su complejidad en el mundo actual hace de ella un elemento sólido multidireccional que justifica las múltiples miradas desde las cuales ha sido abordada.

En este marco se describen los conceptos y la historia de salud-enfermedad, salud y salud pública, con el propósito de exponer hacia donde han evolucionado cada uno de ellos y de saber cómo, en este contexto, podemos tener una aproximación más general de concepciones sobre la atención en salud; es decir, para tener un referente completo de lo que se describe en este marco.

## 5.1.4 La salud pública en Colombia

El surgimiento y la consolidación de la salud pública en Colombia inicia con la influencia del movimiento higienista norteamericano, el cual tuvo impacto en América Latina durante la segunda mitad del siglo XIX y la primera del siglo XX.

A partir de 1918, mediante la Ley 32, se crea la Dirección Nacional de Higiene, la cual estuvo a cargo de las campañas de prevención de las enfermedades de la época. No obstante, para consolidar la salud pública a mediados del siglo XX se crea el Ministerio de Higiene como un ente autónomo con una estructura renovada ampliando la organización del sector salud en Colombia.

25 Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud, 126.ª Sesión del Comité Ejecutivo, Funciones esenciales de salud pública, Washington, 26 al 30 de junio de 2000, OPS/OMS; 2000. [CE126/17(esp)].

26 Universidad Nacional de Colombia. Propuesta de Programa Interfacultades Doctorado en Salud Pública, Documento Informe Técnico, Bogotá, 2003, pp. 11-12.

A partir de 1973 y a través de los Decretos 065 y 350 se creó el Sistema Nacional de Salud, el cual permaneció vigente hasta el año 1993, y posteriormente en este año se creó el Sistema General de Seguridad Social.

En Colombia, la salud pública está reglamentada desde la Ley 9 de 1979, denominada Código Sanitario Nacional<sup>27</sup>, por la cual dicta las medidas sanitarias para la protección de la salud de los colectivos. Estas acciones se retoman en la Constitución Política de 1991 en el marco de los derechos sociales económicos y culturales, en particular el derecho a la seguridad social (artículos 48 y 49).

A partir de la Ley 100 de 1993<sup>28</sup>, se crea el Sistema de Seguridad Social Integral, comprendido como un conjunto de instituciones, normas y procedimientos de los cuales dispone la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrolla. Este sistema incluye los sistemas: General de Seguridad Social en Salud, General de Pensiones y General de Riesgos Profesionales.

Desde el Sistema General de Seguridad Social se plantean las intervenciones hacia el colectivo dentro de los planes de beneficios, específicamente el Plan de Atención Básica (PAB), actualmente Plan de Intervención Colectiva (PIC). Como complemento de la Ley 100, el Ministerio de Salud expide la Resolución 412 de 2000<sup>29</sup>, la cual se encarga de establecer las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, y la atención de enfermedades de interés en salud pública. De esta manera se direccionan las intervenciones en salud pública con énfasis en la prevención. Esta reglamentación se complementa con las Guías de Promoción y Prevención, las cuales contienen los procedimientos a realizar en promoción y prevención teniendo en cuenta las etapas del ciclo vital y las enfermedades y problemáticas de interés<sup>30</sup>.

El Decreto 1295 de 1994<sup>31</sup> determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales, el cual establece las disposiciones de salud ocupacional, con la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y el mejoramiento de las condiciones de trabajo. El sistema permite mantener vigilancia y control frente a los riesgos y factores que afectan la salud de los trabajadores, planteando las diferentes actividades dirigidas a la evaluación, diagnóstico e intervención frente a los procesos productivos.

---

27 Ley 9 de 1979, por la cual se dictan medidas sanitarias.

28 Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, Diario Oficial, N.º 41.148 del 23 de diciembre de 1993.

29 Resolución 412 de 2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública, Ministerio de Salud. Esta resolución se modifica parcialmente por la Resolución 3384 de diciembre de 2000.

30 Camargo y Rodríguez, El sistema único de habilitación en salud en las acciones de salud pública. Una mirada desde la fisioterapia, Revista de Experiencias de Fisioterapia y los proyectos de Desarrollo, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Octubre de 2009.

31 Decreto 1295 de 1994, por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales, Diario Oficial, N.º 41.405 de junio 24 de 1994.

Los aspectos de pensiones y riesgos profesionales no serán objeto de evaluación en la prueba en razón a que, actualmente, un gran número de programas de formación de pregrado en salud no desarrollan la temática.

Por otro lado, en esta época el Estado colombiano asume el compromiso de incorporar dentro de planes y programas las metas propuestas en los objetivos de desarrollo del milenio, así como los conceptos y funciones de salud pública propuestos por organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud.

Posteriormente, en 2007, se definen las acciones específicas de salud pública en la Ley 1122, la cual da los lineamientos generales para la construcción del Plan Nacional de Salud Pública, reglamentado a través del Decreto 3039 de 2007, el cual establece que el Plan Nacional de Salud Pública y tiene el propósito de

Definir la política pública en salud que garantice las condiciones para mejorar la salud de la población Colombiana, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad, promoviendo condiciones y estilos de vida saludables, previniendo y superando los riesgos para la salud, y recuperando o minimizando el daño, entendiendo la salud como un derecho esencial individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida, mediante acciones sectoriales e intersectoriales<sup>32</sup>.

En el Decreto 3039 de 2007 se establece que para reducir la carga de enfermedad actual y futura deben articularse diferentes enfoques, como son:

- **Enfoque poblacional.** Entendido como las intervenciones en salud simples o combinadas dirigidas a la población en general que buscan modificar los riesgos acumulados en cada uno de los momentos del ciclo vital, que incrementan la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad.
- **Enfoque de determinantes.** Los determinantes son un conjunto de factores que inciden de forma directa en el estado de salud de los individuos y de las poblaciones. El enfoque de determinantes plantea que los resultados en salud de los individuos, grupos y colectividades, dependen de la interacción de cuatro grupos de factores: ambientales, del comportamiento humano, de la herencia y de las respuestas de los servicios de salud. Este abordaje pretende intervenir aquellos factores de riesgo que sean modificables.
- **Enfoque de gestión social del riesgo.** El enfoque de gestión social del riesgo se plantea como un proceso dinámico, creativo en el cual se construyen soluciones a partir de un abordaje causal de los riesgos de salud en poblaciones específicas, buscando la identificación y modificación de estos, para evitar desenlaces adversos, teniendo en cuenta que muchos de los eventos de salud no ocurren al azar sino que son predecibles y modificables con el concurso de los actores de salud, otros sectores comprometidos y la comunidad.

---

<sup>32</sup> Decreto 3039 del 10 de agosto de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, Ministerio de la Protección Social, Diario Oficial, N.º 46.716, agosto de 2007.

Es importante resaltar que el plan de salud pública, a partir de la Ley 1438 de 2011, tendrá una vigencia de diez años, por lo cual las acciones y estrategias estarán regidas por la legislación vigente.

Luego, en 2011, dadas las limitaciones y problemáticas que presentaba el sistema de salud, se reforma el sistema general de seguridad social en salud mediante la Ley 1438<sup>33</sup>, la cual tiene como objeto el fortalecimiento de la prestación del servicio público en salud que en el marco de la atención primaria en salud permite la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad, para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

### 5.1.5 El ejercicio práctico de la salud pública

A partir del reconocimiento de la complejidad del concepto y la implementación de la salud pública, es necesario determinar los elementos que configuran su aplicabilidad, tales como: el análisis de la situación de salud de los colectivos, estrategias en salud pública, la vigilancia en salud y gestión del conocimiento.

Por lo anterior, es indispensable reconocer los elementos de cada una de estas dimensiones para posteriormente determinar los desempeños a evaluar en la prueba. A continuación, se expondrán los tres elementos que determinan la aplicabilidad de la salud pública:

#### 5.1.5.1 Situación de salud de los colectivos

La situación de salud de los colectivos se relaciona en este documento con lo propuesto por la Organización Panamericana de la Salud, como

Análisis de la situación de salud (ASIS), comprendido como una serie de procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis. Los ASIS permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean éstos competencia del sector salud o de otros sectores. Los ASIS facilitan también la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud<sup>34</sup>.

Los ASIS se basan en el estudio de la interacción de las condiciones de vida y el nivel existente de los procesos de salud de un país u otra unidad geográfico-política, e incluyen como sustrato a grupos de población con diferentes grados de postergación resultante de las condiciones y calidad de vida, desigual y definida, según características específicas tales como sexo, edad, ocupación, etc., que

<sup>33</sup> Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones, Diario Oficial, N.º 47.957 de 19 de enero de 2011.

<sup>34</sup> Organización Panamericana de la Salud (OPS), Boletín Epidemiológico, vol. 20(3), 1999. Recuperado de <http://www.paho.org/spanish/sha/bs993HSA.htm>.

se desarrollan en ambientes específicos. El ambiente constituye el contexto histórico, geográfico, demográfico, social, económico, cultural, político y epidemiológico de los grupos humanos, donde existen complejas relaciones de determinación y de condicionamiento.

Por otro lado, la OMS define los determinantes de la salud como un conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones, los cuales se interrelacionan entre sí<sup>35</sup>.

Otra dimensión que se tiene en cuenta para llevar a cabo acciones en salud pública son las estrategias que se han desarrollado en las diferentes épocas de la historia, entre las que encontramos la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y la atención primaria en salud. Las estrategias prevención de la enfermedad y la promoción de la salud no son descritas en este marco, ya que hacen parte de otro módulo específico de Saber Pro.

### 5.1.5.2 Atención primaria de salud

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables<sup>36</sup>. La Declaración de Alma Ata subraya que todo el mundo debe tener acceso a una atención primaria de salud y participar en ella. El enfoque de la atención primaria de salud abarca los siguientes componentes: equidad, implicación/participación de la comunidad, intersectorialidad, adecuación de la tecnología y costes permisibles.

Como conjunto de actividades, la atención primaria de salud debe incluir como mínimo la educación para la salud de los individuos y de la comunidad sobre la magnitud y naturaleza de los problemas de salud e indicar los métodos de prevención y el control de estos problemas. Otras actividades esenciales son la promoción de suministros adecuados de alimentos y una nutrición correcta; el abastecimiento de agua potable y un saneamiento básico; la asistencia sanitaria materno-infantil, incluida la planificación familiar; la inmunización; el tratamiento adecuado de enfermedades y lesiones comunes; y el suministro de medicamentos esenciales.

De esta manera, la atención primaria de salud así definida contribuirá en gran medida a abordar muchos de los prerrequisitos sanitarios anteriormente indicados. Además, a nivel práctico, existe un amplio campo para la promoción de la salud, tanto planificada como espontánea a través del contacto diario entre el personal de atención primaria de salud y los individuos de su comunidad. Mediante la educación para la salud de los usuarios y la abogacía por la salud en beneficio de su comunidad, el personal de atención primaria de salud está en una situación óptima para apoyar las necesidades individuales y para influir en la formulación de las políticas y programas que afectan a la salud de su comunidad.

Finalmente, otra dimensión que debe tenerse en cuenta, a la hora de desarrollar y entender el ejercicio de la salud pública, es la vigilancia en salud y en la gestión del conocimiento.

35 OMS, Promoción de la Salud, Glosario, Ginebra, 1998.

36 Organización Mundial de la Salud, Declaración de Alma Ata, Ginebra, 1978.

### 5.1.5.3 Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

El Plan Nacional de Salud Pública define *la vigilancia en salud y la gestión del conocimiento* como un conjunto de procesos sistemáticos y constantes de recolección, análisis, interpretación y divulgación de información, y de investigación para la identificación de las necesidades de salud de la población y de la respuesta de los servicios para el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de los colombianos.

La vigilancia en salud está compuesta por los procesos de vigilancia en salud pública, vigilancia en salud en el entorno laboral, vigilancia sanitaria e inspección, y vigilancia y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

La *gestión del conocimiento* se entiende como un proceso permanente para monitorear los eventos de interés en salud pública, lo cual permite generar información útil para aunar esfuerzos, recursos, orientar estrategias y toma de decisiones por parte de todos los actores del sistema.

En los últimos años se ha producido una evolución del concepto de vigilancia epidemiológica hacia el concepto de vigilancia en salud pública, y el enfoque de la vigilancia se ha ampliado para abarcar la administración de los servicios incluyendo los procesos y el impacto. Esto implica la necesidad de fortalecer y fomentar las capacidades y los recursos para cumplir con esta función.

Es así como la vigilancia de la salud pública se concibe como una función esencial de la salud pública asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud individual y colectiva, consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, organización, análisis, interpretación, actualización y divulgación de datos específicos relacionados con la salud y sus determinantes, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica de la salud pública<sup>37</sup>.

Se dice entonces que la vigilancia en salud pública vigila los riesgos y daños biológicos del comportamiento y del medio ambiente, tanto individuales como colectivos. Para ello emplea la notificación obligatoria y la vigilancia activa por medio de observatorios y centinelas, entre otros; y la investigación de modelos de riesgo y enfermedad en las condiciones y eventos priorizados. Este proceso es liderado por el Instituto Nacional de Salud (INS).

A partir de estos conceptos, el Plan Nacional de Salud Pública determina dos líneas de acción de la vigilancia en salud y la gestión del conocimiento: vigilancia en salud pública y vigilancia en el entorno laboral. Para efectos del módulo, se tendrá en cuenta en las competencias a evaluar, lo referente a vigilancia en salud pública.

<sup>37</sup> Vigilancia en Salud Pública y Gestión del Conocimiento, Documento Marco 2011-2012. Recuperado de <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/paginas/default.aspx>



## 6. DISEÑO DE LA PRUEBA

Es importante resaltar que en el módulo de Atención en Salud se evalúan las competencias específicas, comunes a grupos de programas, ya sean de la misma o de distintas áreas de formación; es decir, hacerlos complejos o campos de problemas que pueden abordar o que comparten distintas formaciones de los futuros egresados de programas de formación de educación superior en salud, en la medida en que estas puedan ser valoradas a través de un examen estandarizado.

Por lo tanto, se evaluarán los conceptos de la salud pública en Colombia y el ejercicio práctico de la salud pública, que incluye la atención primaria en salud, las estrategias en salud pública, y la vigilancia en salud y la legislación nacional e internacional.

Para tratar de acercarse al grado de dominio que tiene un estudiante de una competencia específica, se le plantean situaciones-problema que simulen contextos reales y desde allí inferir su grado de dominio. La evaluación se ha diseñado entonces mediante situaciones-problemas, a las que el estudiante debe dar respuesta de la manera más acertada. Teniendo en cuenta lo anterior, se ha diseñado la matriz de especificaciones, que le sirve de insumo al constructor de preguntas para la creación de la prueba y que son públicas a nivel de afirmaciones y evidencias.

### 6.1 Objeto del módulo

El objeto del módulo es evaluar en los estudiantes próximos a culminar los programas académicos de pregrado del área de la salud, la aplicación de conceptos básicos de la salud pública que les permita la priorización de las acciones a seguir de acuerdo con las condiciones de salud del individuo, la familia y la comunidad, en el marco político y normativo nacional e internacional.

### 6.2 Áreas de dominio por evaluar

De acuerdo con lo anterior, se definen las siguientes áreas de dominio por evaluar:

- Situación de salud del individuo, la familia y la comunidad
- Estrategias en salud pública (atención primaria)
- Sistema General de Seguridad Social Integral, legislación nacional e internacional vigente
- Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

Las áreas de dominio definidas permiten reconocer en los estudiantes la aplicabilidad del conocimiento en salud y la toma de decisiones frente a las condiciones específicas en salud de los colectivos. El módulo no incluye dimensiones relacionadas con la comprensión de aspectos evolutivos del proceso de salud enfermedad, el concepto de salud y salud pública, teorías, paradigmas y otros

discernimientos teóricos, que son abordados desde muy distintos puntos de vista según el tipo de programa y la relevancia para el mismo.

Es importante aclarar que dentro de las estrategias en salud pública se plantean para el presente módulo únicamente las que se relacionan con la atención primaria en salud, ya que debido a la extensión e importancia de los temas y las estrategias relacionadas con la promoción de la salud y prevención de la enfermedad las mismas serán desarrolladas en otro módulo, el cual también se ofrece a los estudiantes del área de la salud.

Finalmente, las áreas de dominio por evaluar a los estudiantes universitarios de las profesiones de la salud, son:

### 6.2.1 La situación de salud del individuo, la familia y la comunidad

En esta área de dominio se incluye la elaboración de diagnósticos poblacionales o diagnósticos de la situación de salud que desde el enfoque de determinantes, permita comprender los factores o condicionantes que afectan la salud de las poblaciones y dar respuestas interdisciplinarias e intersectoriales que aborden las problemáticas de manera integral. Desde esta dimensión se evalúa el reconocimiento por parte de los estudiantes de las condiciones personales, sociales, económicas y ambientales que influyen en el estado de salud del individuo, la familia y la comunidad, y las relaciones que entre sí emergen.

**Afirmación por evaluar:** Analiza los determinantes personales, sociales, económicos y ambientales que influyen en el estado de salud del individuo, la familia y la comunidad, para la priorización de acciones a seguir.

### 6.2.2 Las estrategias en salud pública

Esta área de dominio incluye las intervenciones que en el marco de la salud pública se puedan llevar a cabo para resolver problemáticas y potencializar la calidad de vida y el desarrollo humano de las poblaciones. A lo largo de la historia, estas estrategias han sido planteadas de acuerdo con el paradigma de conocimiento imperante. Dentro de estas estrategias encontramos la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención primaria en salud, estrategias presentes en todos los programas universitarios de las profesiones de la salud.

Es importante resaltar que dentro de este módulo se tienen en cuenta únicamente acciones de diagnóstico, ejecución y evaluación en el marco de la estrategia atención primaria en salud, la cual es una de las estrategias planteadas dentro de las políticas internacionales, para lograr la equidad en salud, la participación social y el desarrollo de las poblaciones. Y se reitera que las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad no serán evaluadas en este módulo, ya que se tratarán en el módulo de "Promoción de la salud y prevención de la enfermedad".

**Afirmación por evaluar:** Propone acciones de diagnóstico, ejecución y evaluación en el marco de políticas y lineamientos en salud vigentes.

### 6.2.3 Normatividad nacional y acuerdos internacionales vigentes en salud pública

Esta área de dominio hace énfasis en la normatividad planteada dentro del sistema de seguridad social integral, específicamente en lo referente al sistema general de seguridad social en salud y la salud pública –comprendiendo que el área de salud es un componente de la salud pública (Ley 9 de 1979)–, las reformas al sistema general de seguridad social en salud relacionadas con acciones en salud pública (Ley 1122 de 2007 y Ley 1438 de 2011), el Decreto 3039 de 2007 Plan Nacional de Salud Pública, la Resolución 412 de 2000, las Guías de promoción y prevención en salud pública de 2007 y el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Frente a los acuerdos internacionales se retoman aquellos que han tenido un impacto en la legislación nacional en salud pública, tales como la Declaración de Alma Ata de 1978, la Carta de Ottawa de 1986 y la Declaración de los objetivos de desarrollo del milenio, así como los acuerdos más importantes para la generación e implementación de políticas, planes y programas en el país.

Es de resaltar que para el desarrollo del módulo se tendrá en cuenta la pérdida de vigencia o cambio de una norma, de manera que en caso de ser necesario se realizarán las respectivas modificaciones acorde con la normatividad vigente, manteniendo de esta manera el módulo actualizado de acuerdo con los cambios que se presenten y asegurando la vigencia de las normas.

A partir del reconocimiento de la legislación nacional e internacional, los evaluados aplican los conceptos desarrollados en estos documentos en problemáticas concretas que afectan la salud de las poblaciones.

**Afirmación por evaluar:** Reconoce la política y la normatividad nacional y los acuerdos internacionales suscritos por el Estado colombiano relacionados con salud pública y los aplica en situaciones concretas que afectan la salud del individuo, la familia y la comunidad.

### 6.2.4 Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

Esta dimensión es comprendida como un conjunto de procesos sistemáticos y constantes de recolección, análisis, interpretación, divulgación de información y de identificación de las necesidades de salud de la población para la respuesta de los servicios en el mejoramiento de esta y la calidad de vida de los colombianos. Dentro de la dimensión, el evaluado identifica indicadores de salud y datos sociodemográficos planteados en los perfiles epidemiológicos, los cuales deben ser interpretados para comprender la situación de salud de las poblaciones.

**Afirmación por evaluar:** Integra el proceso de sistematización de la información, relacionada con la salud del individuo, familia y comunidad en la priorización de acciones.

Los desempeños antes descritos para cada una de las afirmaciones se operacionalizan en la matriz de especificaciones de prueba que se observa a continuación, desarrollada a partir de la metodología de evaluación basada en evidencias (MBE).

Tabla 1  
Especificaciones de prueba. Módulo de Atención en Salud

Afirmación	Evidencias
<i>Al finalizar el 75% del programa académico, el evaluado debe ser capaz de:</i>	<i>El evaluado...</i>
1. Analizar los determinantes personales, sociales, económicos y ambientales que influyen en el estado de salud del individuo, la familia y la comunidad, para la priorización de acciones a seguir.	1.1. Reconoce los determinantes de la salud relacionados con las condiciones de salud del individuo, la familia y la comunidad.
	1.2. Aplica los conocimientos de los determinantes de la salud, en la selección de acciones de intervención de las condiciones potencialmente modificables del individuo, la familia y la comunidad.
2. Proponer acciones de diagnóstico, ejecución y evaluación en el marco de políticas y lineamientos en salud vigentes.	2.1 Identifica los componentes y los procesos de organización y participación social de la atención primaria en salud.
	2.2 Identifica acciones de diagnóstico, programación, ejecución y evaluación en una situación de salud.
3. Reconocer la política y la normatividad nacional y, los acuerdos internacionales suscritos por el Estado colombiano, relacionados con salud pública y los aplica en situaciones concretas que afectan la salud del individuo, la familia y la comunidad	3.1 Relaciona la política y la normatividad nacional vigente con las acciones implementadas en salud pública.
	3.2 Aplica los acuerdos internacionales suscritos por el Estado colombiano en las acciones implementadas en salud pública.
4. Integrar el proceso de sistematización de la información, relacionada con la salud del individuo, la familia y la comunidad en la priorización de acciones.	4.1 Aplica los elementos del proceso de sistematización para la organización de la información en salud.
	4.2 Comprende información relacionada con la salud de las poblaciones para la priorización de acciones.

## 6.3 Estructura del módulo

Para efectos del armado del módulo se definió el peso de cada una de las cuatro afirmaciones por porcentajes de acuerdo con lo que se observa en la tabla 4. Las afirmaciones 1 y 2 tienen cada una un peso del 30% de las preguntas en el módulo, y el porcentaje para las afirmaciones 3 y 4 corresponde para cada una al 20% de las preguntas en el módulo.

Tabla 2  
Estructura del módulo de Atención en Salud en porcentajes por afirmación

Afirmación	Porcentaje de preguntas por afirmación
1	30%
2	30%
3	20%
4	20%

Se dio mayor peso para las afirmaciones 1 y 2 ya que, de acuerdo con lo definido con la el grupo de profesionales de ciencias de la salud que participaron en la definición de las especificaciones y del marco, estas corresponden a los temas de mayor énfasis en la formación y en la vida laboral de los profesionales de la salud, y la evaluación de las mismas permite ver en los estudiantes la aplicabilidad del conocimiento y la toma de decisiones frente a las condiciones específicas en salud de los colectivos.

Este módulo aplica para todas las profesiones de la salud del nivel universitario.



## REFERENCIAS

- Acuerdo 02 de 2011, por el cual se establecen criterios para los procesos de acreditación de instituciones y programas académicos de educación superior, Consejo Nacional de Educación Superior (CESU).
- Blanco, J. & Maya, J. (2011). *Fundamentos de salud pública. Epidemiología básica y principios de investigación*, t. III, Medellín, Corporación para investigaciones Biológicas.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Camargo, D. & Rodríguez, L. (2009). El sistema único de habilitación en salud en las acciones de salud pública. Una mirada desde la fisioterapia, *Revista de Experiencias de Fisioterapia y los proyectos de Desarrollo*, Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia, octubre de 2009.
- D'elia, Y. & Negri, A. (2002). Estrategia de la promoción de la calidad de vida. MSDS- GTZ. República Bolivariana de Venezuela.
- Decreto 1295 de 1994, por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales, *Diario Oficial*, N.º 41.405 de junio 24 de 1994.
- Decreto 1295 de 2010, por el cual se reglamenta el registro calificado de que trata la Ley 1188 de 2008 y la oferta y desarrollo de programas académicos de educación superior, *Diario oficial*, N.º 47.687 de abril 21 de 2010.
- Decreto 3963 de 2009, por el cual se reglamenta el Examen de Estado de Calidad de la Educación Superior, *Diario Oficial*, N.º 46.502 de octubre 14 de 2009.
- Decreto 3039 del 10 de agosto de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, *Diario Oficial*, N.º 46716, 10 de agosto, 2007.
- Gálvez, D., León, J. & Arcas, M. (2006). *Fisioterapeutas del Servicio de Salud de Castilla y León, Sevilla, SACYL*. Ed MAD, SL, pp. 305-310.
- Hanlon, J. (1974). *Public Health Administration and Practice*, St. Louis, Mosby.
- Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata (1978). Organización Mundial de la Salud, Ginebra, p. 15.
- ISSUU. Salud y enfermedad. Gabriel, B. Recuperado de [http://issuu.com/cedss/docs/el\\_proceso\\_salud\\_enfermedad](http://issuu.com/cedss/docs/el_proceso_salud_enfermedad). Consultado en abril de 2014.
- Leavell, H. & Clark, E. (1965). *Preventive medicine for the doctor and his community. An epidemiological approach*, Nueva York, MacGraw-Hill.

Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, *Diario Oficial*, N.º 41.148 del 23 de diciembre de 1993.

Ley 1164 de 2007, por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud, *Diario Oficial*, N.º 46.771 de octubre 4 de 2007.

Ley 1324 de 2009, por la cual se fijan parámetros y criterios para organizar el sistema de evaluación de resultados de la calidad de la educación, se dictan normas para el fomento de una cultura de la evaluación, en procura de facilitar la inspección y vigilancia del Estado y se transforma el ICFES, *Diario Oficial* N.º 47.409 de julio 13 de 2009.

Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones, *Diario Oficial*, N.º 47.957 de 19 de enero de 2011.

Ley 30 de 1992, por la cual se organiza el servicio público de la educación superior, *Diario Oficial*, N.º 40.700 de diciembre 29 de 1992.

Ley 9 de 1979, por la cual se dictan medidas sanitarias, Congreso de la República Colombia.

Ministerio de Educación Nacional (2011). Plan sectorial 2010-2014. Documento N.º 9.

Mislevy, R., Almond, R. & Lukas, J. (2004). A Brief Introduction to Evidence-Centered Design. National Center for Research on Evaluation, Standards, and Student Testing (CRESST). Universidad de Maryland. Center for the Study of Evaluation (CSE). Informe CSE 632.

Organización Mundial de la Salud (1978). Declaración de Alma Ata, Ginebra.

----- (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Ginebra.

----- (1998). Promoción de la Salud. Glosario. Ginebra.

----- (2006). Documentos básicos, suplemento de la 45.a edición, octubre.

Organización Panamericana de la Salud (1999). Boletín Epidemiológico, v. 20(3). Recuperado de <http://www.paho.org/spanish/sha/bs993HSA.htm>.

----- (2000). Funciones esenciales de salud pública, CE126/17 (Esp.), abril.

----- (2011). Segundo Módulo de principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE), Salud y enfermedad.

Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. 126.ª Sesión del Comité Ejecutivo, Funciones esenciales de salud pública, Washington, 26 al 30 de junio de 2000, OPS/OMS; 2000. [CE126/17(esp)].

Presentación AHELO México 2012 PDF. Recuperada de <http://ahelo.uaslp.mx/Descargas.html>.

Resolución 412 de 2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Ministerio de Salud. Esta resolución se modifica parcialmente por la Resolución 3384 de diciembre de 2000.

Síntesis DBE. Documento suministrado por el Grupo de Evaluación de la Educación Superior ICFES, 2012.

Sistema Nacional de Acreditación. Consejo Nacional de Acreditación (CNA). Lineamientos para la acreditación de programas de pregrado, Bogotá, enero de 2013.

Terris, M. (1992). Conceptos de la promoción de la salud: Dualidades de la teoría de la salud pública. *Journal of Public Health Policy*; 13 (3), pp. 267-276.

Universidad Nacional de Colombia. Propuesta de Programa Interfacultades Doctorado en Salud Pública. Documento: Informe Técnico, Bogotá, 2003, pp. 11-12.

Vigilancia en Salud Pública y Gestión del Conocimiento. Documento Marco 2011-2012. Recuperado de <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/paginas/default.aspx>.

Winslow C.E.A. (1920). The Untilled Fields of Public Health, *Science* 51(1306), pp. 23-33, DOI: 10.1126/science.51.1306.23.

