

Experiencia de Sensibilización de Talento Humano en Salud en Atención Primaria en Salud (APS) por medio del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP) Nodo Colombia (2013-2015)*

Training experience in Health Human Resources (HHR) in Primary Health Care (PHC) through the Virtual Campus of Public Health (VCPH) Node Colombia (2013-2015)

Erwin Hernández-Rincón¹, Rafael Tuesca-Molina²,
Eduardo Guerrero-Espinel³, Henry Gutiérrez⁴, Armando Guemes⁵

Resumen

Objetivo: Ilustrar la experiencia de formación de Talento Humano en Salud (THS) en APS y RISS para Colombia por medio del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP) de la OPS durante 2013 a 2015.

Metodología: Se realizó una evaluación de procesos académicos de 2 cohortes durante 2013 a 2015 por medio del CVSP y mediante un equipo conformado por 5 universidades. La experiencia se dividió en 2 etapas según los procesos de formación: 1. Etapa de fortalecimiento de los equipos de formación, 2. Formación de talento humano en salud para todo el país.

Resultados: En total, los 2 procesos contribuyeron a formar a 123 profesionales de la salud (2013-2015). Durante la primera etapa (2013-2014) se contribuyó principalmente a formar docentes vinculados de las distintas universidades, y se encontró una mayor adherencia en profesores de salud pública. Para la segunda etapa (2014-15), el curso se ofertó para todo el país, y mejoraron los procesos académicos en relación con el proceso anterior, y el proceso

Fecha de recepción: 22 de agosto de 2015
Fecha de aceptación: 2 de octubre de 2015

* Este artículo da cuenta de la experiencia del diplomado en Atención Primaria en Salud (APS) y Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) durante 2013-2015.

¹ Profesor del Centro de Estudios en Salud Comunitaria (CESCUS), Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana (Colombia).

² Profesor, Departamento de Salud Pública, Universidad del Norte (Colombia).

³ Profesor, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia (Colombia).

⁴ Profesor, Medicina, Universidad Libre de Cali (Colombia).

⁵ Asesor de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

Correspondencia: Erwin Hernando Hernández Rincón. Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Campus Universitario Puento del Común, Chía (Cundinamarca, Colombia). Teléfono: 8615555
701 317 32015
ISSN 2321-5558
erwinhr@unisabana.edu.co

finalizó con 55 propuestas de mejoramiento en APS y RISS para cada uno de los contextos de cada participante.

Conclusiones: El proceso educativo del curso y el trabajo en el CVSP se constituyen en una oportunidad para avanzar en nuevos procesos, los cuales contribuyen efectivamente a la formación de THS en APS y RISS en un país donde la temática es relevante y necesaria.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, recursos humanos en salud, educación continua, redes comunitarias.

Abstract

Objective: Illustrate the training experience in Health Human Resources (HHR) in PHC and IHSDNs for Colombia through the Virtual Campus of Public Health (VCPH) of the PAHO during 2013 to 2015.

Methodology: an assessment of academic processes of 2 cohorts was conducted during 2013 and 2015 through VCPH, and by a team of five universities. The experience is divided into two stages according to the processes of formation: 1. Strengthening teaching equipment, 2. Training of HHR for the country.

Results: In total, 123 health professionals were trained in the two processes (2013-2015). The first stage (2013-2014) was mainly linked to training teachers of different universities, process with a better performance on public health teachers. For the second stage (2014-2015) the course was offered for the entire country, improving the academic processes in relation to the above process, and ending the process with 55 proposals to improve PHC and IHSDNs for the contexts of each participant.

Conclusions: The educational process of the course and work in the VCPH are constituted as an opportunity to advance new processes which effectively contribute to the formation of HHR in PCH and IHSDNs in a country where the subject is relevant and necessary.

Keywords: Primary Health Care, health manpower, education, continuing, community networks.

INTRODUCCIÓN

El Congreso de Colombia posibilita cambios en la orientación del sistema de salud mediante la Ley 1438 del 2011; en virtud de ello, la norma adopta la implementación de la estrategia de “Atención Primaria en Salud” (APS). Esta iniciativa permite que el Estado reorganice el sistema de salud incluyendo el modelo de atención y prestación de servicios a fin de avanzar en el logro de la reducción de la inequidad en salud (1).

La estrategia de APS se posiciona en nuestro país con cuatro componentes centrales: 1. La conformación y consolidación de equipos básicos de salud trabajando en unidades colaborativas dentro del sistema, 2. Fortaleci-

miento y construcción de sistemas integrales de información en salud, 3. Reducción de barreras de accesibilidad y oportunidad y 4. Consolidación y construcción de vida saludable con cubrimiento de procesos de salud - enfermedad (incluyendo la cronicidad, la discapacidad y la funcionalidad). Estos elementos se fundamentan en los compromisos y programas del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) para fortalecer el primer nivel de atención en salud y la integración sectorial y transectorial del sistema para potenciar las redes integradas e integrales de servicios de salud (RISS) (1-2).

Es por ello que para apalancar la formación y actualización del Talento Humano en Salud (THS) se emplea el “Convenio de Cooperación

Técnica 485 del 2010 Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia) con la Organización Panamericana de la Salud (OPS)” para iniciar un proceso de sensibilización y formación en APS y RISS para Colombia con apoyo de un grupo de universidades del país.

Debido a los cambios estructurales y de gobernanza que asume el Ministerio de Salud y de Protección Social, se han direccionado una serie de líneas de política, procesos y actos normativos y administrativos que posicionan la salud como derecho fundamental a partir de su reconocimiento en la Ley 1751, denominada “Ley estatutaria de salud”, y en ella se destaca la relevancia de una atención integral e integrada y la organización de las RISS (3).

Entendiendo las RISS como la organización de redes regionales e integradas para la atención en salud, que permitan la optimización de recursos, la racionalización del gasto y la promoción de una atención orientada a las necesidades de la comunidad de manera continua (4-6).

Por su parte, la APS es una estrategia orientada a mejorar la eficiencia de los sistemas de salud, y para Colombia se plantea como una oportunidad, sin embargo, la normativa actual no define de manera clara el modelo de atención ni el modelo de APS que se implementará para el país (7-8).

Diversas experiencias sugieren que la formación en APS permite sensibilizar el THS, avanzando y contribuyendo en la implementación del modelo; a su vez, esta formación debe ser coherente con las necesidades del entorno, con el avance de la tecnología y con los procesos educativos que contribuyan a generar cambios que mejoren la salud de sus poblaciones (9-10).

De ese modo, en los últimos años las tendencias educativas han tenido un cambio hacia

la educación en línea. En salud se identifica un incremento importante de aplicaciones para educación y entrenamiento en salud, como también en investigación en salud, lo cual facilita la colaboración remota entre las personas (11-12).

Por lo explicado, desde 2003 la OPS ha promovido la formación de THS por medio del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP). Dicho entorno se concibe como una estrategia de cooperación técnica y de educación en salud para los países de la región.

Experiencias en diversos países ha mostrado el uso y beneficios del CVSP para responder a las necesidades de formación de THS de la región mediante cursos virtuales y recursos educativos disponibles (13-14).

El CVSP se ha configurado como una red a partir de la asociación de personas, instituciones y organizaciones que comparten recursos de formación y actualización en salud pública. Esta organización incorpora procesos de acompañamiento, de asesoría, de educación y de gestión del conocimiento con el fin de mejorar las competencias, capacidades y el quehacer de los profesionales en salud pública mediante el alistamiento, aprovechamiento e innovación en el uso de las tecnologías de educación y comunicación para transformar y mejorar el desempeño de programas y proyectos de salud pública (14-15).

Esta nueva orientación para Colombia, sumado al interés de la OPS (Colombia) para apoyar el fortalecimiento del sistema de salud colombiano, se ha trabajado desde 2012 con un equipo de universidades interesadas en fortalecer el proceso de formación e implementación de un sistema de salud basado en APS.

Esta investigación ilustra la experiencia de formación de THS en APS y RISS para Colombia por medio del CVSP durante 2013 a 2015 en 2 procesos de formación: el primero (2013-2014) para fortalecer la capacidad instalada de algunas universidades en APS y RISS, y también de tutoría virtual por medio del CVSP, y el segundo (2014-2015) para consolidar las capacidades de APS y RISS en profesionales de la salud de Colombia.

METODOLOGÍA

Se realizó una evaluación de procesos académicos correspondiente a dos cohortes formadas durante el periodo 2013 a 2015 por medio del CVSP, mediante un equipo conformado por 5 universidades de todo el país (Universidad del Norte, Universidad de Antioquia, Universidad de la Sabana, Universidad Libre de Cali y la Universidad Mariana de Pasto) y la OPS a través del CVSP.

Para la investigación se aplicaron técnicas cualitativas y cuantitativas para la recolección de información, obtenida principalmente de los registros de las actividades disponibles en la plataforma virtual, así como la realización de evaluaciones al finalizar el curso, y grupos de discusión mediante preguntas orientadoras con los tutores y coordinadores académicos de las universidades participantes. Esto permitió una integración mixta en el análisis de los hallazgos.

La experiencia que se ilustra se dividió en 2 etapas de acuerdo con la oferta de cursos: 1. Etapa de fortalecimiento de los equipos de formación (modalidad cursos cerrados), 2. Formación de talento humano en salud para todo el país (modalidad oferta de cursos abiertos a instituciones y profesionales interesados).

El primer proceso de formación (2013-2014) se llevó a cabo de octubre de 2013 a febrero de 2014; mediante estrategias de apostamiento, el equipo de docentes de las universidades que conforman el Nodo Colombia avanzaron en la primera construcción conjunta del diplomado de 160 horas, gratuito, y 100 % virtual. Para este primer proceso se actualizó el material y se identificaron elementos claves para su desarrollo, teniendo en cuenta aspectos normativos vigentes y la experticia de los tutores que conformarían el proceso. La estrategia de evaluación se organizó de manera progresiva y secuencial a medida que se avanzaba en módulos a fin de monitorizar la participación e incrementar la adherencia al curso. Los elementos que identificaron esta evaluación se centraron en los objetivos de aprendizaje del curso, el proceso de acompañamiento, la participación en las distintas actividades formativas (foros, tareas, cibercafé y chat) y la entrega del trabajo final. Al finalizar la primera cohorte cada tutor, junto con su equipo, realizó la discusión de las fortalezas y oportunidades de mejoramiento; de esta discusión nació la idea de diseñar estrategias que mantuviesen la adherencia y se identificaron señales que permitirían identificar deserción de participantes. Con base en esta exploración se construyó una nube de palabras derivada de las opiniones de los tutores y docentes que representaba la experiencia de evaluación.

Una vez consolidados los equipos de las universidades se realizó el segundo proceso de formación (2014-2015), durante octubre de 2014 a marzo de 2015. Para este segundo proceso se tuvieron en cuenta las estrategias de mejora estimadas en la cohorte anterior para estimular y mantener una mayor adherencia al curso. Con respecto a la evaluación del curso, se incluyó el diligenciamiento de una encuesta por al menos el 50 % de los partici-

pantes del curso, habilitada en la plataforma del campus virtual.

Igual que en el proceso de evaluación anterior, se revisaron las participaciones de los foros de discusión. La dinámica de evaluación se realizó cada dos módulos, y en esta los coordinadores analizaban la participación de los foros, tareas y sesiones a fin de identificar estrategias para garantizar adherencia e incrementar la participación en las actividades desarrolladas en el curso.

Las categorías de análisis y variables fueron: objetivos de aprendizaje, material del curso, utilidad, acceso a la plataforma, el acompañamiento y la evaluación y realimentación de tareas.

RESULTADOS

Fortalecimiento de los equipos de formación

Para el primer proceso de formación se inscribieron 96 participantes (profesores y profesionales de la salud vinculados a la Universidad del Norte, Universidad de Antioquia, Universidad Libre de Cali y la Universidad Mariana de Pasto), de los cuales solo aprobó el 60,4 % (tabla 3).

Académicamente el diplomado fue estructurado en 6 módulos (tabla 1), de los cuales el primero era el introductorio al ambiente virtual y los otros 5 específicos del contenido de APS y RISS. Cada módulo fue programado con una duración de 2 semanas (total 12 semanas), tiempo para la revisión de los materiales, la entrega de una tarea y el desarrollo de un foro de discusión por módulo. Adicionalmente, cada módulo contaba con una sesión docente, la cual se dictaba a la mitad de cada módulo de manera virtual, mediante la herramienta sincrónica (Elluminate), se seleccionaba a un

docente experto en tema y se dictaba la sesión para todas las universidades. El diplomado se aprobaba con el 70 % de cumplimiento.

El diplomado contó en su organización con 2 coordinaciones por universidad, encargadas de soportar a los tutores virtuales y a su vez a los participantes (Coordinación académica y Coordinación técnica). La Coordinación académica soportaba los elementos académicos y pedagógicos del proceso de formación, realizando consejería de los contenidos abordados, revisando el desempeño de los tutores y estudiantes, así como la apropiación de los objetivos de aprendizaje. La Coordinación técnica soportaba los procesos de inscripción, apertura de nuevos foros, seguimiento, ingreso y solucionar problemas de tipo tecnológico.

En el proceso de seguimiento y adherencia desde el módulo de introducción se evidenció disminución del número de participantes a medida que avanzaba el curso. La medición de seguimiento fue valorada en 3 momentos desde el inicio del curso: 30 días de inicio del curso 73 participantes continuaban activos (76 %), a 45 días 63 (66 %) y a 60 días solo 46 (48 %). Se destaca que en el último mes las 4 universidades desarrollaron estrategias de adherencia personalizada, lo cual permitió incrementar el número de participantes al final.

En relación con las actividades del diplomado, se registra el balance de las diferentes actividades planteadas (tabla 4). Al final se formularon en total 58 propuestas de mejoramiento, todas orientadas al fortalecimiento-inclusión de la formación de THS bajo un enfoque de APS en entornos académicos.

Igualmente, se consideró la relevancia de la definición de las fortalezas y oportunidades de mejoramiento, basados en la evaluación del curso y grupos de discusión (gráfica 1).



Fuente: elaboración propia basada en contenido de encuestas, grupos de discusión y desempeño del diplomado.

Gráfica 1. Nube de palabras sobre la formación virtual en APS y RISS 2013-2014

Fortalezas:

- La posibilidad de ofrecer un curso sin costo para la mayoría de universidades fue un elemento motivacional para algunos participantes.
- En general, en los participantes del diplomado se evidenció de manera constante interés sobre el tema de APS y RISS y su relevancia para las prioridades en salud en el país.
- El acompañamiento permanente de los coordinadores académicos y técnicos fue percibido como un elemento fundamental por parte de los tutores.
- Un factor destacable, considerado como exitoso, fue el proceso de preparación previa a los tutores para potenciar sus capacidades en formación virtual.
- La diversidad de las herramientas virtuales suministradas por la plataforma es un elemento destacable, que reducía la

monotonía y permitía mostrar el espectro de posibilidades que ofrece este tipo de formación.

- Los materiales suministrados, así como el contenido de las sesiones docentes, fueron considerados como pertinentes y suficientes en la revisión de los temas.

Oportunidades de mejoramiento:

- Al determinar las dificultades presentadas en el curso, el tiempo fue el factor más mencionado y destacado. Los participantes expresaron la falta de tiempo para aprovechar cada una de las herramientas y actividades que propone cada módulo y el curso. De otra parte, se identificó que los participantes que ingresaron de manera tardía o postergaron las actividades del curso experimentaron una sobrecarga de trabajo que motivó la deserción de este.
- La participación en los foros generó dificultades para algunos participantes durante el

curso, dado que no realizaron de manera apropiada su desempeño al no tener presente las reglas establecidas de participación y la rúbrica que orientó la valoración de esta participación. Se observó que los estudiantes no realizaban su participación de forma correcta, consignaban su punto de vista pero no hacían seguimiento ni interactuaban con los demás estudiantes. La actividad de foros, a diferencia de las tareas, implicaba la solución de unas preguntas, aspectos o casos, los cuales debían abordarse de manera participativa y continua, debiendo el participante ingresar con regularidad y aportar secuencialmente a la resolución constructiva de los aspectos planteados.

- El grupo de participantes con orientación clínica no mostró suficiente interés o pertinencia respecto a los contenidos abordados.
- En relación con los tutores, al inicio del curso se identificaron algunas limitaciones en la realimentación, calificación y seguimiento por parte de los mismos, especialmente en la actividad de los foros, lo cual promovió en parte desmotivación en los participantes o la sensación de ausencia en el curso.
- Por las características del cronograma del curso, se recomienda seleccionar fechas en las cuales se garantice la continuidad para la realización del mismo.

Formación de THS en APS y RISS para Colombia

Para este segundo proceso se ajustaron los elementos pedagógicos del diplomado 2013-2014, y se ofertó un diplomado de manera abierta a profesionales de la salud (academia, instituciones prestadoras de servicios de salud, autoridades sanitarias, entre otros), con tutores de las 5 universidades. Inicialmente se

tuvo una preinscripción de 106 participantes, procedentes de 22 departamentos (Antioquia, Atlántico, Bogotá, D. C., Bolívar, Boyacá, Caldas, Casanare, Cesar, Chocó, Córdoba, Guaviare, Huila, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Risaralda, San Andrés y Providencia, Santander, Sucre, Tolima y Valle), y finalmente se inscribieron 82 participantes, los cuales fueron seleccionados de manera abierta (100%), con costo establecido y basados en los convenios hechos con las autoridades sanitarias de cada región.

Los módulos y estructura administrativa del diplomado fueron los mismos que en el proceso 2013-2014 (tabla 1), exceptuando el módulo final, que contempló la construcción de una propuesta de mejoramiento en salud real para el contexto particular de cada participante (tabla 2).

En total aprobó el 79,3 % de los 82 participantes inscritos (tabla 3). El hecho de que el número de inscritos fue menor que el anterior grupo obedeció a la estructura de funcionamiento administrativo en la segunda oferta. Se pudo evidenciar que el porcentaje de participantes que aprobó se mantuvo e incrementó levemente.

Igual que en el anterior curso, se evidenció disminución de las participaciones a medida que avanzaba el diplomado. Por ello, a partir de la experiencia del curso anterior se establecieron estrategias de seguimiento personalizado que permitieron subir de 42 participantes (51,3 %) a 65, quienes fueron los que aprobaron finalmente el curso.

Del mismo modo, en esta nueva versión se evidenció mejoría en el desarrollo de las diversas actividades planteadas (tabla 4).

Tabla 1. Descripción del diplomado de APS y RISS (SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud)

Descripción del Diplomado de APS y RISS
<p>Objetivos del Diplomado:</p> <p>Revisar los conceptos de Salud y de Atención Primaria de la Salud y sus alcances, fundamentos, principios, valores y componentes básicos, así como las implicaciones políticas, de organización y gestión para su aplicación. En ese marco revisar y analizar experiencias previas relacionadas con APS en el contexto nacional colombiano.</p> <p>Estimular un proceso de reconocimiento y reflexión sobre los factores ambientales y sociales que inciden en la salud de las personas y de la población en general y la adopción de políticas públicas que permitan actuar sobre los mismos.</p> <p>Reconocer y analizar las características que deben reunir los Sistemas de Salud basados en la APS, en especial desde la perspectiva de su fundamentación política, financiamiento y organización institucional.</p> <p>Reconocer las peculiaridades del SGSSS, reflexionar sobre las restricciones, teóricas o reales, para la incorporación de la APS, y a partir de ese reconocimiento precisar modificaciones requeridas para su implementación con las disposiciones de la Ley 1438 de 2011.</p> <p>Examinar conceptos, acciones y estrategias pertinentes para "Gestionar el Cambio" que exige la incorporación en el SGSSS de la APS con sus varios componentes, en particular los relativos a redes integradas de servicios, políticas públicas intersectoriales, participación social, capacitación y formación de recursos humanos.</p> <p>Contenidos del Diplomado:</p> <p>Módulo 0. Familiarización con el Campus Virtual de Salud Pública.</p> <p>Módulo I. Salud y Atención Primaria de la Salud (APS).</p> <p>Módulo II. La renovación de la APS, los Determinantes Sociales de la Salud y la Equidad en Salud.</p> <p>Módulo III. Los sistemas basados en la APS-Redes Integradas de Salud.</p> <p>Módulo IV. La APS en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia.</p> <p>Módulo V. La Gestión del Cambio-Presentación de un proyecto de intervención.</p>

Tabla 2. Indicaciones del trabajo final del diplomado de APS y RISS 2014-15

Trabajo final del Diplomado APS y RISS
<p>Cada participante en forma individual o en grupo no mayor a tres personas:</p> <p>Podrá configurar un documento de reflexión, análisis y una "ruta crítica" que en su concepto permita continuar y gestionar el proceso de cambio con relación a su contexto de trabajo y experiencia para el cambio del modelo de atención basado en APS y la implementación de las RISS.</p> <p>Puede trabajarse desde los siguientes actores institucionales o de la sociedad civil: a) la autoridad sanitaria, b) de aseguramiento, c) de un prestador, d) de la academia o e) de una organización comunitaria u otro. El trabajo debe relacionar las estrategias con relación a los otros espacios.</p> <p>El trabajo debe tener en cuenta los ámbitos: a) político, b) académico, c) social y d) investigación.</p>

Tabla 3. Relación entre inscritos y participantes que aprobaron el proceso 2013-14 y 2014-15, n= 123 participantes aprobados (NP: No participó)

Aprobación/Inscritos por periodo	2013-14		2014-15	
Universidades:	Inscritos	Aprobación	Inscritos	Aprobación
Universidad del Norte	21	10 (47,6%)	22	22 (100%)
Universidad de Antioquia	23	15 (65,2%)	10	9 (90%)
Universidad de la Sabana	NP	NP	5	4 (80%)
Universidad Libre de Cali	19	9 (47,4%)	12	6 (50%)
Universidad Mariana de Pasto	33	24 (72,7%)	33	24 (72,7%)
TOTAL	96	58 (60,4%)	82	65 (79,3%)

Tabla 4. Desarrollo de actividades del proceso de formación 2013-2014 y 2014-2015

Desarrollo y cumplimiento de las actividades del proceso de formación en APS y RISS	
2013-14 (n=82 inscritos)	2014-15 (n=96 inscritos)
<p>Foros de Discusión: La participación de los foros registró 119 (Foro 1), 94 (Foro 2), 68 (Foro 3) y 54 participaciones (Foro 4). Aunque el número de participaciones disminuye a medida que avanzan los módulos, se encuentran participaciones que son coherentes con los objetivos de la actividad; adicionalmente se encuentran participaciones muy largas y poca interacción entre los participantes.</p>	<p>Foros de Discusión: La participación de los foros registró 230 (Foro 1), 182 (Foro 2), 164 (Foro 3), 130 (Foro 4) y 113 participaciones (Foro 5). La participación y calidad de los foros es similar a la del proceso 2013-2014, y mejoró en la extensión de las participaciones (no muy extensas que promovían el debate), así como la interacción entre los participantes.</p>
<p>Tareas: Entrega del 72 % (Tarea 1), 54 % (Tarea 2) y 40 % (Tarea 3) de los participantes. Trabajo final: entrega del 60 % de los participantes (n=58, debido a que el trabajo final era requisito fundamental para aprobación). Todas las tareas entregadas aprobaron o aprobaron con excelencia, de acuerdo con los objetivos de la actividad.</p>	<p>Tareas: Entrega del 96 % (Tarea 1), 88 % (Tarea 2) y 85 % (Tarea 3) de los participantes. Trabajo Final: Entrega del 74 % de los participantes (55 trabajos finales, correspondientes a 61 participantes. Al igual que en el proceso de 2013-2014, el trabajo final era requisito de aprobación). Todas las tareas entregadas aprobaron de acuerdo a los objetivos de la actividad. También se destaca el mejoramiento de las entregas y realimentación comparado con el proceso 2013-14.</p>
<p>Sesiones Docentes Sincrónicas: Las sesiones docentes se consideraron dentro del reglamento como una actividad obligatoria para la aprobación del curso. En total se realizaron 5 sesiones, y se encontró un rango de asistencia del 55 al 90 % de los participantes que aprobaron. Las sesiones docentes quedaban grabadas, y cada universidad determinó sus propias alternativas de recuperación (revisión de grabación, elaboración de resúmenes, entre otros).</p>	<p>Sesiones Docentes Sincrónicas: Al igual que en el proceso 2013-2014, las sesiones docentes eran obligatorias para la aprobación del curso. En total se realizaron 4 sesiones, encontrando un rango de asistencia superior al 90 % de los participantes que aprobaron. Estas sesiones también quedaban grabadas, y se plantearon alternativas de recuperación de manera general para todas las universidades (revisión de grabación y conclusión en el foro).</p>

Adicionalmente, en los foros de discusión se pudo documentar el aprendizaje de cada uno de los módulos, de los cuales se destaca:

Módulo 1: Se resalta la relevancia y conexión de los conceptos de salud y de APS; así mismo, para los participantes la APS se constituye en una estrategia que integra a la comunidad, que requiere de participación y promueve el desarrollo social.

Módulo 2: Para este módulo los participantes reconocen la relación entre APS y Enfoque de Equidad (EE) y Determinantes Sociales en

Salud (DSS), y destaca la orientación social que los servicios de salud deben tener y su contribución para mejorar la vida de las personas.

Módulo 3: Los participantes reconocen que la articulación entre APS y RISS debe ser implementada en Colombia, lo cual contribuiría a las necesidades de la población, la optimización de recursos y la calidad en los servicios.

Módulo 4: Los participantes discutieron la relación del modelo de APS para el sistema de salud en Colombia, relacionado princi-

palmente por factores como la prestación de servicios, la participación de la población, el aprovechamiento de los recursos y la integración de diversos niveles y actores (academia, aseguradores, entre otros).

Módulo 5: Para este último módulo los participantes recomiendan la importancia de implementar un modelo basado en APS que contribuya al cambio. Para que este cambio pueda efectuarse se requiere de continuidad y sostenibilidad de las iniciativas, así como el compromiso e integración de todos los actores.

Por otro lado, se resalta que el trabajo final de esta versión, a diferencia del trabajo final del anterior proceso (2013-2014), requirió de un proceso de tutoría más cercano, lo cual generó una ampliación de un mes en la entrega del mismo. En total se recibieron 55 propuestas de mejoramiento de 65 participantes, todas dirigidas al propio contexto del participante (Nivel territorial).

Encuesta final

Al final del proceso también se realizó una evaluación del curso mediante una encuesta, la cual solo fue contestada por el 72 % de quienes aprobaron (n=44) (tabla 5).

En la encuesta además se indagó sobre los conocimientos previos; y destaca que el contenido más conocido por la mayoría de participantes antes de iniciar el proceso hacía referencia a la normatividad en salud en Colombia (Ley 1438 del 2011), sin embargo, reconocieron que la mayoría de los conocimientos previos no eran tan profundos ni detallados. También mencionaron que el contenido que casi no conocían era el de RISS, y para otros, el mismo concepto de APS de manera amplia e integral.

Tabla 5. Apreciaciones de los participantes en la evaluación final del proceso de formación CVSP (2014-2015)

Ítem evaluado (n=44 participantes)	Si n (%)	No n (%)
Los contenidos del curso se vincularon con los problemas de su región y con los desafíos de su lugar de trabajo	43 (97,7)	1 (2,3)
Las lecturas propuestas fueron de su interés	43 (97,7)	1 (2,3)
Las tareas planteadas le permitieron analizar de manera crítica y reflexiva la temática del curso	41 (93,2)	3 (6,8)
El aula virtual funcionó adecuadamente	36 (81,8)	8 (18,2)
Ha podido conectarse de manera regular sin problemas y a una velocidad adecuada *	29 (65,9)	1 (2,3)
Se respondió de manera regular a sus comunicaciones*	30 (68,2)	4 (9,1)
Se sintió acompañado	31 (70,5)	13 (29,5)
El tutor evidenció capacidad para orientarlo en la resolución de tareas	34 (77,3)	10 (22,7)

* Opción "a veces" (tercera respuesta).

Para finalizar, los participantes reconocieron que los contenidos de RISS, fragmentación de los servicios de salud, participación comunitaria, trabajo intersectorial y atención integral fueron apropiados y los señalaron como relevantes en el diplomado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La OPS estima que para la implementación de la APS en el territorio se requiere de profesiones de la salud con desarrollo de competencias y habilidades que les permita avanzar y ampliar sus conocimientos, actitudes y aptitudes hacia la APS bajo la denominación de "renovada" a fin de generar una práctica profesional más cualificada. Por ello,

el avance en estrategias de educación que incorporen tecnología y comunicación desde plataformas de aprendizaje virtual derriba barreras físicas y acerca el conocimiento de cara a resolver necesidades en comunidades dispersas, vulnerables y que requieran cambiar su modo de actuar (16-17). Avanzar en la formación y sensibilización en APS contribuye al mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

El CVSP y su plataforma son una opción adecuada para fomentar la formación de THS en la región de las Américas, que tiene a su disposición un número importante de cursos de formación y recursos educativos, los cuales pueden ser usados en distintos formatos y apoyar la formación en cualquier contexto y al alcance de todos, debido a su filosofía de *software* libre, recursos abiertos y la colaboración entre instituciones (13-14).

La educación en línea permite llegar a regiones de difícil acceso, y en salud además contribuye a optimar los conocimientos y capacidades de los profesionales de la salud, lo cual mejora su actuar y redundando en beneficios a la población. En ese sentido, diversas experiencias han mostrado que ha sido posible la formación de salud pública y de APS por medio de aprendizaje virtual, lo cual mejora la retención y apropiación de capacidades en profesionales de la salud (10-11,18). Destaca que los dos procesos contribuyeron a formar un total de 123 profesionales de la salud de forma virtual, con diversidad en su ámbito de actuación y de su procedencia.

El trabajo colaborativo entre universidades permite fortalecer de manera sinérgica las habilidades requeridas en formación virtual; sumado a la construcción de puentes para intercambio de saberes relacionados con

educación virtual y prioridades en formación en salud pública.

Cabe señalar que la agenda de reuniones del grupo de coordinación del nodo que se desarrolló de manera concertada a través de la plataforma permitió desde las distintas universidades consolidar la dinámica de gestión, administración y seguimiento de las actividades académicas y administrativas del curso de APS y RISS. Esto favoreció el cumplimiento de los objetivos propuestos. De otra parte, el modelo de gobernanza del campus y la hoja de ruta de las acciones y normativas han contribuido a posicionar esta experiencia en el país y los observadores de la región dentro de la dinámica del campus regional de la OPS.

Las limitaciones y debilidades identificadas en este proceso no difieren de otras experiencias; es posible que algunos estudiantes hayan subutilizado la plataforma virtual, muy probablemente debido a la falta de hábitos de estudio en este entorno y la organización de su tiempo (19). Otro elemento no estimado es el tipo de estrategia de aprendizaje que utiliza o con el que está familiarizado el educando, el cual no fue valorado por el tutor; sin embargo, la plataforma del Campus Virtual favorece el aprendizaje visual, auditivo o kinestésico (20).

Por otro lado, esta experiencia destaca los siguientes puntos:

- La interacción entre grupos y personas de distintas regiones y contextos, con independencia de las distancias, desarrollando el intercambio y el debate de experiencias dentro de cada nodo y consolidando una reflexión conjunta.
- La reflexión y la problematización valoradas dentro de cada región, lo cual permitió el

consenso y la transferencia del aprendizaje hacia la práctica.

- Transformar actitudes y prácticas a partir de la formación virtual hecha por TIC.

Fomentar la participación en el módulo de familiarización, así como realizar la realimentación docente pertinente, son factores fundamentales para mantener la adherencia y motivación en un curso virtual. Este tipo de factores se solucionan con el fortalecimiento de competencias en educación y tutoría virtual en cada uno de los equipos.

En relación con el curso, el tiempo y los foros fueron factores determinantes para la aprobación y continuidad por parte de los participantes. Para esto, antes de iniciar el curso se debe contar con la claridad del tiempo destinado y el propósito de los foros. En ese sentido, la tutoría virtual en relación con presencia, seguimiento y realimentación es un elemento fundamental para lograrlo.

Entre las principales limitaciones encontradas para ilustrar la experiencia se resalta la ausencia exploración de los factores de deserción y la falta de evaluación del proceso académico (tutoría, materiales, estructura del diplomado, tiempos, entre otros) en los participantes que no finalizan ni aprueban el proceso.

Por último, se consideró que el proceso educativo del curso y el trabajo en el CVSP fueron adecuados y se constituyen en una oportunidad para avanzar en nuevos procesos que contribuyan efectivamente a la formación de THS en APS y RISS en un país como Colombia, donde la temática es relevante y necesaria. Se recalca la importancia de considerar los factores que describe la experiencia para su uso y reflexión en futuros procesos de formación.

Agradecimientos

Agradecemos al personal e instituciones involucrados en este proceso de formación en APS y RISS para el periodo 2013-2015 en Colombia; entre ellos a la OPS/OMS y CVSP por su aporte y orientación, al Ministerio de Salud y Protección Social por su dirección, a las universidades participantes, y sus respectivos tutores y coordinadores académicos y técnicos, por el tiempo, disposición y articulación para trabajar colaborativamente, y a los autores de los capítulos y materiales de aprendizaje del diplomado de APS y RISS.

Conflicto de intereses: ninguno.

Financiación: universidad de la Sabana

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1438 [en línea] [fecha de acceso: 1° de junio de 2015]. Bogotá, D. C. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201438%20DE%202011.pdf>.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 [en línea] [fecha de acceso: 1° de junio de 2015]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>.
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1751 [en línea] [fecha de acceso: 1° de junio de 2015]. Bogotá, D. C. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf.
4. Veras R, Caldas C, Motta L, Lima K, Siqueira R, Rodrigues R et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Rev Saude Publica* 2014; 48(2): 357-65. DOI: 10.1590/S0034-8910.2014048004941
5. Silva S. The organization of regional and integrated healthcare delivery systems: challenges facing Brazil's Unified Health Sys-

- tem. *Ciênc. saúde coletiva* 2011; 16(6): 2753-62. DOI: 10.1590/S1413-81232011000600014
6. Giovanella L. Networks, disease management programs, GP coordinator: analysis of recent ambulatory reforms in Germany. *Ciênc. saúde coletiva* 2011; 16(Supl 1): 1081-96. DOI: 10.1590/S1413-81232011000700040
 7. Franco A. La última reforma del sistema general de seguridad social en salud colombiano. *Rev Salud Pública* (Bogotá, D. C.) 2012; 14(5): 865-77.
 8. Franco A. Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano. *Rev. gerenc. políticas salud* 2012; 11(22): 28-42.
 9. Castrillón M. Pensando en la formación de futuros profesionales de enfermería en América Latina. *Invest. educ. enferm* 2008; 26(2): 114-21.
 10. Emmerick I, Chaves L, Marin N, Luiza V. Strengthening the capacity of managers in pharmaceutical services based on Primary Health Care (PHC) at different levels of the health system. *Hum Resour Health* 2014; 12: 34. DOI: 10.1186/1478-4491-12-34
 11. González B, Vidal M, Diego F. Experiencia cubana sobre el Diplomado en Promoción de Salud en el Campus Virtual de la Salud Pública. *Educación Médica Superior* 2013; 27(1): 12-24.
 12. Conde J, De S, Hall R, Johansen E, Meglan D, Peng G. Telehealth innovations in health education and training. *Telemed J E Health* 2010; 16(1): 103-6.
 13. Furniel A, Silva R. Virtual campus of public health: expanding access to knowledge and training in public health. *J. bras. Telessaúde* 2014; 3(2): 64-6.
 14. Ramos I, Alfaro N, Fonseca J, García C, González M, López M et al. El Campus Virtual de Salud Pública: seis años de formar recursos humanos en México. *Rev Panam Salud Pública* 2014; 36(5): 342-7.
 15. Ettiene C. La eSalud: aprovechar la tecnología en el camino hacia la cobertura universal de salud. *Rev Panam Salud Pública* 2014; 35(5/6): 317-9.
 16. Teklehaimanot H, Teklehaimanot A. Human resource development for a community-based health extension program: a case study from Ethiopia. *Hum Resour Health* 2013; 11(1). DOI: 10.1186/1478-4491-11-39
 17. Ruiz-Rodríguez M, Acosta-Ramírez N, Rodríguez Villamizar LA, Uribe LM, León-Franco M. Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria. *Rev Salud Pública* (Bogotá, D. C.) 2011; 13(6): 885-96.
 18. Pelayo M, Cebrián D, Areosa A, Agra Y, Izquierdo J, Buendía F. Effects of online palliative care training on knowledge, attitude and satisfaction of primary care physicians. *BMC Fam Pract* 2011; 12: 37. DOI: 10.1186/1471-2296-12-37.
 19. Lamas M, Massié A, Quero E. Implementación de un aula virtual bajo la modalidad mixta: El Caso de Química Agrícola en la Universidad Nacional de Salta. *Form. Univ* 2010; 3(4): 3-12. DOI: 10.4067/S0718-50062010000400002.
 20. Del Moral M, Villaustre L. Didáctica universitaria en la era 2.0: competencias docentes en campus virtuales. *RUSC Universities and Knowledge Society Journal* 2012; 9(1): 36-50.