Ensayo / Essay

Oteando la educación para la salud en el sistema de salud colombiano

Scrutinizing education for health in the Colombian health system

Nelly Johanna Loboa-Rodríguez y Diana Paola Betancurth-Loaiza

Recibido 27 mayo 2022 / Enviado para modificación 16 febrero 2023 / Aceptado 28 marzo 2023

RESUMEN

Desde el establecimiento del Sistema Nacional de Salud en la década de 1970, pasando por la institucionalización del Sistema General de Seguridad Social en Salud y sus reformas, la educación para la salud en las acciones de salud pública ha estado situada en la normatividad, principalmente desde la perspectiva tradicional. La transformación de la política pública en salud, en los últimos años, a la luz de la promulgación de la salud como un derecho fundamental, ha sugerido avanzar hacia prácticas de educación para la salud instaladas en el enfoque crítico; sin embargo, no existen procedimientos específicos para la ejecución, lo cual es un reto, porque estructuralmente el sistema de salud funciona aún de acuerdo con la lógica de mercado sustentada en la teoría neoliberal utilitarista.

Palabras Clave: Sistemas de salud; salud pública; política pública; educación en salud; enfoque pedagógico (*fuente: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

From the establishment of the National Health System in the 70s of the 20th century, going through the institutionalization of the general system of social health security and its reforms, health education in public health actions has been located in the regulations, mainly from the traditional perspective. The transformation of public health policy in recent years of the current century, in light of the promulgation of health as a fundamental right, has suggested moving towards health education practices located in the critical approach; however, there are no specific procedures for implementation, and it is a challenge, because structurally the health system still works, according to the logic of the market supported by utilitarian neoliberal theory.

Key Words: Health systems; public health; public policy; health education; pedagogical approach (*source: MeSH, NLM*).

NL: Enf. Esp. Gerencia de la Salud Pública. M. Sc. Salud Pública. M.Sc. Investigación de la Atención Primaria en Salud. Universidad de los Llanos, Villavicencio, Colombia.
johannaloboa@unillanos.edu.co
DB: Enf. Esp. Promoción de la Salud. Esp. Administración en Salud. M.Sc. Enfermería. M.Sc. Investigación de la Atención Primaria en Salud. Ph. D. Salud Pública. Universidad de Caldas, Manizales, Colombia.
diana.betancurth@ucaldas.edu.co

La educación para la salud es una práctica social que, en el contexto de lo pedagógico, ha sido abordada desde concepciones no homogéneas (1), y en ello sobresale la tensión entre los modelos tradicional y crítico. El primero, relacionado con una concepción positivista de la ciencia, de tipo biomédico de la salud, y, por su parte, el modelo crítico, sustentado en una comprensión de la ciencia y la salud como producto de las condiciones sociales, culturales y ecológicas.

En el contexto del sistema de salud colombiano, la educación para la salud ha estado incluida en diferentes políticas públicas, y ha sido propuesta tanto desde la perspectiva tradicional como desde la crítica. A continuación, se presenta un ensayo que explora esta práctica social, en el escenario normativo de la salud pública, en el interior del sistema de salud, en una cronología que abarca el último tercio del siglo XX hasta la actualidad.

Es este un aporte a la reflexión que, como sostiene Ospina (2), es importante realizar con respecto a la normatividad de la acción política por la salud, para comprender

DOI: https://doi.org/10.15446/rsap.V25n3.102899

las decisiones estatales y suscitar análisis en relación con los marcos legales que regulan la sociedad a partir del sistema de salud.

Pistas sobre educación para la salud en acciones de salud pública del Sistema Nacional de Salud

La legislación que ha emergido para desarrollar las acciones de salud pública en Colombia, desde el último tercio del siglo pasado hasta la actualidad, ha evolucionado de acuerdo con los planes de gobierno presidenciales, en consonancia con las directrices de orden internacional asociadas al modelo de Estado legitimado.

Antes de 1975, las demandas sanitarias de tipo poblacional en el país eran atendidas por un conjunto desarticulado y heterogéneo de instituciones, cuyos servicios estaban aglomerados, principalmente, en programas de erradicación y control de enfermedades transmitidas por vectores, así como de prevención de enfermedades inmunoprevenibles, que contaban con la participación activa de las comunidades y algunos apoyos financieros de tipo internacional.

El Sistema Nacional de Salud (en adelante SNS) se estableció en la década de 1970, con la promulgación del Decreto 056 (3), por medio del cual se reflejó una concepción sistémica inspirada en los Estados europeos del bienestar. Se concretó así, por primera vez en la nación, una estructura institucional relacionada con un modelo de atención, en el que la salud pública se comenzó a comprender como un sector estatal encargado de la salud de toda la población y no solamente de la atención y la prevención de epidemias (4).

En el SNS surgieron los servicios seccionales de salud de los diferentes territorios departamentales, que trabajaban como dependencias técnicas del Ministerio de Salud Pública, cumpliendo con funciones como adaptar y adoptar la política nacional de salud para atender las características tan disímiles de cada región.

Para descentralizar la planeación y ejecución de acciones en el sector salud, en 1990 se emitió la pauta normativa que otorgó autonomía a los departamentos y municipios (5); a partir de esto, se reorganizó el SNS, para asignar como función principal a las direcciones locales de salud, la formulación de los planes de salud con asignación de recursos. De tal manera, se inició un proceso de planeación local participativa en la salud, establecida con la Constitución Política de 1991 (6).

El SNS abarcaba tres subsectores separados e independientes: el público, el de seguridad social para los trabajadores formales y el sector privado. Glassman *et al.* (7) describen que el financiamiento del subsector público estaba orientado a los hospitales públicos; la atención primaria; los programas verticales destinados a combatir el paludismo, la tuberculosis y la lepra; los planes de vacunación y la salud materno-infantil y reproductiva, así como el control de enfermedades. Además de los programas verticales, no existía ninguna asignación separada de recursos para la prevención de enfermedades y actividades de promoción de la salud o actividades de salud comunitaria.

Así, las acciones de salud pública en el SNS se relacionaron, principalmente, con programas de atención dirigidos al control y la prevención de enfermedades transmisibles. La educación para la salud se desarrollaba a partir de un enfoque tradicional, a manera de estrategia para transmitir a la comunidad conocimientos sobre el cuidado de la salud, como también sobre la identificación de signos y síntomas de enfermedades, con logros significativos, pero subvalorados cuando se estableció el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y que fueron suspendidos, con repercusiones negativas en los indicadores de salud pública.

Un ejemplo de esto último lo constituyó el programa de control de tuberculosis, que durante el SNS fue dirigido verticalmente por el Ministerio, con el tamizaje obligatorio de los sintomáticos respiratorios con baciloscopias seriadas, captación de enfermos, suministro de esquemas terapéuticos supervisados, vacunación de todo recién nacido con la BCG y educación para la salud desde un enfoque preventivo. El riesgo de infección por tuberculosis disminuyó en la década de 1970, y se mantuvo bajo hasta los años noventa, cuando se observó un incremento en la incidencia (8).

Con el SNS se fortaleció y favoreció tanto la capacitación, como la contratación a escala nacional de mujeres que eran educadoras sanitarias en sus propias veredas. Esto, con el Programa de Promotoras Rurales de salud, que surgió años antes, por iniciativa del profesor Héctor Abad Gómez (9), y formó a actores clave para la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) en las zonas rurales y apartadas del país (10).

Con la reglamentación del ejercicio de la enfermería en el país, las promotoras de salud fueron incorporadas como la base del SNS (11) y constituyeron una parte fundamental de los centros de salud que más tarde conformaron las unidades primarias de atención (UPA). Así, se dinamizó la implementación de diferentes aspectos de la Atención Primaria en Salud (APS), sugeridos en Alma Ata (12).

La educación para la salud en las acciones de salud pública del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Restrepo (13) afirma que una de las reformas más profunda y ambiciosa que se ha aplicado sobre un sector social en Colombia ha sido La ley 100 (14), con la que se organizaron los servicios de salud, desde criterios de

mercado, y se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Así, el rol que se asignó al Estado fue el de corregir las fallas del mercado.

El SNS se transformó en un SGSSS, con el propósito de generar cobertura global mediante un sistema de aseguramiento nacional y obligatorio, buscando el aumento de eficiencia.

Las acciones de este sistema se fundamentaron en el modelo de desarrollo neoliberal, coherente con el modo de producción capitalista, lo que para el sector salud configuró una visión de justicia de tipo individualista, ligada a la propiedad, la distribución individual y la focalización de recursos públicos (15), con una figura de Estado protector del mercado y la libre competencia para promover el avance económico como condición para el desarrollo social y humano (16).

En la Ley 100 de 1993 (14), el término salud pública no se enunció en ninguno de sus apartados constitutivos; en cambio, se especificaron intervenciones dirigidas a los colectivos poblacionales; así, en el capítulo III se definió el Plan de Atención Básica (PAB) como el conjunto de actividades dirigidas a toda la población de manera gratuita, sin estar sujeto a ningún tipo de afiliación en salud. Las acciones de salud pública se surtieron como complemento a las acciones del Plan Obligatorio de Salud (POS).

El PAB se formalizó mediante la Resolución 4288 de 1996 (17), y con su puesta en marcha se generó un impacto en el manejo de la salud pública desde el direccionamiento gubernamental, al dar apertura a la articulación de las acciones de sectores diferentes al de salud y fuerzas vivas de la sociedad, para la ejecución de intervenciones que permitieron la implementación de las cinco macroestrategias de la carta de Ottawa.

La gestión del PAB entre los años 2001 y 2007 desarrolló un modelo por procesos ligados a la planeación territorial, con prioridades, acciones, metas e indicadores nacionales en salud pública, de obligatorio cumplimiento por parte de los entes gubernamentales.

Por medio del PAB se daba respuesta a indicadores de proceso, relacionados con número de actividades realizadas y de personas convocadas. Así, la práctica de la educación para la salud se desarrolló principalmente de modo tradicional, mediante prácticas transmisionistas de información, principalmente unidireccionales y de corto plazo, enfocadas en el cambio de comportamientos, sustentada en modelos pedagógicos convencionales desarrollados con facilidad, dentro de la lógica del modelo hegemónico biomédico.

A partir de lo anterior, los indicadores requeridos para evidenciar la gestión del PAB no serían los relacionados con la disminución de la morbimortalidad, sino los que mostraran la cantidad de actividades realizadas, en contraste con las proyectadas, con una lógica mercantilista en la cual el rendimiento del talento humano se midió por la eficacia de su quehacer y no por el impacto de la implementación de sus competencias como aporte al mejoramiento de la calidad de vida y la salud de las personas, las familias y las comunidades.

En consecuencia, los procesos no exigieron una medición de sus efectos sobre las comunidades, que permitiera dimensionar el alcance de la promoción de la salud mediante la aplicación de la educación para la salud, sino el cumplimiento concreto de actividades. Así, los servicios de salud, categorizados como bienes de transacción, implicaron una educación para la salud instrumentalizada, a favor del reporte de indicadores de cumplimiento.

La educación para la salud según las reformas al Sistema General de Seguridad Social en Salud

En el 2007 se introdujeron modificaciones al SGSSS, al establecerse su primera reforma con la Ley 1122 (18), de la cual surgió el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) para períodos de 4 años. Se definió a la salud pública como un conjunto de políticas que, bajo la rectoría del Estado, buscan garantizar, de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas de manera individual y colectiva.

En este contexto, la educación para la salud se ha delimitado como una herramienta de promoción de la salud, caracterizada como un instrumento de gestión pública territorial para el manejo de recursos humanos, logísticos y financieros, mediante la práctica pedagógica tradicional dirigida a poblaciones, vulnerables o en riesgo, de acuerdo con las tendencias de los perfiles epidemiológicos, los análisis de situación en salud de cada territorio y la agenda internacional.

En la Ley 1122 (18) se estipuló que los planes debían tener una vigencia de cuatro años, sin embargo, con su primera ejecución, se concluyó que un cuatrienio era poco tiempo para diseñar y aplicar políticas que evidenciaran resultados de mediano y largo plazo.

En consecuencia, se reformó nuevamente el SGSSS, al emitirse las directrices para formular el Plan Decenal de Salud Pública, por medio de la Ley 1438 del 2011 (19), y en el 2013 se expidió el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP 2012-2021) (20).

Para materializar a escala territorial el PDSP 2012-2021, en el 2015 se establecieron los lineamientos del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) (21), como parte integral del Plan Territorial de Salud (PST). Lo anterior, con el propósito de impactar positivamente en los determinantes sociales de la salud (DSS), con la ejecución de intervenciones dirigidas a poblaciones a lo

largo del curso de la vida, principalmente por medio de la educación para la salud.

En el año 2016, entre las directrices para la formulación de los PSPIC, se definió una intervención denominada educación y comunicación para la salud (22). Con esta, el Ministerio de Salud y Protección Social generó una guía con orientaciones políticas y teóricas, en la que se describía la educación para la salud de conformidad con los conceptos emitidos en Ottawa, es decir, como una forma de hacer las cosas desde la promoción de la salud, sin fundamentarse únicamente en el modelo pedagógico tradicional. Se sugirió una educación para la salud orientada hacia acciones participativas, con abordaje de ámbitos específicos, a fin de proponer alternativas de cambio con las comunidades.

Lo anterior, a partir de los postulados del modelo educativo interestructurante-dialogante, con el propósito de dirigir la acción pedagógica hacia la transformación de la realidad, para conducir a mejores niveles de práctica, empleando instrumentos cognitivos, valorativos y prácticos, desde el carácter histórico, social y cultural de los individuos y sus saberes; todo esto, sustentado en el modelo pedagógico crítico.

Sin embargo, este enfoque excede la esencia del SGSSS, situado en la hegemonía biomédica y el enfoque mercantilista, que concibe a las personas como usuarios, pacientes o receptores de intervenciones, y las reconoce como destinatarias de intervenciones y no como sujetos con quienes establecer diálogos de saberes. Esto último, no obstante, es necesario para actuar desde una postura crítica de la educación para la salud.

Es escasa la evidencia que visibiliza el desarrollo de prácticas de educación para la salud en las bases de la perspectiva crítica. Es posible que su desarrollo sea reducido, al estimular la generación de procesos emancipatorios contra el mismo sistema del que surge y, además, porque se sitúa en planes de salud pública que privilegian la focalización de grupos poblacionales, sin reconocer las expectativas, las necesidades sentidas e incluso las realidades sociales críticas, al prevalecer el cumplimiento de las directrices protectoras de los intereses del capital.

Posteriormente, con la Resolución ministerial 429 de 2016 (23), se estableció la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), para orientar los objetivos del sistema de salud y de la seguridad social en salud, en relación con la garantía del derecho a la salud de la población. Esta legislación centró al SGSSS en los ciudadanos y no en el mercado. Se formuló gracias a la promulgación de la Ley 1751 del 2015 (24), por la que se hizo más visible la necesidad de realizar cambios dentro del sistema, con el propósito de garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida, de acuerdo con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

La PAIS (23) se estableció con un marco estratégico y uno operacional. El primero se instaló en cuatro líneas de acción, entre las que se encuentra la APS con enfoque de salud familiar y comunitaria. El marco operacional, se fundamentó en el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) (25), sobre el cual Pinzón (26) expresa que fue un reconocimiento a los logros y las experiencias exitosas alcanzadas por el SGSSS, al permitir una mixtura para alinear y motivar a los actores del sistema hacia un trabajo en conjunto, en función de los resultados en salud de las personas, las familias y las comunidades como sujetos del derecho a la salud.

El MIAS (25) incorporó e integró conceptos y estrategias de probada efectividad y otras novedosas. Sin embargo, se presentaron muchas dudas con respecto a su implementación y efectividad, pues en su concepción más profunda y filosófica se enfrentó la esencia del SGSSS, relacionada con la teoría neoliberal utilitarista, en la cual la salud tiene una consideración de derecho, contrariamente a lo reafirmado por la Corte Constitucional en la Ley Estatutaria 1751 del 2015 (24), en torno a la salud como derecho fundamental.

Posteriormente, con la Resolución 2626 del 2019, por la cual se modificó la PAÍS y se adoptó el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) (27), se redefinió el modelo integral de atención en salud en términos de calidad, al desarrollar para tales efectos lineamientos para la implementación de modelos de atención en salud con enfoque de atención primaria en salud, salud familiar y comunitaria, territorial, poblacional y diferencial, cuya definición se delegó a cada departamento, municipio y distrito, con el propósito de orientar de forma articulada la gestión del sistema de salud en los territorios, a fin de responder a las prioridades de salud de la población y contribuir a su mejoramiento.

Para el año 2023, el Gobierno Nacional anunció una nueva reforma al sistema de salud. En caso que se apruebe y determine poner en práctica procesos de educación para la salud alternativa, se hace necesaria una transformación estructural, la cual, como afirma Peñaranda (28), gire en torno al bienestar y la salud de las personas, y no a la rentabilidad económica. Lo anterior, por medio de una práctica pedagógica que aporte de manera significativa a la comprensión de las estructuras que fortalecen o perturban la salud, originada por la interacción entre educadores y educandos (29).

Adicionalmente, se hacen necesarios cambios en pro de la cualificación del talento humano del área de la salud y las ciencias sociales, con ajustes curriculares en las universidades que, como proponen Ruiz *et al.* (30),

que fomenten el trabajo interdisciplinario e intersectorial de acuerdo con el contexto social, económico y político, para permitir a los futuros profesionales apropiarse del principio en el que la salud es resultado personal, pero, y sobre todo, social.

El contexto del sistema de salud colombiano, desde la última parte del siglo pasado, ha transitado de un modelo de Estado con rol de distribuidor igualitario de bienes sociales a un Estado de corte neoliberal.

Las acciones de salud pública, al ser intangibles y no agotarse en el consumo, por ser bienes públicos generadores de externalidades positivas, suscitan escaso interés para el mercado.

En estos términos, la legislación de política pública en salud pública se ha enfocado en la organización sistemática de planeación y ejecución de actividades. Los indicadores relevantes se centran en la ejecución de actividades y no en el establecimiento y la puesta en marcha de procesos que se reflejen en rentabilidad social, acentuándose así el desarrollo de prácticas de educación para la salud de enfoque tradicional.

En el último lustro, desde el Ministerio de Salud y Protección Social se han analizado y esbozado lineamientos que motivan la práctica de educación crítica, en el marco de la formalización de la salud como derecho fundamental, lo cual es contradictorio cuando el sistema de salud, en general, se "enraíza" en el mercantilismo de la teoría neoliberal utilitarista, y si bien el ámbito de las acciones de salud pública se ha reformado, ha sido para delimitar con mayor detalle la operatividad del rendimiento de las acciones de talento humano, y no tanto para el establecimiento de estrategias que privilegien la valoración del impacto de las intervenciones en la vida y la salud de las personas.

Si en futuras reformas al sistema de salud colombiano prevalece la consideración de la salud como un derecho fundamental, se hace necesario que la educación para la salud, además de tener lineamientos para su desarrollo, sea dimensionada como un proceso pedagógico, antes que como un instrumento de intervención ♣

REFERENCIAS

1. Peñaranda F, López JM, Molina DP. La educación para la salud en la salud pública: un análisis pedagógico. Hacia Promoc Salud. 2017;22(1):123-33. https://doi.org/10.17151/hpsal.2017.22.1.10.
2. Ospina J. Política de Atención Integral en Salud (PAIS), "Hacia mejores condiciones de la salud en Colombia". Vestigium Ire [Internet]. 2020 [consultado el 28 de enero del 2022];14(1):77-91. Disponible en: https://goo.su/p3qdc.
3. Colombia, Presidencia de la República. Decreto 56 de 1975 (enero 15): Por el cual se constituye sustituye el Decreto-ley número 654 de 1974 y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial N.o 34260, 19 de febrero de 1975 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: https://goo.su/BMUMd.
4. Hernández M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. Cad Saúde Pública. 2002;18(4):991-1001. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000400007.
5. Colombia, Congreso de la República de Colombia. Ley 10 de 1990 (enero 10): Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud. Diario Oficial No 39.137, 10 de enero del 1990 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: https://goo.su/nItn.
6. Colombia, Congreso de la República de Colombia. Constitución Política de Colombia (julio 20). Gaceta Constitucional N.o 116, 20 de julio de 1991 [consultado el 20 de agosto del 2022]. Disponible en: https://goo.su/zyEi.
7. Glassman A, Escobar M, Giuffrida A, Gidión U. Salud al alcance de todos: Una década de expansión del seguro médico en Colombia. Washington D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo, The Brookings Institution; 2010. Disponible en: https://goo.su/7QS5n.
8. Apráez G. Evaluación de la atención primaria de la salud en Colombia como política de salud 1939-2008 [tesis doctoral]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010. Disponible en: https://goo.su/WmQq.
9. Abad-Gómez H. Anteproyecto del curso para promotores de salubridad rural. Medellín: Universidad de Antioquia; 1959. p. 3.
10. Zuluaga SM, Otálvaro GJ. Las promotoras rurales de salud: una práctica social en extinción. Estudio de caso en el municipio de Andes, Antioquia, 1976-2015. Rev Gerenc Polít Salud. 2020; 19(1):1–25. https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.prsp.
11. Cataño L, Chávez B. Evolución histórica de los promotores de salud en el Servicio Seccional de Salud de Antioquia. Medellín: Servicio Seccional de Salud de Antioquia; 1988.
12. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata: Organización Mundial de la Salud; 1978. Disponible en: https://bit.ly/3xvt2kw.
13. Restrepo-Zea JH. Evolución del sistema de salud colombiano: ¿qué queda de la Ley 100 de 1993? Rev Salud Pública. 2022; 24(1):1-10. https://doi.org/10.15446/rsap.v24n2.103013.
14. Colombia, Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993 (diciembre 23): Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial N.o 41148, 23 de diciembre de 1993 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: https://bit.ly/3MbVTPu.
15. Navarro V. Expresión de tres perspectivas de la justicia social en la organización de los sistemas de salud. Rev Gerenc Polít Salud. 2015; 14(29):26-40. Disponible en: https://bit.ly/3FvnG9x.
16. Peñaranda-Correa F. Salud pública, justicia social e investigación cualitativa: hacia una investigación por principios. Rev Fac Nac Salud Pública. 2015; 33(1):106-14. https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33s1a18.
17. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4288 de 1996 (noviembre 20): Por la cual se define el Plan de atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) [consultado el 19 de agosto del 2021]. Disponible en: https://goo.su/fBScWS.
18. Colombia, Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de 2007 (enero 9): Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial N.o 46.506, 9 de enero de 2007 [consultado el 4 de septiembre del 2021]. Disponible en: https://goo.su/wQdOA.
19. Colombia, Congreso de la República de Colombia. Ley 1438 de 2011 (enero 19): Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial N.o 47.957, 19 de enero del 2011 [consultado el 4 de septiembre del 2021]. Disponible en: https://goo.su/ofrYLC.
20. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1841 de 2013 (mayo 28): Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Diario Oficial N.o 48811, 24 de junio 24 del 2013 [consultado el 20 de septiembre del 2021]. Disponible en: https://goo.su/3zd7W.

21. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 518 de 2015 (febrero 24): Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC). Diario Oficial N.o 49436, 24 de febrero del 2015 [consultado el 25 de noviembre del 2021]. Disponible en: https://bit.ly/3Fwgbzf.
22. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones para el desarrollo de la educación y comunicación para la salud en el marco del plan de salud pública de intervenciones colectivas – PIC [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016 [consultado el 2 de diciembre del 2022]. Disponible en: https://goo.su/aC6UtX3.
23. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 del 2016 (febrero 17): Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. Diario Oficial N.o 49.794, 22 de febrero del 2016 [consultado el 17 de noviembre del 2021]. Disponible en: https://bit.ly/49aIsJ8.
24. Colombia, Congreso de la República de Colombia. Ley estatutaria 1751 de 2015 (febrero 16): Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial N.o 49.427, 16 de febrero del 2015 [consultado el 25 de noviembre del 2021]. Disponible en: https://goo.su/zMqbjDw.
25. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Presentaciones de la capacitación sectorial del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2017 [consultado el 10 de diciembre del 2021]. Disponible en: https://bit.ly/45InvCx.
26. Pinzón-Flórez CE. Modelo Integral de Atención en Salud: una pieza del rompecabezas a la que debemos apostarle. Salud UIS [Internet]. 2017 [consultado el 23 de enero del 2022];49(2):276-7. Disponible en: https://bit.ly/3FuHD0i.
27. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626 del 2019 (septiembre 27): Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud-PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE. Diario Oficial 51.092; 30 de septiembre del 2019 [consultado el 23 de noviembre del 2021]. Disponible en: https://bit.ly/3eIpHWa.
28. Peñaranda-Correa F. Editorial: El educador: figura clave en la educación para la salud. Hacia Promoc Salud. 2022;27(1):13-4. https://doi.org/10.17151/hpsal.2022.27.1.1.
29. Loboa NJ y Betancurth DP. El educador para la salud en la salud pública. Rev Salud Pública. 2020; 22(5):556–9. https://doi.org/10.15446/rsap.v22n5.87075.
30. Ruiz Rodríguez M, Hormiga Sánchez C, Uribe L, Cadena Afanador L, Mantilla Uribe B, Solano Aguilar S. Voces de la academia y los tomadores de decisiones del Oriente colombiano ante la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud. Salud UIS. 2017;49(2):320-9. https://doi.org/10.18273/revsal.v49n2-2017005.