

**RUTA PARA EL FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DEL TALENTO
HUMANO ESPECIALIZADO EN SALUD, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Ministerio de Salud y Protección Social

Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios

Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud

Septiembre 2015

CONTENIDO

PRESENTACIÓN.....	3
ANTECEDENTES	5
RUTA PARA EL FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DEL TALENTO HUMANO REQUERIDO PARA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD A NIVEL TERRITORIAL	10
I. Alistamiento.....	10
II. Dinamización de procesos de la red socio – sanitaria territorial con los procesos de las Instituciones de Educación Superior (IES).....	12
III. Evaluación y seguimiento de los procesos de formación y desempeño	13
RUTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE POSGRADO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA Y MEDICINA FAMILIAR AL INTERIOR DE LAS INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR.....	14
RUTA ESPECÍFICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR.....	15
Comité Académico Interinstitucional	15
Procesos de evaluación al ingreso y egreso.....	16
Examen Nacional Único de Ingreso a la residencia.....	17
Evaluación Única de Egreso	17

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud y Protección Social se encuentra en la construcción de la Política de Atención Integral en Salud a la que hace referencia el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018, cuyo centro es el cuidado de la salud. Esta política permitirá el avance hacia el goce efectivo del derecho a la salud de todos los habitantes del territorio nacional en concordancia con la **Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015)**, así como la consolidación e implementación de un nuevo Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Este proceso de construcción se encuentra cimentado sobre cuatro pilares: i) Atención Primaria en Salud (APS), ii) salud familiar y comunitaria, iii) articulación de las actividades individuales y colectivas (gestión integral del riesgo), y iv) enfoque poblacional y diferencial.

Dicha política tendrá en cuenta las herramientas y componentes relativos a la implementación del MIAS, que incluyen la ruta de atención integral, con acciones de promoción y mantenimiento de la salud con enfoque de curso de vida y las actividades específicas para la gestión de los grupos de riesgo; la habilitación y operación en redes integrales de servicios y habilitación técnica de EPS, así como la implementación gradual del prestador primario, el desarrollo del talento humano en salud (THS), el desarrollo de incentivos en salud y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación, entre otros elementos.

El desarrollo territorial se debe realizar en el marco de los procesos de planeación integral en salud a los que hace referencia la **Resolución 1536 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social**

(http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201536%20del%202015.PDF), en donde se definen los insumos, responsables y contenidos del Plan Territorial de Salud Territorial, incluyendo el análisis de la situación en salud (ASIS), la caracterización poblacional de las EPS, la priorización en salud pública y el componente estratégico y de inversión. Como parte de este ejercicio, las Direcciones Territoriales de Salud, en coordinación con los actores sociales, instituciones del sector salud y educación, deberán realizar el diagnóstico de la organización de los servicios de salud; el talento humano en salud disponible y la estimación de perfiles y competencias para el cuidado y gestión de la salud, en el marco de la definición de prioridades y estrategias del plan territorial de salud, así como los modelos y redes de salud, y en sintonía con las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2021 - 2031.

En el marco de la construcción de planes, modelos y redes territoriales con los principios de la APS y los demás pilares de la nueva política de atención integral en salud, tiene sentido el desarrollo continuo de las competencias del talento humano para garantizar el cuidado de la salud, la gestión territorial y la coordinación de las redes integrales.

La implementación de la nueva política requiere nuevas competencias en el talento humano que exigen adecuaciones en diferentes niveles. Las acciones de formación pueden generar resultados a corto, mediano y largo plazo.

A corto plazo, los procesos de formación continua y de agentes comunitarios se convierten en una poderosa herramienta de actualización para optimizar la calidad y pertinencia de los servicios de salud. El desarrollo de los posgrados específicos en salud, medicina familiar y comunitaria, requiere acuerdos y convenios a mediano y largo plazo entre prestadores e instituciones formadoras, que van generando cambios permanentes en el cuidado de la salud, con retornos a mediano plazo en los proyectos de desarrollo técnico y profesional. Adicionalmente, los trayectos para el desarrollo de competencias en profesionales, especialistas y técnicos, requiere de procesos de transformación curricular de las prácticas pedagógicas a nivel de pregrado y posgrado, con el fin de incorporar la adscripción de población, generar un contacto directo con las familias y comunidades y articulación transdisciplinar que va más allá de la comunicación ocasional entre áreas tradicionalmente denominadas como “básicas” y “clínicas”.

En el contexto del desarrollo continuo de competencias en el recurso humano para un nuevo modelo de atención basado en la estrategia de APS, los programas de especialización en Medicina Familiar y en Salud Familiar y Comunitaria, se convierten en una oportunidad para fortalecer la pertinencia y calidad de la educación superior. Para la implementación del MIAS es necesaria la realización de procesos simultáneos en diferentes niveles y por parte de distintos actores. Si bien esta ruta está dirigida a un segmento específico del talento humano en salud, se encuentra inmersa en el profundo cambio que requiere la educación en salud y la prestación de los servicios socio - sanitarios. El desarrollo de los programas de especialización en salud, medicina familiar y comunitaria, requiere de otras acciones de formación continua con las demás profesiones y ocupaciones involucradas en la prestación de servicios de salud y de acciones de transformación curricular en los diferentes niveles de formación del talento humano, a nivel de pre y posgrado.

Considerando a la salud familiar y comunitaria como un enfoque que orienta la reorganización de la atención socio sanitaria alrededor de la situación de las personas y familias, se centra en el cuidado primario y es un proceso transdisciplinario donde uno de los principales atributos es el trabajo en equipo, se presenta una ruta para la implementación de los programas de posgrado (Salud Familiar y Comunitaria y Medicina Familiar), adicional a las orientaciones específicas de cada uno de los programas. A través de esta herramienta se promueve la implementación de espacios convergentes y transdisciplinarios en la educación que apunten al logro del verdadero trabajo en equipo desde la formación. Esta ruta responde a la solicitud de los territorios de implementar desde el nivel central procesos cada vez más articulados que faciliten la implementación a nivel local y apoyen las iniciativas de las Entidades Territoriales para la garantía del derecho a la salud de toda la población

El objetivo de la ruta es orientar, coordinar y facilitar la ejecución de las acciones que se deben desarrollar de manera conjunta para el fortalecimiento del talento humano en salud para dar respuesta a los desafíos del MIAS, por lo que trasciende lo académico e incluye acciones de

coordinación con prestadores, administradores, fortalecimiento de la participación social y la transectorialidad.

Aquí se plantean los pasos y gestiones que se requieren para el cumplimiento del objetivo con el concurso de Instituciones de Educación Superior (IES), Entes Territoriales, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), el Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio Educación Nacional (MEN), ciudadanía y demás actores sociales. La voluntad y los compromisos se consolidarán formalmente en acuerdos, convenios, actas o ayudas de memoria firmadas por la Entidad Territorial, las EAPB, las IES y las IPS, donde se consignen las responsabilidades de cada una de las partes.

Esta ruta considera el proceso participativo que permitió la construcción de los programas únicos de las especializaciones en medicina familiar y salud familiar y comunitaria, los cuales definen los perfiles y competencias de los profesionales formados y las orientaciones para recoger las particularidades de cada territorio en cuanto a su población e infraestructura, con el fin de garantizar la pertinencia de la formación del talento humano. Este documento presenta los elementos que se pueden considerar en la construcción de acuerdos regionales, sin embargo los términos de cada uno será el resultado del proceso particular en cada territorio, en el marco de los procesos de planeación integral en salud que orientan los lineamientos de este Ministerio (Resolución 1536 de 2015).

ANTECEDENTES

A partir de la declaración de Alma – Ata en 1978 de la Atención Primaria en Salud (APS), los países han implementado esta estrategia con diversas herramientas. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el documento *“Renovación de la APS en las Américas del año 2005”* ilustra los principales enfoques asumidos. Por ejemplo, en algunos países industrializados la APS se identifica como *“el primer nivel de atención de los servicios de salud dispuestos para toda la población”*. En algunas regiones en vía de desarrollo, la estrategia se implementa para la población más pobre y vulnerable, entendida como APS selectiva; mientras que en pocos países se aplica un enfoque integral de la atención primaria en salud, como el caso de Cuba o Costa Rica y recientemente Brasil y Perú que intenta avanzar hacia esa integralidad.

En Colombia a través de la normatividad en salud, (ley 1438 de 2008 y el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021) se establece la obligatoriedad de fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS) como estrategia transversal.

La Ley 1164 de 2007, establece las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control de la formación, ejercicio y ética del Talento Humano en Salud (THS), a través de la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos.

La Ley estatutaria 1751 de 2015 tiene como objeto: *“garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección”*. Entre los elementos y principios del derecho fundamental a la salud se encuentra el de: *“Calidad e idoneidad profesional: Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecido con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos”*.

A través de la Ley 1753 de 2015, se adoptó el Plan Nacional de Desarrollo (PND) para Colombia 2014 – 2018, con el objetivo de *“construir una Colombia en paz, equitativa y educada, en armonía con los propósitos del Gobierno Nacional, con las mejores prácticas y estándares internacionales, y con la visión de planificación de largo plazo prevista por los objetivos de desarrollo sostenible”*. En el artículo 65 se establece la **“Política de atención integral en salud”**:

El Ministerio de Salud y Protección Social –MSPS dentro del marco de la Ley 1751 de 2015, así como la demás leyes vigentes, definirá la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, la cual será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones. Para la definición de la política integral en salud se integrarán los siguientes enfoques: i) atención primaria en salud (APS); ii) salud familiar y comunitaria, iii) gestión del riesgo en salud y iv) enfoque poblacional y diferencial. Dicha atención tendrá en cuenta los componentes relativos a las rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, las rutas de atención específicas por grupos de riesgos, el fortalecimiento del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, el desarrollo del talento humano, la implementación de la gestión de riesgo en salud, el desarrollo de incentivos y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación.”

Como parte de la construcción de la nueva política a la que hace referencia el PND, el Ministerio de Salud y Protección Social viene construyendo en los dos últimos años el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), en el cual se tienen en cuenta los avances y retos de la salud en Colombia en los últimos 20 años y reconoce que aunque en algunas regiones del país se han realizado iniciativas particulares para la implementación de la APS, la nación requiere de ajustes en la regulación del sistema y se hace necesario el fortalecimiento de la rectoría y conducción que debe hacer el Ministerio de Salud y Protección Social y las Direcciones Territoriales de Salud, para garantizar la sostenibilidad de la nueva política que ubica en el centro a la salud y calidad de vida de las personas, familias y comunidades.

El MIAS tiene como pilares a la Atención Primaria en Salud (APS), la Salud Familiar y Comunitaria, la Gestión Integral del Riesgo y el Enfoque Diferencial, y se proyecta que su articulación garantice la integralidad, continuidad y pertinencia de los servicios de salud, organizados en redes integrales, así como la coordinación del sistema en función de sus respuestas en los diferentes niveles de complejidad. En el componente primario de las redes, la articulación de esos pilares se deberá reflejar en la consolidación del plan integral de cuidado primario, que incluye acciones individuales, colectivas y poblacionales, como resultado de la concertación entre los equipos multidisciplinarios de salud y las familias adscritas.

El enfoque de salud familiar y comunitaria centraliza el interés del modelo en la salud y calidad de vida de la población y promueve la integración de los diferentes servicios socio - sanitarios a nivel sectorial e intersectorial, de acuerdo a las necesidades de la población en territorios y entornos sociales específicos. Su énfasis es el cuidado de las personas, familias y comunidades de acuerdo a sus características, orientar sus trayectorias en el sistema socio sanitario, garantizando calidad y oportunidad de atención integral en los entornos de vida cotidiana, así como apoyar sus proyectos de vida.

Este enfoque promueve estilos de vida saludables, considerando la diversidad étnica y cultural, fomentar la acción transectorial y fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud. En caso de enfermar, se preocupa que las personas sean atendidas en las etapas tempranas de la enfermedad, para controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos. La aplicación del enfoque de salud familiar y comunitaria exige una nueva forma de organizar los servicios, incluyendo el talento humano. Es fundamental la conformación de equipos multidisciplinarios de salud, que tienen población adscrita en un territorio específico, con competencias y condiciones para concertar, implementar y gestionar planes integrales de cuidado de la salud.

La gestión integral del riesgo contribuye en la articulación de una respuesta anticipatoria, dirigida a transformar los riesgos individuales y colectivos en salud, con las acciones de prevención, atención y rehabilitación, garantizando continuidad.

El enfoque diferencial tiene en cuenta la diversidad de las personas y territorios, así como las competencias que cada uno de los actores del sistema debe cumplir, en coordinación con otros sectores para la comprensión e implementación de respuestas diferenciales para avanzar en la equidad de acuerdo a la condición socio-económica, el género, la pertenencia, entre otros.

Para la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud se requiere, entre otras cosas, el fortalecimiento de las competencias del talento humano en salud en los pilares descritos y para los diferentes niveles ocupacionales; lo que lleva a plantear desde el MSPS la gestión integral del talento humano en salud de acuerdo al enfoque de competencias y la consolidación del programa nacional de salud, medicina familiar y comunitaria.

Con el avance que ya tiene el país en la definición de las competencias de las profesiones de la salud (ver enlace http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/observatorio-talento-salud-home_9.aspx), contamos con un referente para la transformación de los procesos de formación, ejercicio y gestión integral del talento humano en salud.

A nivel de la formación, se requieren diversas acciones con resultados a corto, mediano y largo plazo, todos necesarios en la gestión y planificación del talento humano en salud. A corto plazo la formación continua del personal vinculado a los servicios a través de las EPS, Secretarías de Salud e IPS, así como la formación de los agentes comunitarios, es una necesidad para alinear la respuesta de los servicios. En el mediano plazo, el fortalecimiento de la especialización de medicina familiar para médicos y la especialización de salud familiar y comunitaria para las otras profesiones de ciencias de la salud y afines permite cualificar los procesos de cuidado de la salud, con una perspectiva crítica y humana, y mejorar los proyectos de desarrollo profesional; y en el largo plazo se requiere del ajuste de currículos de pregrado y postgrado de profesiones y técnicos de las ciencias de la salud y afines. En relación al desarrollo de la especialidad en Medicina Familiar, el proceso contó con los aportes y retroalimentación del experto mexicano Miguel Angel Fernandez, en el marco de los acuerdos que tiene el Gobierno Nacional con EUROsociAL, para apoyar el desarrollo de un nuevo Modelo Integral de Atención en Salud.

Explorando la oferta de programas para los postgrados en Medicina familiar y Salud Familiar y comunitaria en el Sistema Nacional de Información de Educación Superior –SNIES- del Ministerio de Educación Nacional (MEN), se encuentra el siguiente estado de dichos programas académicos.

Tabla 1
Programas de Especialización en Salud Familiar y Comunitaria

IES	Estado
Fundación Universitaria de Popayán	Inactivo
Fundación Universitaria del Área Andina - Bogotá	Inactivo
Fundación Universitaria Juan N. Corpas	Inactivo
Fundación Universitaria Los Libertadores	Activo
Universidad CES	Inactivo
Universidad de Cartagena (Cartagena – Sincelejo)	Inactivo
Universidad de Córdoba	Inactivo
Universidad de los Llanos *	Activo
Universidad de San Buenaventura	Inactivo
Universidad del Cauca	Inactivo
Universidad del Norte *	Inactivo
Universidad del Valle *	Activo
Universidad El Bosque	Activo
Universidad Nacional de Colombia	Activo
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia	Inactivo

Universidad Popular del César	Activo
Universidad Simón Bolívar	Inactivo
Universidad Sur-Colombiana	Inactivo

Fuente: SNIES, mayo de 2015

Tabla 2
Programas de Especialidad en Medicina Familiar en Colombia

IES	Estado
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud	Activo
Fundación Universitaria Juan N. Corpas	Activo
Pontificia Universidad Javeriana	Activo
Universidad de la Sabana	Activo
Universidad del Cauca	Activo
Universidad del Norte - Barranquilla	Inactivo
Universidad del Valle	Activo
Universidad el Bosque	Activo
Universidad Libre – Barranquilla	Inactivo

Fuente: SNIES, mayo de 2015

El Ministerio de Salud y Protección Social consultó en diciembre de 2014 a las siete IES que han tenido programas de la especialidad en Medicina Familiar sobre el número de especialistas en medicina familiar graduados en Colombia y el consolidado fue 482 egresados. Adicionalmente, y de acuerdo a la base de datos de médicos graduados en universidades extranjeras, con títulos convalidados por el Ministerio de Educación Nacional (MEN) a título equivalente a especialista en medicina familiar, a corte de 2014, se identificaron 141; para un total de 623 médicos especialistas en medicina familiar en el territorio nacional. Actualmente las seis IES ofrecen cerca de 142 cupos anuales para el ingreso a la especialidad¹.

En cuanto a la especialidad de salud familiar y comunitaria según el Observatorio Laboral del Ministerio de Educación Nacional, en el periodo 2001 – 2012, en Colombia se formaron 367 personas en especializaciones relacionadas con salud familiar y comunitaria; 288 profesionales en instituciones privadas y 79 en IES pública; 267 profesionales en Bogotá, 60 en la región Atlántica y 40 en la región Oriental; 226 personas en la especialización en salud familiar, 125 en la especialización salud familiar y comunitaria y 16 personas en la especialización de salud familiar integral².

Se estima que para garantizar el adecuado desarrollo de las estrategias e iniciativas arriba planteadas en el marco de la Política de Atención Integral en Salud, el país requiere por lo menos

¹ Tomado de: Programa Único Nacional de Especialización en Medicina Familiar

² Tomado de: Programa Único Nacional de Especialización en Salud Familiar y Comunitaria

5000 médicos familiares y otro tanto igual o mayor de profesionales especialistas en salud en salud familiar y comunitaria; meta que se desea alcanzar en 10 años.

RUTA PARA EL FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DEL TALENTO HUMANO REQUERIDO PARA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD A NIVEL TERRITORIAL

En esta sección se ilustran las acciones indispensables a realizar de manera intersectorial para el fortalecimiento de las competencias del talento humano en salud –THS- en el marco del modelo de atención Integral en salud –MIAS- y los procesos de planeación integral en salud (Resolución 1536 de 2015), que definen competencias específicas de las Direcciones Territoriales de Salud, EPS y demás Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), IPS y otros actores del sector.

Momentos de la ruta:

- Alistamiento
- Dinamización de procesos de la red socio – sanitaria territorial con los procesos de las instituciones de educación superior
- Evaluación y seguimiento de los procesos de formación y desempeño del profesional de medicina especialista en medicina familiar y los profesionales especializados en salud familiar y comunitaria.

I. Alistamiento

Este proceso implica el trabajo conjunto de las IES presentes en el territorio con la Dirección Territorial en Salud, EPS/EAPB e IPS para desarrollar el componente de desarrollo de talento humano en salud de cada uno de los planes territoriales de salud. Este proceso incluye:

1. **Instalación de mesa intersectorial para la definición de estrategias para la formación, gestión y desempeño del THS que requiere el Plan Territorial de Salud, así como los modelos y redes de salud**, de acuerdo a los pilares de la Política de Atención Integral en Salud y el Plan Decenal de Salud Pública.
 - Convocar a responsables del aseguramiento y prestación en salud
 - Convocar a instituciones formadoras de recurso humano
 - Convocar a Gobernadores, Alcaldes, Secretarios de Salud y responsables de otros sectores con impacto en los determinantes sociales
 - Convocar a asociaciones de pacientes y usuarios del sistema de salud.

- Convocar a Ministerios de Educación, Salud y Trabajo y Planeación Nacional en los casos que sean necesarios

2. Caracterización del Talento Humano en Salud disponible en el territorio para la implementación del Plan Territorial de Salud y la operación de los modelos y redes de salud. Este proceso se debe realizar en el marco de las metodologías y procesos definidos por este Ministerio para el desarrollo de la planeación integral en salud y los demás lineamientos, considerando:

- Análisis de la situación de salud -ASIS- y la caracterización poblacional de las EPS y demás EAPB.
- Análisis del aseguramiento en salud (cobertura, régimen contributivo, especial y subsidiado, población sin afiliación activa, EAPB presentes en el territorio), redes de prestación de servicios.
- Identificación y caracterización de procesos y organizaciones con acciones de intervención sobre los determinantes sociales. Esto incluye a las acciones del sector salud relacionadas, al sector educativo, trabajo, vivienda, promoción social, cultura recreación y deporte, organizaciones religiosas, organizaciones no gubernamentales, gobierno territorial (gobernación, alcaldías, corregidurías, entre otros).
- Procesos de formación de pregrado y posgrado de ciencias de la salud y afines, confirme los perfiles y competencias que requiere el Plan Territorial de Salud a nivel especializado, profesional, tecnológico, técnico, operario, agentes comunitarios, a nivel del cuidado y la gestión de la salud.
- Análisis en el desarrollo de la especialidad de medicina familiar y la especialización de salud familiar y comunitaria (convenios docencia-servicio, docente, recursos tecnológicos, acciones de proyección social, entre otros).

3. Estimación de necesidades de THS que requiere el Plan Territorial de Salud y la operación de los modelos y redes de salud:

- Estimación de necesidades a nivel profesional y técnico (agentes comunitarios, auxilios, tecnólogos, profesionales de ciencias sociales, profesionales de ciencias de la salud y profesionales especialistas y especializados requeridos para la implementación del MIAS)
- Estimación de necesidades de perfiles especializados en salud, medicina familiar y comunitaria
- Convenios docencia – servicio, acuerdos con escenarios comunitarios e instituciones que no son IPS

4. Identificación de fuentes de financiamiento para los procesos de formación y gestión del THS que requiere el Plan Territorial de Salud y la operación de los modelos y redes de salud:

- Fuentes gubernamentales a nivel nacional, regional y/o local
- Recursos provenientes de las Instituciones de Prestación de Servicios
- Recursos provenientes de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio
- Convenios con organizaciones internacionales (por ejemplo: UNICEF)
- Donaciones, empresas privadas
- Fortalecer la investigación y la gestión del conocimiento como estrategias para inyectar recursos a los procesos de desarrollo del THS y cuidado de la salud
- Enfocar recursos en promoción de la salud y prevención de la enfermedad
- Estrategias para optimización en el manejo de recursos

II. Dinamización de procesos de la red socio – sanitaria territorial con los procesos de las Instituciones de Educación Superior (IES).

5. Diseño e implementación de estrategias que permitan disponer de la estructura necesaria para el desempeño del THS en el marco del Plan Territorial de Salud y la operación de los modelos y redes de salud, con los pilares del MIAS:

- Definición de la red integral de servicios de salud (prestadores primarios y complementarios), como resultado de la coordinación de las Direcciones Territoriales de Salud, con las IES, IPS, EPS y las otras EAPB
- Definición de mecanismos de intersectorialidad
- Definición de mecanismos de participación social
- Definición de mecanismos para la identificación y caracterización de familias
- Conformación de equipos multidisciplinarios de salud
- Establecimiento de estrategia para la adscripción familiar
- Diseño e implementación de herramientas de salud familiar y comunitaria
- Definición, implementación y evaluación del Plan Integral de Cuidado Primario individual, familiar y comunitario
- Implementación de las rutas de atención integral y guías de práctica clínica
- Definición, implementación y evaluación de procesos de atención diferencial

1. Implementación de las modalidades de formación del Talento Humano en Salud para el fortalecimiento de sus competencias

- Pregrado y posgrado: Revisión y ajustes de procesos curriculares, para incorporar competencias en APS, Salud Familiar y Comunitaria, Gestión Integral del Riesgo y Enfoque Poblacional y Diferencial.
- Posgrados específicos en Medicina Familiar y en Salud Familiar y Comunitaria

- Formación Continua: (convenios) y definir. i) THS a formar, ii) organización al interior de los servicios que favorezca este tipo de formación. iii) Corresponsabilidad, iv) mecanismos de financiación, v) Plan de formación continua
- Formación de agentes comunitarios

Se sugiere fortalecer la formación en servicio: Realizar alianzas estratégicas (convenios) y definir. i) THS a formar, ii) Criterios de selección, iii) organización al interior de los servicios que favorezca la adquisición de competencias necesarias, iv) mecanismos de financiación, y v) Corresponsabilidad.

III. Evaluación y seguimiento de los procesos de formación y desempeño

1. Elaboración de los estándares que permitan medir el desempeño de los profesionales y técnicos involucrados en el marco del modelo de salud territorial y de acuerdo a las competencias definidas.
 - Definición de indicadores de seguimiento para cada perfil
2. Desarrollo de plan de mejoramiento continuo de las condiciones laborales de los profesionales de los EMS, incorporando la concertación de proyectos de desarrollo profesional, formación continua, entre otros.
 - Definición de indicadores de seguimiento para cada uno de los integrantes del EMS
3. Establecimiento de las estrategias para la evaluación interna y externa y los escenarios en donde se van a llevar a cabo los programas de formación.
 - Fortalecimiento de procesos de auditoría
4. Verificación del cumplimiento y la diferencia entre lo observado y lo esperado del desempeño del Talento Humano en Salud.
5. Crear planes de mejoramiento de acuerdo a lo encontrado en articulación entre el prestador y la IES.
6. Rendición de cuentas

- Adopción de estándares internacionales para calidad en sistemas de salud

RUTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE POSGRADO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA Y MEDICINA FAMILIAR AL INTERIOR DE LAS INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR

- I. Creación de equipo dinamizador del proceso
- II. Designación de tiempos a los docentes participantes en el proyecto
- III. Adopción de los programas únicos, definición del 30% diferencial con base en el enfoque población y diferencial y elección de la modalidad de formación.
- IV. Construcción de documento maestro. Para lo cual se siguen las reglamentaciones dadas por los siguientes decretos:
 - Decreto 1295 de 2010 Ministerio de Educación Nacional que ordena los parámetros sobre los cuales debe construirse dicho documento:
 - a. Denominación
 - b. Justificación
 - c. Contenidos Curriculares
 - d. Organización de las actividades académicas
 - e. Investigación
 - f. Relación con el sector externo
 - g. Personal docente
 - h. Medios educativos
 - i. Infraestructura Física
 - Decreto 2376 de 2010 Ministerio de Salud y Protección Social. Por el cual se regula la relación docencia servicio para los programas de formación de talento humano en el área de salud.
 - Ley 1164 de 2007. Ley de Talento Humano en Salud
- V. Construcción de los convenios Docencia – Servicio, para lo cual deben seguirse las reglamentaciones dadas por el Decreto 2376 de 2010 MSPS.
 Establecimiento de acuerdos con las Entidades Territoriales, las EAPB y prestadores primarios y complementarios para el desarrollo de los programas (convenios docencia - servicio y estrategias de corresponsabilidad en casos de formación en servicio).
- VI. Elaboración de Anexos – Técnicos.
 El paso V y VI pueden darse con acompañamiento del MSPS si la IES lo desea.
- VII. Presentación y aprobación ante Consejo de Facultad o a quien corresponda
- VIII. Presentación y aprobación ante el Consejo Superior Universitario o a quien corresponda.
- IX. Trámite para obtención del registro calificado ante en MEN:
 - Solicitud
 - Designación de pares académicos
 - Conflictos de interés, impedimentos y recusaciones

- Visita de verificación
- Concepto (incluye concepto de pertinencia dado por MSPS)
- Decisión
- Término de la actuación administrativa
- Confidencialidad

RUTA ESPECÍFICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

Como parte de los acuerdos realizados dentro del proceso de construcción del Programa Único Nacional de Medicina Familiar se decidió el adoptar una estrategia de mejoramiento continuo y garantía de la calidad para lo que se requiere el desarrollo de tres procesos:

1. La creación del Comité Académico Institucional
2. La implementación de la evaluación única de egreso
3. La implementación de la evaluación única de ingreso

Comité Académico Interinstitucional

Se propone como un organismo académico asesor de alto nivel, cuya función principal será la de garantizar el adecuado funcionamiento de la especialidad en sus tres modalidades en todo el territorio nacional. El Comité estará conformado por académicos representantes de las IES, de la Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Educación Nacional (MEN), la Sala de Salud de CONACES, ICFES y de la Sociedad Colombiana de Medicina Familiar.

Los representantes de las universidades al Comité Académico Interinstitucional serán especialistas en medicina familiar que vinculados a las universidades y que realicen actividades tanto docente como asistenciales. Su representación en el Comité tendrá una duración de dos años, con posibilidades de ser reelegido por un segundo periodo. Se considera un titular y un suplente por cada IES reconocida. El Comité contará con integrantes permanentes que serán, entre otros: representantes de la Dirección de Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, representantes Ministerio de Educación Nacional y un representante de la Sociedad Colombiana de Medicina Familiar.

Las funciones a desempeñar serán:

- Actualización del Currículo Único de la especialización en Medicina Familiar cada cinco (5) años.
- Elaboración conceptos que apoyen el funcionamiento de: la Sala de Salud de CONACES, y los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, para la evaluación de las condiciones de funcionamiento de los programas de formación de médicos familiares
- Elaboración de la Evaluación Única de Egreso con la participación de cada una de las universidades con programas de Medicina Familiar. La evaluación se hará por competencias a todos los egresados de forma simultánea, con el objetivo de medir el mismo estándar como especialistas, independientemente de la modalidad de formación, institución formadora o área geográfica de procedencia. Lo anterior permite al Comité Académico Interinstitucional monitorear y retroalimentar a cada una de las IES formadoras en sus fortalezas y áreas de oportunidad para mejorar falencias encontradas.
- Proporcionar certidumbre acerca de los diferentes programas de formación de especialistas en Medicina Familiar.

Procesos de evaluación al ingreso y egreso

Para garantizar la mayor calidad en la formación del Talento Humano en Medicina Familiar, será indispensable fortalecer los filtros de ingreso y egreso en las Instituciones de Educación Superior. La intención de contar con un Examen Único Ingreso y una Evaluación Única de Egreso, pretende estandarizar los criterios a nivel nacional para estos dos momentos cruciales e incrementar la capacidad científico - técnica de los egresados de la especialización.

En el primero, se busca generar mayor competitividad y preparación entre los aspirantes a ingresar a la especialización, quedando seleccionados los mejor preparados. En el segundo, y quizás el más importante, busca evidenciar que los alumnos cuentan con las competencias profesionales que los validan como especialistas en Medicina Familiar ante todas las instituciones del sistema de salud y educación, por lo que resulta indispensable verificar que en cualquiera de las tres modalidades de especialización las IES forman especialistas competentes y equivalentes en todo el territorio nacional.

Dicho proceso pretende sumar las experiencias y fortalezas de todas las IES sin perjuicio de la autonomía de cada universidad, ya que al ser todas las instituciones formadoras corresponsables junto con Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior – ICFES, de la elaboración del Examen Único de Ingreso (en la que cabría la posibilidad de utilizar el Examen Saber Pro) todas respaldan y autorizan la ejecución legítima del proceso de evaluación inicial del médico que ingresa a la residencia en Medicina Familiar. Por otro lado, al haber construido las propias universidades en su conjunto el Currículo Único de la especialización, todas serán

responsables de su adecuado desarrollo y seguimiento a través del Comité Académico Interinstitucional.

Por otra parte, a través de este proceso de evaluación inicial y final de la especialización, tanto el Ministerio de Educación Nacional MEN- Sala de Salud de CONACES (Consejo Nacional para el Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior), como el Ministerio de Salud y Protección Social, fortalecen sus vínculos y estrategias de garantía de calidad al respecto de este programa en el nivel nacional. Así mismo, las organizaciones de egresados de medicina familiar, incluyendo la Sociedad Colombiana de Medicina Familiar pueden también constituirse como actores activos en este proceso de planeación, organización, control, análisis y evaluación de todos los procesos inmersos en la formación de especialistas a través del Comité Académico Interinstitucional.

Examen Nacional Único de Ingreso a la residencia

Se propone realizar un Examen Nacional de Ingreso, o algún mecanismo de Selección Nacional que permita identificar a los egresados de la carrera de medicina más competentes de todas las IES de Colombia. Este examen medirá los mismos estándares en todos los aspirantes y proporcionará información acerca del lugar obtenido en relación al número total de evaluados de todo el país (ejemplo: lugar 85 de 740). El instrumento de evaluación será elaborado y aplicado por el Ministerio de Educación Nacional y el ICFES y constituirá un instrumento valioso para la asignación de los cupos para esta especialidad (además de las entrevistas, exámenes psicométricos o psicotécnicos u otros que defina cada una de las IES). El examen también permite contar con un diagnóstico situacional del nivel académico al ingreso de los alumnos.

Evaluación Única de Egreso

Ventajas:

- Contar con un estándar nacional uniforme de egresados, medible y comparable.
- Generar certidumbre en la formación de especialistas en Medicina Familiar, independientemente del programa de formación, de la institución educativa o entidad territorial.
- Garantizar la implementación del Currículo Nuclear, ya que la Evaluación Final se realizaría en función de las competencias esperadas.
- Establecer un sistema de monitoreo y ranking entre las propias IES con el fin de incrementar la calidad y los niveles de intercambio y apoyo docente evidenciados a través de las visitas de seguimiento y evaluación que se coordinan desde la sala de salud de CONACES, MEN, Ministerio de Salud y Protección Social y el Comité Académico Interinstitucional, propiciando un círculo virtuoso a través de la retroalimentación y asesoría.
- Generar un banco nacional de preguntas, cuestionarios, casos, etc., para esta especialidad, con la participación de todas las IES y la propia Sociedad Colombiana de

Medicina Familiar, que permita la elaboración de la Evaluación Única de Egreso por competencias.

Proceso de elaboración de la Evaluación Única de Egreso:

- Al interior de la Comisión Intersectorial de Talento Humano en Salud, en coordinación con el ICFES, se nombrará un equipo responsable para el diseño de cada Evaluación Final que deberá ir cambiando cada año, estará conformada por un coordinador y cinco vocales, integrantes del Comité Académico Interinstitucional, representantes de las IES formadoras de especialistas.
- Dicha Comisión solicitará a cada una de las IES propuestas de preguntas, cuestionarios, casos estandarizados o cualquier otra prueba para medir las competencias de los egresados de acuerdo al Currículo Nuclear.
- Cada una de las pruebas aportadas deberán estar probadas y validadas por cada IES, lo que permitirá que los vocales en cuestión codifiquen y diseñen un banco de preguntas, cuestionarios, pruebas y casos confiables; clasificados por grados de dificultad y esquemas de evaluación, que permitan seleccionar la evaluación más apropiada para cada ciclo de egreso.
- La Comisión integrará la Evaluación Única de Egreso que será utilizada sólo UNA VEZ, sin posibilidad de volverse a repetir en otra evaluación final.
- El coordinador del equipo será el responsable de la custodia de las pruebas.
- Cada examen se deberá construir tomando en cuenta el 70% del Currículo Nuclear acordado por las IES.
- Para la aplicación de la Evaluación Única de Egreso se nombrarán docentes evaluadores para cada sede, universidad o entidad territorial, según se requiera, los cuales serán designados por cada IES en su área de competencia. El docente responsable será encargado de custodiar la seguridad en la aplicación de la evaluación.
- La Evaluación Única de Egreso será realizada el mismo día y a la misma hora en todo el territorio nacional, para garantizar la credibilidad de los resultados.
- Una vez obtenidos los resultados de la Evaluación, se analizará el grado de dificultad alcanzado, la validez de cada uno de los cuestionarios, pruebas, etc., y se procederá a emitir una calificación cualitativa a los egresados que evite proporcionar valores numéricos. Es recomendable que a cada sustentante se le proporcione la retroalimentación de su rendimiento por áreas evaluadas.
- La Comisión del Comité Académico Interinstitucional encargada de elaborar la Evaluación Única de Egreso, también deberá proporcionar a los responsables del programa de cada universidad participante, los resultados numéricos por áreas evaluadas, con el objeto de retroalimentar a los profesores e institución en sus fortalezas y áreas de oportunidad.
- También será función de la Comisión informar a las Instituciones de Educación Superior, Ministerio de Educación Nacional (ICFES, Sala de Salud de CONACES), Ministerio de Salud

(DTHS) y Sociedad Colombiana de Medicina Familiar, sobre los resultados de la evaluación nacional de sus egresados, con el objeto de estimular los mecanismos de competencia y superación que cada institución educativa pueda desarrollar, así como las de apoyo que las instituciones de gobierno puedan implementar. Finalmente, con base a los resultados obtenidos, las organizaciones gremiales como la Sociedad Colombiana de Medicina Familiar también puede fortalecer la capacidad científico-técnica del gremio a través de sus congresos, jornadas y actividades complementarias de educación continua en cada una de las regiones del país.