

**PAPELES EN SALUD**

**Edición No. 13**

Junio de 2017

Bogotá D.C.



**Construcción participativa de orientaciones para la formación del talento humano: un aporte a la consolidación del enfoque en salud familiar y comunitaria del Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS**



**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**  
**Ministro de Salud y Protección Social**

**LUIS FERNANDO CORREA SERNA**  
**Viceministro (E) de Salud Pública y**  
**Prestación de Servicios**

**CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO**  
**Viceministra de Protección Social**

**GERARDO BURGOS BERNAL**  
**Secretario General**

**MARIO FERNANDO CRUZ VARGAS**  
**Jefe Oficina Asesora de Planeación y**  
**Estudios Sectoriales**

Construcción participativa de orientaciones para la formación del talento humano: un aporte a la consolidación del enfoque en salud familiar y comunitaria del modelo integral de atención en salud - MIAS

© Ministerio de Salud y Protección Social

**Documento elaborado por**

**CATALINA ASCANIO NOREÑA**

Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud

**YENNY BARAJAS ORTIZ**

Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud

**JOHN FRANCISCO ARIZA MONTOYA**

Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud

**LUIS CARLOS ORTIZ MONSALVE**

Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud

**OFICINA ASESORA DE PLANEACION Y ESTUDIOS SECTORIALES  
GRUPO DE ESTUDIOS SECTORIALES Y EVALUACIÓN DE POLÍTICA  
PÚBLICA  
GRUPO DE COMUNICACIONES**

La serie PAPELES EN SALUD es un medio de divulgación y discusión del Ministerio de Salud y Protección Social. Los artículos no han sido evaluados por pares ni sujetos a ningún tipo de evaluación formal por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. Estos documentos son de carácter provisional, de responsabilidad exclusiva de sus autores y sus contenidos no comprometen a la institución.

ISSN: 2500-8366 (En línea)  
Documento de trabajo No: 13

# Contenido

<b>Abreviaturas</b> .....	<b>5</b>
<b>Resumen</b> .....	<b>6</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>8</b>
<b>Antecedentes</b> .....	<b>10</b>
<b>Experiencias participativas</b> .....	<b>17</b>
Programa Único Nacional de la Especialización en Medicina Familiar .....	19
Programa Único Nacional de la Especialización en .....	28
Salud Familiar y Comunitaria (SFC).....	28
Programa de formación complementaria "Salud familiar y comunitaria para gestores comunitarios en salud" .....	36
Programa de formación continua en SFC.....	40
<b>Aprendizajes</b> .....	<b>43</b>
<b>Retos</b> .....	<b>45</b>
<b>Conclusiones</b> .....	<b>47</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>48</b>

## Abreviaturas

**ACEMI:** Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral  
**ANDI:** Asociación Nacional de Industriales  
**APS:** Atención Primaria en Salud  
**CITHS:** Comisión Intersectorial de Talento Humano en Salud  
**CNTHS:** Comité de Apoyo al Consejo Nacional de Talento Humano  
**CONACES:** Comisión Nacional de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior  
**DDTHS:** Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud  
**EAPB:** Empresa Administradora de Planes de Beneficio  
**EMS:** Equipos Multidisciplinarios en Salud  
**FC:** Formación Continua  
**GIR:** Gestión Integral del Riesgo  
**IES:** Instituciones de Educación Superior  
**IPS:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud  
**MEN:** Ministerio de Educación Nacional  
**MF:** Medicina Familiar  
**MIAS:** Modelo Integral de Atención en Salud  
**MSPS:** Ministerio de Salud y Protección Social  
**OMS:** Organización Mundial de la Salud  
**OPS:** Organización Panamericana de la Salud  
**OTHS:** Observatorio de Talento Humano en Salud  
**PAIS:** Política de Atención Integral en Salud  
**PDSP:** Plan Decenal de Salud Pública  
**PND:** Plan Nacional de Desarrollo  
**PUNEMF:** Programa Único Nacional de Especialización en Medicina Familiar  
**RIAS:** Rutas Integrales de Atención en Salud  
**SENA:** Servicio Nacional de Aprendizaje Sena  
**SFC:** Salud Familiar y Comunitaria  
**SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud  
**SNIES:** Sistema Nacional de Información de Educación Superior  
**SOCMEF:** Sociedad Colombiana de Medicina Familiar  
**SSO:** Servicio Social Obligatorio  
**THS:** Talento Humano en Salud

## Resumen

La Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud (DDTHS) del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) presenta la sistematización de cuatro (4) experiencias de construcción participativa en torno al diseño de orientaciones para fortalecer la formación en Salud Familiar y Comunitaria (SFC) como aporte a la consolidación e implementación de este enfoque en el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

Dicho fortalecimiento incluyó la construcción colectiva de los programas de formación: i) especializada en medicina familiar, ii) especializada en salud familiar y comunitaria, iii) complementaria de salud familiar y comunitaria dirigida a gestores comunitarios en salud y iv) formación continua en salud familiar y comunitaria.

El documento contiene la introducción y los antecedentes generales, desarrolla los principales elementos de los cuatro (4) procesos arriba señalados, recoge sus retos y aprendizajes, y finalmente presenta las principales conclusiones.

Se concluye que los procesos participativos e intersectoriales fortalecen el desarrollo de proyectos de país, puesto que permiten recoger iniciativas, intereses e inquietudes de diferentes actores y encaminarlas hacia objetivos en común relacionados con la garantía de los derechos fundamentales a la salud y la educación.

El dialogo de saberes que acompañó la construcción de los procesos documentados, le da legitimidad a la formulación de orientaciones educativas que pretenden apoyar la transformación cultural que requiere el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), al adoptar el paradigma del cuidado integral de la salud a través de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS).

**Palabras clave:** formación, construcción participativa, talento humano en salud, salud familiar y comunitaria y medicina familiar.

**Códigos JEL:** I280, I250, I230, I290.

**Abstract:** The Ministry of Health and Social Protection (MSHD) and its Human Development in Human Health Development Department (DDTHS) presents the systematization of four (4) participatory construction experiences around the design of guidelines aimed to strengthen training in Family and Community Health (SFC) and the consolidation and implementation of this approach in the Comprehensive Model of Health Care (MIAS) as defined in Resolution 429 of 2016 of this Ministry.

Such strengthening included the collective construction of training programs: (i) specialized in family medicine; (ii) specialized in family and community health; (iii) complementary family and community health directed at community health managers; Iv) continuous training in family and community health.

The document contains the introduction and general background, develops the main elements of the four (4) processes outlined above, collects its challenges and learns, and finally presents the main conclusions.

It is concluded that participatory and cross-sectorial processes strengthen the development of country projects, which allows the collection of initiatives, the interests and the concerns of different actors, and towards common objectives related to the guarantee of the fundamental rights to health and education.

The dialogue of knowledge that accompanied the construction of the processes documented, the legitimacy of the formulation of educational guidelines that seek to support the cultural transformation required by the General System of Social Security in Health - SGSSS, adopts the paradigm of comprehensive health care a Through the Comprehensive Health Care Policy - PAIS.

**Keywords:** Training, participatory construction, human talent in health, family and community health and family medicine.

**JEL codes:** I280, I250, I230, I290

## Introducción

En Colombia, a partir de la Ley 100 de 1993, el sistema de salud avanzó en la cobertura del aseguramiento y la protección financiera, el aumento en acceso y disponibilidad de servicios de salud, sobre todo de alta complejidad, la disminución del gasto del bolsillo en salud y el incremento en la disponibilidad de talento humano, entre otros aspectos. Sin embargo, persisten dificultades como, la baja integralidad, resolutivez y continuidad de los servicios de salud, principalmente los de baja complejidad, las barreras administrativas, culturales y geográficas para acceder a la atención, las inequidades en salud y el énfasis en la atención a la enfermedad (MSPS, 2016).

Igualmente, se considera que la formación del Talento Humano en Salud (THS) ha tenido una visión centrada en los hospitales de mediana y alta complejidad, que en ocasiones desconoce o fragmenta a la persona por patologías o áreas de especialidad, descuida la educación y la promoción de la salud, y desconoce la visión integral de la persona como un ser biopsicosocial que tiene una dinámica personal y familiar particular, y que hace parte de una comunidad en un territorio específico.

En este marco, y con el objetivo de avanzar en el acceso a la atención y goce efectivo del derecho a la salud para la población colombiana, el sistema sanitario colombiano adoptó la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) a través de la Ley 1438 de 2011, el PDSP 2012-2021, la Ley Estatutaria en Salud (Ley 1751 de 2015) y la Política de Atención Integral en Salud - PAIS (Artículo 65 - Ley 1753 de 2015 - PND y la Resolución 429 de 2016 del MSPS).

La PAIS definió cuatro estrategias para orientar su desarrollo: i) la atención primaria en salud con enfoque en salud familiar y comunitaria, ii) el cuidado, iii) la gestión integral del riesgo en salud y iv) el enfoque diferencial de territorios y poblaciones; y un Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) con 10 componentes a través de los cuales se opera la Política.

Uno de estos componentes es el fortalecimiento del THS, el cual incluye: i) la armonización con el esquema de cuidado de la salud, basándose en la organización y gestión de Equipos Multidisciplinarios de Salud (EMS) integrados por profesionales,

especialistas, auxiliares y gestores comunitarios; ii) el fortalecimiento para la planeación y gestión territorial en salud; iii) la gestión, planificación y condiciones laborales y iv) la formación.

Este último elemento, incluye la formación de especialistas en medicina familiar y en SFC, el desarrollo de formación continua que contribuya a mejorar la capacidad resolutive del THS, la formación de gestores comunitarios, actualización de las normas de competencia de los programas de formación para el trabajo y el desarrollo humano en salud (auxiliares en salud) y la definición de competencias y lineamientos para la formación de profesionales y especialistas que aportan al cuidado de la salud de la población colombiana.

En este documento el MSPS presenta la sistematización de cuatro (4) experiencias de construcción participativa que se encuentran enmarcadas en las transformaciones del SGSSS y la implementación de la APS, a saber: i) Programa Único Nacional de la Especialización en Medicina Familiar, ii) Programa Único Nacional de la Especialización en Salud Familiar y Comunitaria, iii) Programa de Formación Complementaria Salud Familiar y Comunitaria dirigido a Gestores Comunitarios en Salud y iv) Programa de Formación Continua en Salud Familiar y Comunitaria.

Para lo anterior, se usaron diversas fuentes secundarias, obtenidas a través de la recopilación, organización y análisis, de los archivos físicos y digitales producidos durante la construcción: actas, ayudas de memorias, listados de asistencia, versiones de documentos preliminares y documentos finales publicados o sin publicar. Los soportes, en su mayoría del archivo de la DDTHS del MSPS, fueron la fuente principal que permitió identificar la interacción de los elementos claves de cada experiencia.

## Antecedentes

Como resultado de los más recientes procesos de ajuste al SGSSS que se implementaron a partir la Ley 1438 de 2011, el país adoptó la estrategia de APS, definida como

*“la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del SGSSS”. APS incluye tres componentes integrados e interdependientes: a) los servicios de salud b) la acción intersectorial y transectorial por la salud y c) la participación social, comunitaria y ciudadana”(Congreso de la República, 2011).*

La implementación de la Ley 1438 de 2011 y del PDSP 2012 - 2021 promovieron ajustes en el sistema de salud y motivaron al MSPS para la presentación ante el Congreso de la República una propuesta de reforma al SGSSS (Proyecto 210/2013).

La gestión y el trámite de esta reforma, así como el balance del sistema de salud apoyaron la disposición política liderada desde el MSPS, de fortalecer la gestión y articulación intersectorial para viabilizar el desarrollo de dos estrategias centrales, la APS y la Gestión Integral del Riesgo (GIR). Esto, a través de aspectos innovadores para el contexto colombiano, como la medición y pago por resultados en salud, la conformación de redes integrales y equipos de salud, la integración efectiva entre las acciones de promoción de la salud, atención y prevención de la enfermedad, el desarrollo de la acción transectorial y la participación comunitaria (DDTHS, 2013b, 2013e).

Con este panorama de cambio y basándose en la literatura disponible, el MSPS identificó dentro de los dispositivos claves para el desarrollo de la APS:

- La organización de la atención en salud para que los actores del sistema (Entidad Territorial, Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)) asumieran de la mejor manera posible los procesos de atención, GIR y afectación positiva de determinantes sociales.
- El ajuste de las atenciones para incrementar el impacto en los resultados en salud, la resolutivez y los mecanismos de puerta de entrada a la atención.
- Aumento de la capacidad resolutivez de los niveles primarios de atención.
- La gestión de la formación del talento humano necesario, organizado en EMS, motivado, suficiente y cualificado.

Identificar al talento humano como un actor principal en el sistema, implicaba reconocer que se requería de un proceso sistemático de formación y cualificación para apropiar e implementar tanto la estrategia de APS como la de GIR, así como mejorar la capacidad resolutivez, para que asumiera su rol como eje articulador de las acciones del sistema.

Adicionalmente y considerando la evidencia disponible, se identifica que el desarrollo de competencias en salud familiar y comunitaria para el THS en general, y de manera específica la formación especializada en salud y medicina familiar y comunitaria para los profesionales de la salud, promueve el desarrollo de capacidades administrativas, competencias en gestión clínica asistencial y análisis de riesgos y gestión del servicio, necesarias para mejorar su capacidad resolutivez y para el logro de los resultados en salud esperados (DDTHS, 2013e).

En ese momento, año 2013, el análisis del Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios frente al THS del país identificó la poca formación especializada en medicina familiar y salud familiar y comunitaria <sup>1</sup> (DDTHS, 2013e), así como el poco reconocimiento y la

---

<sup>1</sup> En el año 2013, al consultar el SNIES del MEN, entre el año 2000 y 2012 se habían graduado en Colombia 197 especialistas en medicina familiar. Y de la especialización en salud familiar y comunitaria, en la que para ese momento

disminución progresiva de la capacidad resolutive de las profesiones básicas dentro del sistema de salud (DDTHS, 2013d).

Para realizar los procesos dirigidos al fortalecimiento del THS, el viceministerio planteó tres líneas de trabajo (DDTHS, 2013d):

- a. El aumento en la disponibilidad de especialistas en medicina familiar, en contexto del trabajo en equipos de salud.
- b. El mejoramiento de la capacidad resolutive de los profesionales de salud, con énfasis en el fortalecimiento del rol de la enfermería.
- c. El mejoramiento de la calidad y pertinencia de la educación médica del país, a nivel de pregrado y posgrado.

En ese año, y para iniciar las acciones, este Ministerio invitó a las Instituciones de Educación Superior (IES) con programas activos del pregrado de medicina y de especialización en medicina familiar a vincularse a la construcción tanto del programa único nacional de especialización en medicina familiar como del nuevo modelo de salud, planteado en el proyecto de Ley 210 de 2013.

De esa manera empezó el trabajo articulado entre el MSPS y las IES, en el denominado "*Proyecto de formación de médicos familiares*", donde además de fortalecer la formación de especialistas en el área, se buscaba la armonización de la medicina familiar (MF) con el SGSSS. La iniciativa de este Ministerio, en la que participaron varias Dependencias, se fortaleció con la participación del sector educativo, a través de las IES y el Ministerio de Educación Nacional (MEN), en el diseño de las orientaciones para esta formación especializada y los convenios docencia – servicio con las IPS (DDTHS, 2013f, 2013g).

En el trascurso del 2013, y producto de las reflexiones de las primeras reuniones de diferentes dependencias del MSPS y las IES, se concluyó que la formación e inclusión de médicos especialistas en MF en el SGSSS, debía estar enmarcada en el enfoque amplio e interprofesional de la salud familiar, creándose el "*Programa Nacional de Salud y Medicina Familiar*", con el objetivo de "*Desarrollar la salud y la medicina familiar en el sistema de salud, y gestionar la formación de*

---

participaban profesionales de la medicina, se contaba con 478 especialistas en el país.

*médicos especialistas en medicina familiar, como uno de los mecanismos para aportar al mejoramiento de la calidad y humanización de los servicios (...)"(DDTHS, 2013f).*

Posteriormente, y de acuerdo con los avances dados en los diferentes espacios de trabajo sobre el enfoque en salud familiar y comunitaria, en febrero de 2014 se ajusta el objetivo del programa de la siguiente manera:

*"Aportar al mejoramiento de la calidad, integralidad y humanización de los servicios, así como a la resolutivez en la atención en salud y la articulación de las acciones individuales y colectivas de salud, sectoriales, intersectoriales y comunitarias en el sistema de salud, en el marco de la APS y la gestión del riesgo" (MSPS, 2014d).*

Incluyó la formación de especialistas en medicina familiar y de profesionales no médicos en salud familiar y comunitaria, la promoción del enfoque en SFC en la formación continua, de pregrado y de las ocupaciones del área de salud, la formación de gestores en SFC y la transformación del modelo de gestión, prestación y atención en salud, en el marco de la APS, con enfoque en SFC (DDTHS, 2013g; MSPS, 2014c). Inició en ese momento la construcción de "Programa Único Nacional de la Especialización en Salud Familiar y Comunitaria".

Durante este ejercicio de construcción participativa y en la búsqueda de mecanismos que dinamizaran y enriquecieran el proyecto, durante el año 2014 el grupo de trabajo, con participación del MSPS, algunos gremios, IES, algunas IPS y Entidades Territoriales, decide realizar el re-lanzamiento de la sala temática de salud y medicina familiar del Observatorio de Talento Humano<sup>2</sup> (DDTHS, 2013g).

---

<sup>2</sup> El Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS) es una red de instituciones públicas y privadas, investigadores, expertos y profesionales, dedicada a la producción, análisis, construcción y difusión de información y conocimiento sobre el Talento Humano del sector Salud. Fue creado mediante la Ley 1164 de 2007 y su estructura de funcionamiento se definió a través de la Resolución 1536 de 2010.

Las salas temáticas son grupos interdisciplinarios y transdisciplinarios, conformados por profesionales, expertos o investigadores que en representación de una institución, organización o a nombre propio, participan de manera conjunta, metódica y organizada en discusiones y análisis sobre

En junio de 2014 el proyecto de reforma al SGSSS no continuó su curso en el Congreso de la República, pero sí avanzó al interior del MSPS el proceso de construcción del modelo de salud centrado en las personas y orientado a resultados. De esta fase se resalta la concepción y prioridad que se le asigna al componente primario de atención; la integración de las actividades individuales y colectivas, y la necesaria articulación de los actores que se plantea para implementar la gestión integral del riesgo en salud de acuerdo a los principios de la APS. Un reto de grandes proporciones para el contexto colombiano, considerando el complejo resultado del balance del SGSSS, la diversidad social y cultural y la necesidad de liderar un cambio de paradigma.

El modelo de salud en construcción adoptó tempranamente los enfoques de atención primaria en salud, salud familiar y comunitaria, enfoque diferencial y gestión integral del riesgo.

A inicios del 2015 y con la participación de los actores vinculados a la construcción de los programas únicos se crea la “*Red Nacional de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria*”, como un espacio interdisciplinario de apoyo al desarrollo del enfoque en salud familiar y comunitaria en el modelo de atención, pero también como articulación de las estrategias y programas de formación en el área (OTHS, 2015).

En febrero de 2015, con Ley Estatutaria en salud (Ley 1751 de 2015) se alentó el trabajo en torno a las reformas necesarias en el SGSSS para materialización de lo planteado en la Ley.

---

asuntos específicos y generales del THS, que se concretan en documentos orientados a la difusión de información y conocimiento a través del OTHS. Las salas temáticas podrán constituirse como grupos de investigación en el marco de la Ley 1286 de 2009. Sus funciones son: 1) Identificar y proponer los temas para su estudio y discusión, 2) Proponer líneas y proyectos de estudio; 3) Identificar necesidades, fuentes y mecanismos de datos e información requerida para el estudio y discusión de los temas, así como aquellos que considere pertinentes publicar y difundir, 4) Desarrollar sus discusiones y actividades en el marco de los términos, reglas y metodologías acordadas, 5) Presentar los avances y resultados de sus discusiones y actividades a la Sala de Coordinación, conforme a los protocolos definidos para tal fin(MPS, 2010).

A mediados de 2015, a través de la Ley 1753 de 2015 (Plan Nacional de Desarrollo) se otorga al MSPS la tarea de plantear una política en salud que diera cuenta de lo dispuesto en la Ley Estatutaria<sup>3</sup>. En ese momento la transformación liderada desde el MSPS se ajusta hacia el desarrollo de una política con un modelo de salud.

En el segundo semestre de 2015, y una vez validados los programas únicos de las especializaciones en medicina familiar y en salud familiar y comunitaria, el *“Programa nacional de salud y medicina familiar”* tiene una nueva versión y ajusta su objetivo hacia *“Orientar la implementación del enfoque de salud familiar y comunitaria en el desarrollo del THS, la organización de los servicios de salud y la planeación y gestión territorial en salud”* (DDTHS, 2015).

Finalmente, en febrero de 2016 se le presenta al país la Política Integral de Atención en Salud (PAIS) que se hace operativa mediante el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), y en donde continúa identificándose al THS como un actor clave en la transformación del SGSSS. Las líneas de acción para la formación son ajustadas de la siguiente manera (MSPS, 2016):

- a. Resultados a corto plazo: Se incluyen acciones de formación continua armonizadas en un programa nacional de fortalecimiento del talento humano en salud para apoyar el

---

<sup>3</sup> Ley 1753 de 2015. Artículo 65°. Política de atención integral en salud. El MSPS dentro del marco de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud, así como las 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 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, ii) salud familiar y comunitaria, iii) articulación de las actividades individuales y colectivas 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, en el marco de la Ley 1164 de 2007, articulación de las intervenciones individuales y colectivas, el desarrollo de incentivos en salud y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación (Congreso de la República, 2015b).

desarrollo del MIAS y acciones dirigidas a fortalecer la formación de gestores comunitarios.

- b. Resultados a mediano plazo: Aumento de la disponibilidad de especialistas en medicina familiar y salud familiar y comunitaria, además del ajuste de los programas de formación para el trabajo y el desarrollo humano, con énfasis en la formación de técnicos laborales en auxiliares en salud.
- c. Resultados a largo plazo: En coordinación con el sector educativo, orientar la transformación de los programas de pregrado y posgrado en salud.

## Experiencias participativas

Entre el 2013 y el 2016, el MSPS avanzó en la construcción participativa de orientaciones para la formación del talento humano como aporte a la consolidación del enfoque en SFC del MIAS.

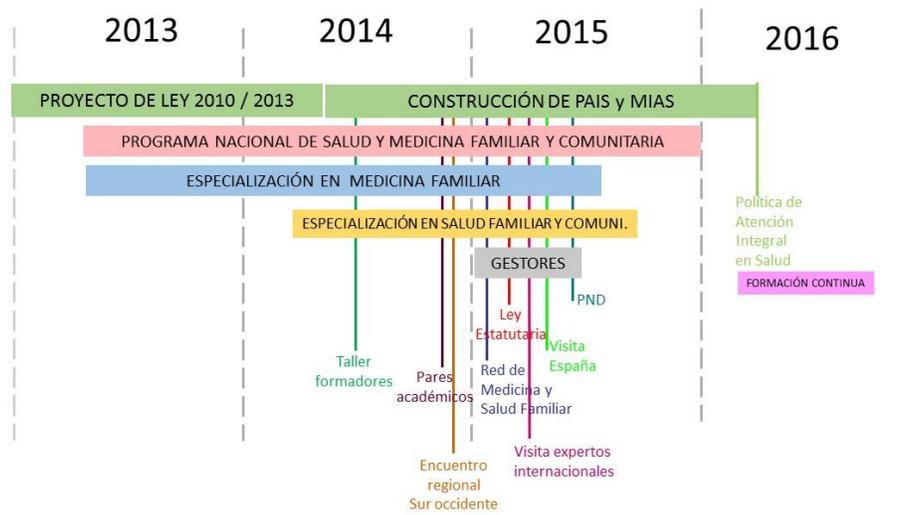
Este proceso inició con el diseño del Programa Único Nacional de la Especialización en Medicina Familiar, como primer proceso participativo para dar respuesta a la necesidad de contar con talento humano con competencias para el desarrollo del enfoque en salud familiar y comunitaria. Progresivamente se fueron dando los procesos de diseño del Programa Único Nacional de la Especialización en Salud Familiar y Comunitaria, del programa complementario de *“Salud Familiar y Comunitaria para Gestores Comunitarios en Salud”*, y del programa de formación continua en Salud Familiar y Comunitaria.

Lo anterior se dio de manera armónica con el desarrollo de otros procesos y eventos que se retroalimentaron entre sí (Ver gráfica 1). Dentro de ellos, y como uno de los principales, se dio la construcción de la PAIS y el MIAS, entre el 2014 y el 2016, fecha en la que se adoptó este marco político y operativo a través de la Resolución 429 de 2016 y su anexo técnico.

En este proceso, la DDTHS en coordinación con otras dependencias del MSPS, actores del territorio nacional que hacen parte del SGSSS, del sector académico y las agremiaciones, y con actores internacionales convocados a través de proyectos de cooperación, desarrolló diferentes eventos y procesos de colaboración e intercambio que apoyaron la construcción participativa de los programas de formación y el diseño de la PAIS y el MIAS.

Así mismo, en ese periodo de tiempo se modificó el marco legal, dentro de ello, la Ley 1751 de 2015 - Ley Estatutaria de Salud “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”, la Ley 1753 del 2015 por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2014 – 2018 “Todos Por Un Nuevo País”, y la Resolución 429 de 2016 “Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud”.

Gráfica 1. Procesos de construcción participativa entre el 2013 y 2016.



Fuente: Elaboración propia, mayo de 2016. Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud, Ministerio de Salud y Protección Social.

El “Programa Nacional de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria”, fue uno de los documentos que se actualizó sistemáticamente, e integró el marco general de las cuatro (4) experiencias de construcción participativa. Inició en el 2013, y tuvo ajustes de acuerdo con los avances en la construcción de la PAIS y el MIAS, los programas de especialización y los aportes de los diferentes actores. La última versión fue en octubre de 2015.

Este proceso se alimentó con eventos que contaron con el apoyo de EUROsociAL II, estos fueron: el “Taller de formación a formadores en medicina familiar”<sup>4</sup> (EUROsociAL, 2014b); el “I Encuentro regional de salud y medicina familiar del Sur Occidente colombiano, Popayán” (EUROsociAL, 2014a), que contó con la participación del MSPS y actores del sistema de salud y educativo (OTHS & DDTHS, 2014); la visita de expertos internacionales en febrero de 2015 “para fortalecimiento de la Sala Temática de Salud y Medicina Familiar y

<sup>4</sup> Esta actividad permitió fortalecer las competencias de un grupo de 30 formadores de diferentes ciudades del país, con la tutoría de expertos de Inglaterra, España y México. Participaron docentes de las IES públicas y privadas de diferentes regiones del país e integrantes del MSPS. Permitted consolidar un grupo de multiplicadores para implementar procesos de formación en medicina familiar en diferentes regiones.

Comunitaria del Observatorio de Talento Humano en Salud”, y para “apoyar el proceso de consolidación e implementación del Programa Único de la Especialización en Medicina Familiar”(MSPS & EUROsociAL, 2015); y la visita de representantes del IES, Secretarías de Salud Departamentales y del MSPS, a Madrid - España “*sobre la formación y gestión en salud y medicina familiar y comunitaria, en una estrategia de Atención Primaria en Salud (APS)*”.

Así mismo los documentos se ajustaron con lo dispuesto en la Ley Estatutaria de Salud que “consagra la salud como un derecho fundamental autónomo, garantiza su prestación, lo regula y establece sus mecanismos de protección” (Congreso de la República, 2015a); y con lo expresado en el PND 2014 – 2018, que otorga al MSPS la tarea de plantear una política en salud que diera cuenta de lo estipulado en la Ley Estatutaria, con lo cual se articulan los avances en la construcción de la PAIS) y el MIAS.

### **Programa Único Nacional de la Especialización en Medicina Familiar**

La construcción del *Programa Único Nacional de Especialización en Medicina Familiar* (PUNEMF) comenzó en marzo de 2013 y terminó en julio de 2015. Se identifican tres etapas en su elaboración: 1) construcción de la propuesta inicial durante el 2013; 2) socialización, retroalimentación y ajuste en el 2014; y 3) una etapa final de validación, adopción y socialización, en el 2015.

El antecedente inmediato de este proceso se ubica en el marco de la transformación del SGSSS liderada por el MSPS, en medio de la cual el Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios del MSPS considera necesario gestionar el incremento en la disponibilidad de especialistas en medicina familiar a través de las siguientes estrategias: a) fortalecimiento y ajuste de los programas activos de especialización en medicina familiar (MF); b) gestión para la apertura de nuevos programas de especialización en MF, con diferentes modalidades que promuevan la participación tanto de médicos internos como de médicos generales; c) ajuste en el esquema de prestación de servicios de salud para incluir al perfil del MF en la organización de equipos de salud, competentes para garantizar un alto nivel de resolutivez en los servicios de salud cercanos a la población

La transformación prevista implica también la implementación de un modelo de atención, con un nivel primario altamente resolutivo y fortalecido en promoción y mantenimiento de la salud, y un nivel complementario que integra la atención especializada de la enfermedad a una red de prestadores de servicios de salud.

Es por eso que previo a la convocatoria al sector educativo, al interior del MSPS con liderazgo de la DDTHS se inició el diseño del “*Proyecto de formación de médicos familiares (DDTHS, 2013h)*”, integrado por dos grandes componentes: la gestión al interior del Ministerio y la gestión con actores externos. Cada uno de estos componentes desarrollaba varias propuestas:

**Tabla 1. Proyecto de formación de médicos familiares. Año 2013**

<b>Gestión al interior del Ministerio de Salud y Protección social</b>	
<b>Componente</b>	<b>Acciones</b>
Elaborar proyecto de formación de médicos familiares (formación básica y continua)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborar propuesta inicial: contexto, justificación, objetivos, plan de trabajo, actores, recursos (becas crédito), estrategia (docentes).</li> <li>- Definición de la estrategia con las universidades y el papel del MSPS</li> <li>- Retroalimentación con las Direcciones del Vice ministerio de Salud</li> <li>- Adopción y socialización</li> </ul>
Armonización del proyecto con el SGSSS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestión y organización de servicios</li> <li>- Ubicación del campo laboral de los especialistas en MF (habilitación de servicios de salud).</li> <li>- Incentivos: condiciones laborales</li> <li>- APS – grupos interdisciplinarios - redes de prestación de servicios.</li> <li>- Articulación con salud pública.</li> <li>- Articulación con los entes territoriales (Servicio Social Obligatorio - escenarios de práctica).</li> </ul>
Implementación, seguimiento y evaluación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definición participativa de indicadores</li> <li>- Seguimiento y evaluación en el marco de procesos de asesoría y asistencia técnica</li> </ul>
<b>Gestión con actores externos</b>	

Articulación con el sistema educativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registro calificado</li> <li>- Convenios docencia servicio</li> </ul>
Diseño curricular – (Perfil – competencias – plan de estudios)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Invitación a las IES para la conformación de un grupo de trabajo. El MSPS con la coordinación general y la moderación.</li> </ul>

Tomado de: (DDTHS, 2013h).

Desde las bases de la planeación previa, el Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios, le presentó al país en general, y al sector académico en específico, la necesidad de disponer gradualmente de 4.000 especialistas en medicina familiar en 10 años (DDTHS, 2013e); cifra que se ajustó posteriormente, quedando la meta de formar de manera progresiva 5.000 especialistas en los siguientes 10 años (DDTHS, 2013f), con el objeto de alcanzar una densidad de 1 especialista en MF por cada 10.000 habitantes. Esto constituyó un enorme reto puesto que la densidad para el 2014 estaba alrededor de 0,131 especialista en MF por 10.000 habitantes, con aproximadamente un total 623 especialistas en el país (MSPS, 2015b, p. 22).

Con este propósito, el MSPS convocó a delegados de las IES con programas de medicina y de especialización en MF para que, mediante un proceso participativo, se construyera el “*Currículo único de especialización en medicina familiar*” para Colombia, con miras a orientar e impulsar la formación especializada en esta disciplina, garantizado la calidad de misma.

La construcción de un currículo único, para cualquier campo de conocimiento y en especial para alguna disciplina de la salud, es un hecho sin antecedente en el país, y ésta iniciativa junto al Programa Único Nacional de Especialización en Salud Familiar y Comunitaria siguen siendo hoy las únicas experiencias al respecto. La propuesta partió con el compromiso de respetar la autonomía universitaria, y de hacerse de una forma participativa, dando claridad al país respecto al desempeño esperado de los especialistas en MF y disminuir la brecha entre la formación y el desempeño. Normativamente estuvo amparada en la Ley 1438 de 2011, donde se dispuso que el MSPS sería el encargado de la definición y actualización de competencias de las profesiones (Congreso de la República, 2011).

La reunión entre el Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios y los delegados de las IES se llevó a cabo el 14 de mayo de 2013, en las instalaciones de la Academia Nacional de Medicina en la ciudad de Bogotá. A la convocatoria asistieron 22 IES<sup>5</sup>. Durante el encuentro, el viceministro de salud presentó las tres líneas de trabajo en cuanto al talento humano en salud en el país (DDTHS, 2013d) y puntalmente, invitó a las IES asistentes a vincularse al diseño del *“currículo único de medicina familiar”*

Para el desarrollo de este proyecto el Ministerio de Salud y Protección Social, se comprometió a (DDTHS, 2013d)

- Convocar, liderar y dirigir el proyecto.
- Reorientar las becas - crédito para estudiantes de medicina familiar, reconociendo a ésta como prioritaria para el país.
- Gestionar los ajustes normativos y de política requeridos para facilitar y consolidar el proyecto: incentivos, habilitación de servicios de salud y servicio social obligatorio.
- Gestionar con el MEN tratamiento especial para los registros calificados y relación docencia servicio

Se le plantea a las IES compromisos para (DDTHS, 2013d):

- Gestionar la creación y renovación de registro calificado de los programas.
- Gestionar la vinculación de los docentes.
- Realizar las gestiones con los escenarios de práctica.
- Incluir formas innovadoras en la formación, como las que incluyen el año de internado y el servicio social obligatorio.

---

<sup>5</sup> Universidad Militar Nueva Granada, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales – UDCA, Universidad del Rosario, Universidad Juan N. Corpas, Universidad del Tolima, Universidad San Martín. Sede Sabaneta, Universidad Nacional de Colombia, Universidad Javeriana. Sede Cali, Universidad del Valle, Universidad Cooperativa de Colombia, Universidad del Quindío, Universidad El Bosque, Universidad de Santander – UDES, CES Medellín, Universidad Industrial de Santander – UIS, ICESI de Cali, Universidad Libre. Sede Cali, Universidad Libre. Sede B/quilla, Universidad San Martín. Sede Bogotá, Universidad Javeriana. Sede Bogotá, Universidad de la Sabana y Universidad Autónoma las Américas

Compromisos de las Entidades Territoriales (no convocadas a la reunión) (DDTHS, 2013d):

- Facilitar la disposición y organización de los escenarios de práctica conforme a los requerimientos de los programas.
- Ajustar las plantas de personal y la organización de los servicios, para dar cabida a los médicos familiares, según orientaciones del MSPS.

Para dinamizar las acciones propuestas, el grupo de trabajo conformado se organizó en tres subgrupos: uno nuclear integrado por 12 personas delegadas de seis (6) programas de especialización en medicina familiar; otro, denominado grupo ampliado, conformado por 35 personas representantes de 17 IES, quienes manifestaron interés en ofrecer el programa; y uno técnico del MSPS, con delegados de la DDTHS, Oficina de Calidad, Dirección de Epidemiología y Demografía, consultores, asesores y delegados del Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios, asesores internacionales y el representante de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud ante la sala de salud y bienestar de la Comisión Nacional de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CONACES) adscrita al Ministerio de Educación Nacional (MEN).

Las sesiones de discusión y validación contaron además con la participación del movimiento de residentes en medicina familiar - Waynakay, Gestar Salud (organización que agrupa a las EPS del régimen subsidiado), Corporación Colombiana de Secretarios Municipales y Distritales de Salud, Asociación Nacional de Industriales (ANDI), Secretarías de Salud de Pereira, Boyacá, Guaviare, Guainía, Cauca, Nariño y Boyacá, Asociación de Cajas de Compensación Familiar, Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI), Sociedad Colombiana de Medicina Familiar (SOCMEF), Hospital ESE el Tambo (Cauca), y el MEN.

El grupo núcleo se reunió semanalmente y su trabajo se concentró en construir las propuestas que posteriormente eran discutidas en el grupo ampliado. Por su parte el grupo ampliado se reunía mensualmente con sesiones de plenaria, para realizar la retroalimentación, discusión y validación de lo presentado por el grupo núcleo. Todas las reuniones contaron con la participación y aportes del grupo técnico del MSPS.

La primera fase del trabajo se dio entre marzo y diciembre de 2013. Los primeros acuerdos fueron: i) La medicina familiar es una especialidad médica que requiere tres años de formación, con acompañamiento docente y dedicación de tiempo completo, y por lo tanto no es posible recortar el tiempo de formación ni homologar o convalidar otras modalidades de formación, ii) el currículo único de medicina familiar representa los mínimos que debe tener todo programa de esta especialización y significa el 70% de la propuesta de cada IES, permitiendo un 30% para desarrollar el enfoque particular institucional, y iii) se puede desarrollar la especialización a través de tres modalidades residencia convencional, residencia modificada y formación en servicio<sup>6</sup>.

El paso siguiente del trabajo fue la definición del perfil y los atributos del especialista en MF, para lo cual se acudió a referentes nacionales, regionales e internacionales <sup>7</sup>, que permanentemente fueron contrastados con la realidad nacional y los desafíos actuales y futuros tanto para la especialidad en MF como para el sistema de salud. Después de varios ajustes y sesiones de discusión se llegó a la

---

<sup>6</sup> Residencia convencional: o programa tradicional para profesionales graduados en medicina.

Residencia modificada: que incorpora el año de Internado y en algunos casos el año de Servicio Social Obligatorio (SSO), cuando se tienen las condiciones de calidad necesarias. Esta modalidad implica que tanto el año de internado como el del SSO se realicen en escenarios de práctica (clínicas, hospitales, centros de salud, etc.) acordes con las necesidades del programa y la disposición de recurso docente suficiente que permita el acompañamiento y tutorías para el médico interno y el médico rural.

Formación en servicio: o especialización en medicina familiar en lugar de trabajo, dirigida exclusivamente a médicos generales con experiencia y vinculación activa a servicios primarios de atención y con deseo de cursar el programa. Esta modalidad permite el proceso de especialización sin perder la vinculación laboral a tiempo parcial; parte de las prácticas se realizan en el lugar de trabajo con el acompañamiento docente respectivo; implica tutorías presenciales en los escenarios laborales, rotación por otros escenarios: clínicos, familiares y comunitarios de formación y práctica, así como turnos y evaluaciones periódicas para garantizar el desarrollo de las competencias. (MSPS, 2015b)

<sup>7</sup> Se revisaron cada uno de los programas existentes a nivel nacional de especialización en medicina familiar, el perfil y competencias del especialista en medicina familiar propuesto por la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) y el Colegio mundial de médicos familiares (WONCA).

definición del perfil y los atributos a finales de junio de 2013 (DDTHS, 2013c).

Posteriormente se avanzó con la definición de las competencias profesionales de estos especialistas, en esa tarea de identificar varios pasos:

- Reconocimiento de las áreas de desempeño de los especialistas en MF: clínico asistencial, atención a la comunidad, administración y gestión de recursos, educación y comunicación e investigación (DDTHS, 2013g).
- Descripción de las competencias de los especialistas en MF, inicialmente por área de desempeño (DDTHS, 2013a) y posteriormente según sean específicas o transversales y organizadas por dominios<sup>8</sup> (DDTHS & Vice ministerio, 2013a)
- Diferenciación con el desempeño de profesional en medicina (médico general) (DDTHS & Vice ministerio, 2013a)
- Identificación de criterios de desempeño para cada una de las competencias (DDTHS & Vice ministerio, 2013a)
- Descripción de conocimientos asociados en cada uno de los criterios de desempeño (DDTHS & Vice ministerio, 2013a)

Aunque la propuesta inicial llamada “*Currículo único nacional de la especialización en medicina familiar*” consistía en la definición del perfil y las competencias, se optó posteriormente por construir un producto más completo que respondiera a todas las condiciones de

---

<sup>8</sup> Competencias transversales: Son compartidas por las diferentes profesiones, que hacen posible el trabajo interprofesional. Representan el factor común entre profesiones y permiten la integración entre las disciplinas. En general se refieren a procesos de interacción. Se relacionan con los desempeños concretos en un escenario de prestación de servicios de salud. Facultan al profesional para su desempeño personal y en una organización. Son el fundamento del trabajo en equipo.

Competencias específicas: Corresponden a las actuaciones propias de cada profesión. Definen lo que un profesional debe ser capaz de hacer. Desde esa perspectiva, describen la capacidad para obtener resultados en un desempeño eficiente y con calidad. Expresan la capacidad y actuación de un dominio profesional, en el desempeño de unos roles determinados en un contexto de salud.

Dominio: Se refiere a lo misional de la acción profesional y es la consecuencia o efecto de la acción de un grupo de profesionales comprometido con la prestación de servicios de salud a la población. Es la unidad mayor de la cual se desprenden las competencias hasta identificar lo que una persona realiza; es decir, hasta llegar a los desempeños. (DDTHS, 2013a).

calidad necesarias para obtener el registro calificado. El objetivo en ese momento se reorientó hacia la construcción de “*Programa Único Nacional de Especialización en Medicina Familiar*”.

En octubre del 2013, y posterior a la validación de lo construido hasta el momento (perfil, atributos y competencias profesionales) se reorganizó el grupo nuclear, para el trabajo en tres temas: a) propuesta curricular de competencias, b) escenarios de práctica y c) otras condiciones de calidad. Al igual que en los momentos anteriores la dinámica de trabajo consistió en reuniones entre el grupo técnico del MSPS y el nuclear, con sesiones posteriores de socialización, validación y ajuste con el grupo ampliado.

El trabajo del primer grupo inició con la identificación de las unidades de competencias académicas a partir de las competencias profesionales. Se describieron competencias generales, específicas, saberes esenciales (saber, saber hacer y ser), criterios de evaluación, escenarios de formación, actividades de enseñanza - aprendizaje y créditos. Esta información se consolidó entre octubre y noviembre de 2013(DDTHS & Vice ministerio, 2013c), y fue socializada tanto con el grupo ampliado como con diferentes dependencias del MSPS durante el mes de noviembre de 2013 (DDTHS & Vice ministerio, 2013b).

El resultado de esta mesa de trabajo fue la definición del rango de créditos entre 180 y 210 para los tres años de formación; y la organización de las competencias en cinco ejes curriculares básicos: fundamentos de MF, epistemología y filosofía del conocimiento médico, clínico (atención bio psico social espiritual), trabajo con comunidades, gestión e investigación y educación.

La mesa sobre escenarios de práctica, mediante un análisis de la situación actual, hizo recomendaciones acerca de cómo deberían reorientarse los escenarios y la relación docencia servicio para que respondieran a los requerimientos planteados desde la medicina familiar, en el marco de la construcción del nuevo modelo de salud.

Adicionalmente, identificaron los ajustes necesarios a realizar en la habilitación de servicios de salud, ya que se identificaron varias limitaciones para la práctica médica resolutive e integral(Docentes U. El Bosque, 2013; MSPS, 2013). Algunas de estas recomendaciones se encuentran en el documento final del programa único; y se han

incorporado parcialmente en el SGSSS y la reorganización del esquema de prestación de servicios de salud (actualización de plan de beneficios con cargo a la UPC, habilitación de servicios y redes integrales). Las recomendaciones de la tercera mesa en cuanto a las otras condiciones de calidad (docentes, infraestructura, bienestar universitario, investigación, etc.) se encuentran en el documento final (MSPS, 2015b).

En el 2014 se desarrolla la segunda fase del proceso de construcción del programa único. Durante este año el trabajo se concentró en la socialización y retroalimentación del programa con diferentes actores del sistema de salud y el sector educativo; el aporte en el desarrollo del enfoque de salud familiar y comunitaria en el modelo de atención en salud, el apoyo a la iniciativa de creación del programa único nacional de especialización en salud familiar y comunitaria; la socialización con las diferentes dependencias del MSPS y la primera actividad de capacitación de pares académicos para apoyar el trámite de creación y renovación de los programas de especialización en MF (OTHS, 2014) Cada uno de los encuentros de socialización aportó elementos que fueron incorporados a la propuesta.

Del 2 al 6 de febrero de 2015 se realizó la visita del Dr. Miguel Ángel Fernández gracias al apoyo de EUROsociAL, experto internacional en MF, quien realizó importantes aportes para el ajuste, consolidación y adopción intersectorial de la ruta de fortalecimiento de la salud y medicina familiar y comunitaria a partir de la referenciación de experiencias internacionales exitosas.

En junio de 2015, y después de la revisión, corrección y ajuste se realiza la sesión de validación final del documento "*Programa Único Nacional de Especialización en Medicina Familiar (PUNEMF)*", con asistencia de las IES, residentes y egresados de MF, SOCMEF, delegados de las dependencias del MSPS y de la sala de salud y bienestar de CONACES (MSPS, 2015c).

El programa fue analizado y avalado en la Comisión Intersectorial de Talento Humano en Salud (CITHS), espacio decisorio con participación de los viceministros de salud y educación y fue enviado formalmente

al MEN<sup>9</sup> para que fuera usado como referente en el estudio de las solicitudes de registro calificado para programas de especialización en medicina familiar.

Durante todo el proceso de construcción de ese documento se hicieron grandes aportes al modelo integral de atención en salud, sobre todo en lo que hace referencia al componente de THS; reorganización de la prestación de los servicios, Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), conceptualización y operatividad del prestador primario, entre otros. Igualmente se dio claridad respecto al rol y desempeño del especialista en medicina familiar dentro de la prestación de servicios de salud en Colombia.

### **Programa Único Nacional de la Especialización en Salud Familiar y Comunitaria (SFC)**

El documento del Programa Único de Especialización en SFC fue resultado de cuatro elementos claves: i) la necesidad de fortalecer el talento humano en salud con herramientas del enfoque en SFC para aportar al cuidado de la salud, ii) el liderazgo y la voluntad política del MSPS y algunas entidades territoriales, iii) la coordinación de esfuerzos entre instituciones y personas voluntariamente participantes en el proceso, tanto del sector académico, como de prestación de servicios, gremios y entidades territoriales, y la dinámica generada entre ellas, y iv) la organización metodológica para el diseño del documento.

La construcción participativa del “*Programa Único Nacional de la Especialización en Salud Familiar y Comunitaria*”, se realizó entre marzo del 2014 y agosto de 2015. Inició con la invitación realizada por el MSPS a 25 IES con programas académicos de salud y a agremiaciones de profesionales (Asociaciones, Consejos, Sociedades y Colegios), con el propósito de diseñar el “*Programa básico de la*

---

<sup>9</sup> Específicamente al Viceministerio de Educación Superior, Dirección de Calidad de la Educación Superior, Subdirección de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior y sala de salud y bienestar de la CONACES

*especialización interdisciplinaria en salud familiar y comunitaria”(MSPS, 2014a).*

Esta iniciativa del MSPS surgió como respuesta a la necesidad de contar con profesionales de la salud con competencias en salud familiar y comunitaria, adicional a los especialistas en MF, y con el propósito de aportar a la implementación del enfoque en SFC de la PAIS, en el contexto de la conformación de equipos multidisciplinarios de salud (EMS).

Su gestación se alimentó inicialmente de las reflexiones realizadas en el diseño del *“Programa Único Nacional de la Especialización en Medicina Familiar”*. La decisión de su diseño, se expresó formalmente en el documento *“Programa Nacional de Salud Familiar y Comunitaria”* del MSPS, en su versión de febrero del 2014, donde se mencionó que *“la salud familiar y comunitaria es un proceso transdisciplinario de gestión y prestación de servicios de salud que involucra no solo al Médico Familiar, sino también a otras profesiones y ocupaciones que participan en la implementación de la estrategia de APS... representa un escenario de atención integral [...] un campo de investigación y desarrollo del talento humano en salud.”* En este marco y de manera simultánea a la construcción de MIAS, el Programa Nacional de SFC se propuso, dentro de sus objetivos *“Gestionar la formación de posgrado de profesionales no médicos en salud familiar y comunitaria, incorporando criterios básicos de calidad y pertinencia en coordinación con las IES”(MSPS, 2014d).*

La primera reunión realizada para iniciar el diseño del Programa Único de la Especialización en SFC, se llevó a cabo el 24 de abril de 2014, bajo el liderazgo de la DDTHS del MSPS, las instituciones asistentes manifestaron su interés en participar de manera voluntaria en el diseño propuesto, y con esto, se concertó el plan de trabajo y la metodología para dar cumplimiento a este. El plan incluyó las variables de: actividad, responsables, producto, y tiempo proyectado para la obtención de los productos(MSPS, 2014f).

En este primer momento, se consideró necesario constituir un equipo responsable del diseño inicial para luego complementar, ajustar y retroalimentar el programa con la participación de otros actores. En este equipo participaron voluntariamente personas delegadas de diferentes instituciones. Inicialmente se integraron representantes de

25 IES, y cuatro (4) agremiaciones de profesionales de ciencias sociales y de la salud (MSPS, 2014f). En las reuniones siguientes, se incorporaron progresivamente otros actores. Finalizado el proceso de diseño, habían aportado 32 IES, siete (7) agremiaciones de profesionales, una (1) IPS, una (1) asociación de cajas de compensación y 1 (una) Entidad Territorial (DDTHS, 2015).

La construcción del Programa Único de la Especialización en SFC tuvo dos (2) grandes momentos, uno de diseño y otro de validación. El diseño se realizó progresivamente durante el 2014, y se organizó de acuerdo con los siguientes productos como referentes del trabajo colectivo: i) fundamentación teórica conceptual y justificación, ii) perfil y competencias profesionales, iii) macro currículo (competencias curriculares) y orientaciones para los escenarios de práctica, iv) y otros aspectos pedagógicos, técnicos y metodológicos (DDTHS, 2015). El diseño tuvo 58 versiones, revisadas y ajustadas con los integrantes del equipo; las secciones del documento con mayor alimentación y ajuste, fueron la justificación, el perfil y las competencias profesionales y las orientaciones para los escenarios de práctica.

Reconociendo la riqueza que representaba la participación de los representantes de diversas instituciones, se planteó la necesidad de desarrollar una discusión crítica, interprofesional y propositiva, no solo para definir criterios para la formación y el desempeño del especialista en SFC, sino también para aportar a la conceptualización de los enfoques estratégicos del MIAS. Lo anterior, retomando la experiencia de los integrantes de los grupos y la oportunidad histórica de construir orientaciones conjuntas tanto para el mundo académico como para el de la prestación de servicios de salud, en un momento oportuno relacionado el reconocimiento del derecho fundamental a la salud (Ley 1751 de 2015).

Las principales reflexiones que generaron en algún momento tensiones, giraron alrededor de los siguientes aspectos:

- i) La baja demanda de la especialización *“dado que estos especialistas, una vez terminada la formación, no encuentran un espacio para el ejercicio”* (MSPS, 2014f). Para responder a esto, se fortaleció la interacción entre este proceso y la construcción del MIAS, en especial en lo

relacionado con la participación de este perfil en la implementación de las RIAS.

- ii) Las competencias de este perfil, de acuerdo con el contexto socio-sanitario y las necesidades del sistema de salud; frente a lo cual se decidió finalmente que no tendría competencias clínicas, y sus competencias serían definidas para el análisis, la planeación, gestión, seguimiento y evaluación para el cuidado de la salud y la actuación transdisciplinaria, humanizada, étnica e innovadora.
- iii) Los escenarios integrales de práctica, donde fue preciso definir unos criterios para que estos especialistas pudieran realizar sus prácticas en sus lugares de trabajo, en la red integral de prestadores de servicios de salud y la red socio-sanitaria.
- iv) La incorporación del enfoque de competencias en la formación, lo cual precisó ajustar el macro currículo repetidas veces y sugerir acciones específicas para desarrollar y evaluar por competencias (MSPS, 2014g).

La reflexión colectiva que se realizó sobre la definición de las competencias permitió identificar los aportes de este perfil al cuidado de la salud y por lo tanto al proceso de transformación cultural requerida para la implementación de un nuevo modelo de atención que ya proyectaba, no solo nuevos contenidos en los servicios de salud (acciones, tecnologías e intervenciones) sino también nuevos enfoques, nuevas formas de organizarse, de gestionar, planear y operar.

En cuanto a THS, el nuevo paradigma del cuidado de la salud más allá de la atención a la enfermedad, planteaba el reto de nuevos perfiles y competencias, así como de estrategias integradoras e interprofesionales que garantizaran el trabajo en equipo, la humanización, la continuidad, y en últimas, la construcción de un nuevo tipo de relaciones humanas (MSPS, 2014b).

Durante el período de diseño del programa único, también fue actualizado el "*Programa Nacional de Salud y Medicina familiar y Comunitaria*", con una nueva versión en el 2015, en la que

participaron personas del equipo de construcción del programa de la especialización en SFC. Al mismo tiempo se encontraba en construcción el MIAS de tal manera que el diálogo de saberes de los dos grupos permitió retroalimentar tanto el diseño del modelo de atención, sus enfoques y estrategias, así como los lineamientos del programa único para la especialización.

En ese marco de intercambio, dentro de las principales reflexiones surgieron las siguientes: i) la necesidad de definir el rol de este especialista en los EMS, describiendo las competencias profesionales de este perfil, ii) la prioridad de desarrollar competencias en los profesionales de la salud para movilizar la implementación del nuevo modelo de atención, tales como la gestión, la educación y el trabajo en equipo, así como establecer relaciones humanas con la población en los diferentes ámbitos y entornos donde transcurre la vida cotidiana, y iii) la importancia de contribuir desde la academia y todos los actores de la sociedad a la construcción e implementación del MIAS, buscando construir legitimidad, valor y capital social, así como promover la integración de las acciones individuales y colectivas para el cuidado de la salud donde el centro de la atención fueran las personas, familias y comunidades (MSPS, 2014b).

Inicialmente se proyectó terminar la construcción del Programa Único Nacional de Especialización en SCF en el 2014, pero al finalizar el año aún faltaba surtir el proceso de ajuste y validación, razón por la cual, el proceso finalizó en agosto de 2015. La validación incluyó la recepción de aportes a través del correo electrónico y la realización de tres (3) reuniones nacionales y tres (3) a nivel territorial. Esta fase contó con aportes de diferentes dependencias del MSPS, de otras IES, de agremiaciones de profesionales, del MEN, de la Sala de Salud de la CONACES, la Cámara de Salud de la ANDI, Gestarsalud, ACEMI y delegados de Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). Los eventos territoriales se realizaron en los departamentos de Bolívar, Atlántico y Risaralda donde convergieron los sectores académico y de salud (DDTHS, 2015).

Dentro de esta fase, los actores reconocieron positivamente la construcción conjunta, intersectorial e interprofesional. Dentro de los comentarios se destacan:

*“resalto la fortaleza que le da la construcción conjunta”...“El consenso facilita que las IES adopten y adapten el Programa sin que la autonomía universitaria represente un obstáculo”...“felicitó a todas las personas que participaron en la construcción de la propuesta, y al MSPS por liderar la iniciativa”...“La articulación entre salud y educación es fundamental”...“Felicitó al grupo de trabajo por estar en “sintonía” con lo que está ocurriendo en la atención de salud en el mundo”...“el documento es completo y recoge las discusiones”(MSPS, 2015d).*

En este momento se presentó la situación de mayor tensión, al analizar la participación de profesionales en medicina como parte del perfil de ingreso a la especialización en SFC. En la reunión del 5 de junio de 2015, la discusión se situó frente a una nota aclaratoria incluida en el documento propuesto:

*“Como acuerdo de las IES que participaron, la especialización en Salud Familiar y Comunitaria está dirigida a todos los profesionales de las ciencias de la salud y afines. Los profesionales de medicina que opten por cursarla, no podrán homologar la especialización en SFC como especialización en medicina familiar, ni como maestría. En ese sentido el profesional en medicina que realice la especialización en Salud Familiar y Comunitaria, podrá ejercer como especialista en SFC, pero no podrá ejercer como médico especialista en medicina familiar.” (MSPS, 2015a)*

Frente a lo anterior, algunos integrantes del grupo de validación, manifestaron que lo anterior podría generar confusiones tales como: *“algunas instituciones prestadoras consideren que estos dos programas de posgrado son equivalentes” [...]“se considera que esta especialidad debe estar dirigida exclusivamente a profesionales no médicos”*. En este sentido, el MSPS refirió que

*“...en el marco de la definición de los perfiles requeridos para la implementación del MIAS, no tiene cabida el médico que se especializa en salud familiar y comunitaria, el perfil definido para los médicos es el de especialista en MF y esto es una decisión de país” (MSPS, 2015a).*

Las discusiones, sin acuerdo al interior del grupo, llevaron a que el MSPS tomará una decisión final, basada en los aspectos anteriores y en los objetivos consignados en la propuesta del año 2014 del “Programa Nacional de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria”, donde se estipuló *“Gestionar la formación de posgrado de profesionales no médicos en salud familiar y comunitaria”* (MSPS, 2014c), a partir de la orientación de la política de gobierno para orientar la formación gradual de cerca de 5.000 nuevos especialistas en MF. Es así como se realizó la definición de una línea para el país considerando los aportes a la garantía del derecho a la salud, a la planeación y gestión del talento humano en todo el territorio nacional, todo esto, a partir del diálogo y retroalimentación entre diferentes posiciones e intereses.

Uno de los facilitadores del proceso de construcción colectiva fue la metodología de trabajo acordada. Por un lado, retomó la metodología propuesta por la Academia Nacional de Medicina, las agremiaciones de profesionales y el MSPS, para definir el perfil y las competencias profesionales. De igual manera se basó en los aprendizajes del diseño participativo del Programa Único Nacional de Especialización en Medicina Familiar.

De otra parte, y con el objeto de facilitar la construcción, la DDTHS dinamizó la conformación y gestión de dos (2) equipos de trabajo, uno específico y otro ampliado. En el “equipo de trabajo específico”, participaron nueve (9) personas representantes de IES y lo lideró el MSPS; sus actividades incluyeron: i) reunirse cada 8 o 15 días para compartir información, reflexionar y concertar aspectos metodológicos y conceptuales para la elaboración de los productos planteados en el plan de trabajo, ii) escribir, diseñar y presentar la propuesta al equipo ampliado, iii) ajustar y presentar el documento preliminar y final del Programa Único y iv) facilitar y dinamizar la articulación de este proceso con la construcción del MIAS y las demás herramientas de la política.

Por su parte, el “equipo de trabajo ampliado”, denominado inicialmente “equipo completo”, se reunió cada uno (1) o dos (2) meses durante el 2014, con un total de nueve (9) reuniones a lo largo de todo el proceso. En estos encuentros, el equipo debatió, retroalimentaron y validaron los productos presentados por el equipo específico.

Las invitaciones, agendas y memorias de cada una de las reuniones, en todos los casos, estuvieron a cargo de la DDTHS del MSPS. A partir de la reflexión y la construcción de consensos, en las reuniones se establecieron compromisos y responsables, y se concertó la agenda de la siguiente reunión. Previo a cada encuentro se envió por correo electrónico el documento a retroalimentar, de tal manera que las personas llevaban al espacio de construcción del equipo ampliado, la retroalimentación de la institución que representaban. Lo anterior facilitó la participación organizada, la planeación de acciones, y por consiguiente, los avances en el plan de trabajo.

La comunicación fue presencial, virtual y a través de correos electrónicos. En el equipo ampliado en su mayoría fue personal, y la del equipo específico fue virtual - sincrónica. Para facilitar la dinámica, coordinación y comunicación entre las personas participantes y los equipos, se generó una base de datos de contacto, la cual fue actualizada y socializada de manera permanente por el MSPS. Con lo anterior, las personas establecieron comunicación entre sí, fuera y dentro del espacio institucional generado por el MSPS, para coordinar acciones, compartir información, escribir y retroalimentar articuladamente.

Finalizando el proceso de diseño, con esta experiencia de trabajo, las personas participantes manifestaron la necesidad de construir y mantener la "red" de SFC para apoyarse mutuamente en el desarrollo de programas e iniciativas territoriales. Producto de esto, se conformó la "Red Nacional de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria"(OTHS, 2015).

Para finalizar, el documento validado del Programa Único Nacional de Especialización en Salud Familiar y Comunitaria fue enviado oficialmente por el MSPS al MEN, específicamente a la CONACES, para orientar la evaluación de la calidad y el concepto de otorgamiento o renovación del registro calificado de los programas de esta especialización.

## **Programa de formación complementaria “Salud familiar y comunitaria para gestores comunitarios en salud”**

Otro objetivo del “Programa Nacional de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria”, en su versión 2014, fue “Apoyar procesos de formación de agentes comunitarios con el enfoque de salud familiar y comunitario” (MSPS, 2014c), formulado en respuesta a la identificación del rol estratégico que tienen los actores y dinámicas sociales, familiares y comunitarias, en el diseño, legitimidad y gestión integral de un modelo de atención en salud que hace referencia a aspectos vinculados a la condición humana, a la intimidad y cotidianidad de las personas.

El sector salud reconoció aportes, retos y limitaciones de experiencias de formación y gestión de agentes comunitarios, promotores de salud, parteras, entre otros, algunas de las cuales se hicieron visibles en la construcción del MIAS.

Este objetivo fue desarrollando a partir de reflexiones en diferentes escenarios de construcción, dentro de ellos, la implementación del piloto del MIAS para el departamento del Guainía y la construcción del “Programa Único Nacional de la Especialización en Salud Familiar y Comunitaria”, este último donde se debatió la necesidad de contar con integrantes de las familias y comunidades en los equipos de salud, específicamente en zonas “donde no hay médicos”, e incluso cualquier otro perfil ocupacional o profesional que participara activamente de la planeación en salud, educación, gestión, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

La propuesta de formación y desempeño de los gestores comunitarios en el MIAS, se define con claridad a partir de lo dispuesto en el Decreto 2561 de 2014, el cual define los mecanismos para mejorar el acceso a los servicios de la salud en el departamento del Guainía y en donde se precisa la participación de “Agentes Médicos Tradicionales

Indígenas en Salud”<sup>10</sup> y de “personal indígena con formación en salud” (MSPS, 2014e) en las jornadas y equipos de salud.

El 10 de febrero de 2015 se realizó la concertación del plan para la formación de gestores comunitarios, entre la Autoridad Sanitaria de Guainía y el MSPS. Posteriormente, los días 26 y 27 de marzo, se desarrolló un encuentro convocado por el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) y el MSPS, con el propósito de “definir el proyecto de formación para Gestores Comunitarios en Salud y Auxiliares en Salud para el MIAS para el Guainía”. Esta reunión fue liderada por metodólogas del SENA y funcionarios de la DDTHS del Ministerio de Salud, y contó con la participación de personas delegadas por la Autoridad Sanitaria del departamento de Guainía y de diferentes dependencias del MSPS.

Posteriormente, en Puerto Inírida - Guainía, el 29 de abril de 2015, se presentó, validó y ajustó la propuesta de formación complementaria<sup>11</sup> de gestores comunitarios, con la participación de personas de la Dirección de Salud Pública de la Secretaría Departamental de Salud y el Hospital Manuel Elkin Patarroyo.

En este ejercicio se presentaron varias discusiones relacionadas con los siguientes aspectos: a) alcance, roles y funciones asignadas al gestor comunitario, en lo relacionado a su participación y apoyo en la educación y promoción en salud, caracterización de la población, prevención y atención de la enfermedad, entre otros, b) necesidad de precisar que el gestor comunitario no representa un nuevo perfil

---

<sup>10</sup> Agentes Médicos Tradicionales Indígenas en Salud: Son las personas portadoras de los conocimientos y saberes ancestrales en salud los pueblos indígenas del Departamento de Guaina representados en payés, sanadores, sobanderos, parteras y médicos tradicionales, otros.

<sup>11</sup> Formación complementaria: definida por el SENA como aquella formación que representa “acciones de capacitación, diseñadas y ejecutadas por los centros de formación, que permiten la actualización o el desarrollo de competencias o elementos de competencia y corresponde a demandas específicas del sector productivo y la comunidad en general, con el fin de: 1) Actualizar el talento humano vinculado a una actividad económica y que requiera cualificar su desempeño actual o prepararse para asumir nuevos desempeños que le permitan una mayor movilidad y/o promoción laboral, y 2) Calificar y recalificar el talento humano que se encuentre en situación de desempleo, entre ellos los pertenecientes a poblaciones vulnerables” (SENA, 2017)

titulado de talento humano en salud, sino un rol específico en aquellas zonas en donde los delegados de las comunidades no tienen el nivel de formación mínimo para estudiar un programa técnico laboral, y se requiere de un actor comunitario que apoyara el desarrollo de acciones en salud en el territorio, c) selección y delegación de integrantes de las comunidades como criterio fundamental para la definición, formación y desempeño de los gestores, por encima de requisitos académicos adicionales a las competencias en lecto – escritura y matemáticas, d) imperativo de formar a quienes realmente van a ser vinculados laboralmente como integrantes de los equipos de salud, d) precisión del rol de gestor comunitario para la implementación del MIAS en zonas rurales y dispersas, e) necesidad de mejorar gradualmente el nivel de cualificación de los gestores comunitarios que son vinculados laboralmente sin un nivel académico específico, y el compromiso de los operadores del modelo de gestionar lo necesario para adelantar su proceso como “auxiliares de salud en formación”.

Una de los debates desarrollados en este proceso de construcción, se centró en identificar la diferencia entre las competencias del gestor comunitario en salud y las del auxiliar en salud pública, considerando que este último corresponde a un perfil regulado a través del Decreto 1075 del 2015, *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Educación"*, específicamente en la parte 6 sobre la educación para el trabajo y el desarrollo humano; y el anexo del decreto 3616 del 2015 donde se describen las normas de competencia laboral del auxiliar en salud pública (MSPS, 2004). Esta formación es titulada y expide certificado de aptitud ocupacional.

Esta reflexión llevó posteriormente a definir que el gestor comunitario en salud corresponde a un rol y un cargo específico en la organización de los equipos, pero no corresponde a un perfil de “operario” ni técnico. Su rol sería exclusivamente en los entornos familiares y comunitarios y sus habilidades de liderazgo en salud serían fortalecidas a través de la formación complementaria denominada “salud familiar y comunitaria para gestores comunitarios en salud”, de aproximadamente 300 horas, y los contenidos definidos en el programa diseñado, serían ajustados de acuerdo con las características de la población y los territorios.

Con el fin de garantizar la trazabilidad y calidad de esta formación complementaria, posteriormente se puntualizó la necesidad de cerrar

la formación a través del SENA, y de iniciar rápido la formación como auxiliares, después de la vinculación, con las personas que alcanzaran 9° grado cursado y aprobado, según los requisitos para la formación técnica.

Concretamente, se acordó desarrollar esta formación con grupos de personas de zonas rurales y dispersas o de territorios de grupos étnicos, donde se requería integrar a los equipos de salud a un actor comunitario que hiciera el puente entre las familias, las comunidades y el equipo y que por su nivel académico (menor a 9° grado cursado y aprobado) no pudiera acceder a la formación como auxiliares en salud pública o de enfermería.

Así mismo se definió que para aportar a la disponibilidad de este actor comunitario en los territorios donde se requiriera, era necesario que las personas a participar en la formación, vivieran en las comunidades donde desempeñarían su rol de gestores y en caso de pueblos indígenas que adicionalmente fueran bilingües. Esta formación no estaría disponible para el público en general, se desarrollaría de acuerdo con las características poblacionales y territoriales, y en el marco de la implementación del MIAS.

En febrero de 2016, la PAIS en su componente de "Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud – RHS", definió que el Gestor Comunitario en Salud, como parte del EMS, estaría en capacidad para:

- i) "reconocer la situación de salud de las familias y comunidades de acuerdo con el plan integral de cuidado primario de la salud concertado con la población adscrita y el equipo de salud",*
- ii) "apoyar a las familias y comunidades en acciones de promoción de salud, gestión integral del riesgo y prevención de la enfermedad de acuerdo con el plan integral de cuidado primario de la salud concertado con la población adscrita y el equipo de salud",*
- iii) "participar en el monitoreo y seguimiento de las acciones en salud de las familias y comunidades de acuerdo con el plan integral de cuidado primario de la salud concertado con la población adscrita y el equipo de salud" y*
- iv) "participar en la evaluación de los resultados de las acciones implementadas de acuerdo con indicadores y objetivos definidos" (MSPS, 2016).*

Esta experiencia llevó a una profunda y necesaria reflexión sobre la necesidad de actualizar, ajustar y flexibilizar la formación, desempeño y por lo tanto las normas de competencias<sup>12</sup> de los auxiliares en salud, que corresponden al nivel de formación de “técnicos laborales”. Además del fortalecimiento del enfoque de SFC y los demás enfoques estratégicos del MIAS, en el diseño de las normas de competencias y los procesos de formación y desempeño, se planteó la necesidad de ajustar la denominación de los perfiles, considerando la necesidad de contar por lo menos con un perfil más integral de “auxiliar de salud”, inicialmente para las zonas rurales y dispersas, o con población de grupos étnicos y que integrara algunas de las competencias que actualmente están ubicadas en los diferentes perfiles de auxiliares en salud, a saber: auxiliar administrativo en salud, en enfermería, en salud oral, en salud pública y en servicios farmacéuticos.

### **Programa de formación continua en SFC**

La transformación cultural que implica la implementación de un nuevo paradigma basado en el cuidado de la salud, propuesto en el MIAS, requiere también acciones de formación continua (FC)<sup>13</sup>, planteadas en la PAIS como de corto plazo (MSPS, 2016).

Integrando los principios y herramientas del enfoque de SFC la DDTHS inició la construcción de un programa de FC para apoyar la implementación del MIAS. Este programa se considera una herramienta estratégica para apoyar la implementación del Modelo y complementa a las acciones específicas de formación continua que ya contempla la regulación del SGSSS, como por ejemplo los certificados de formación definidos en la Resolución 2003 de 2014, y las iniciativas

---

<sup>12</sup> Estas normas de competencias son adoptadas por el Comisión Intersectorial de Talento Humano en Salud (CITHS), las cuales se encuentran en proceso de revisión actualmente de cara a los retos que plantea la implementación del MIAS.

<sup>13</sup> La DDTHS considera la formación continua como “*un proceso permanente que promueva el desarrollo integral de los trabajadores de salud, utilizando el acontecer habitual del trabajo, el ambiente normal del quehacer en salud y el estudio de los problemas reales y cotidianos, como los instrumentos y situaciones más apropiadas para producir tal aprendizaje*” (Haddad, Mojica, & Chang, 1987)

de los actores del sistema para actualizar las competencias del talento humano de acuerdo a los lineamientos de planes, programas, guías, protocolos, proyectos, y desarrollo tecnológico y científico.

El proceso tuvo las siguientes fases: a) definición de marco conceptual, b) diseño de propuesta metodológica para orientar la construcción conjunta con las diferentes dependencias del MSPS y actores del SGSSS, c) diseño de propuesta inicial para la formación continua sobre el MIAS con énfasis en el enfoque de SFC, d) retroalimentación y ajuste de esta propuesta, e) construcción de la propuesta de FC para los demás enfoques del MIAS (gestión integral del riesgo, enfoque diferencial y cuidado) y para las herramientas específicas que lo requieran de acuerdo a la concertación con las dependencias del MSPS.

Como parte del proceso de construcción de la propuesta de FC en SFC se inició el trabajo con el Comité de Apoyo al Consejo Nacional de Talento Humano (CNTHS) en Salud y Medicina Familiar y Comunitaria<sup>14</sup>. La primera reunión de este comité fue en abril de 2016 y se acordó como objetivo de trabajo elaborar una propuesta de FC sobre el MIAS y salud familiar y comunitaria dirigida al personal asistencial y administrativo del sistema de salud (DDTHS, 2016).

Se revisaron varias propuestas de formación que se han realizado en el país con diferentes modalidades, objetivos, docentes y público objetivo. Se acordó que la formación además de contener los conocimientos básicos acerca del enfoque de salud familiar y comunitaria, debería también abordar los otros tres enfoques del MIAS y las RIAS hasta el momento construidas y disponibles para el país.

Todas las sesiones de trabajo se realizaron de forma presencial con los delegados al comité de SFC del CNTHS; y después de seis versiones, se logró consolidar la propuesta inicial de formación en MIAS con énfasis SFC desde esta instancia, la cual sirvió como insumo para la construcción de la propuesta general para orientar la FC que

---

<sup>14</sup> Los comités de apoyo al Consejo Nacional de Talento Humano en Salud fueron creados por la Ley 1164 de 2007, específicamente en su artículo 7. Se conformaron por primera vez a través de una convocatoria pública realizada el primer semestre de 2015; así se creó el Comité de Apoyo al Consejo Nacional de Talento Humano en Salud y Medicina Familiar Medicina Comunitaria, mediante el Acuerdo 003 de 2015.

requiere la implementación del MIAS. Esta propuesta se encuentra en revisión por parte del despacho del Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios.

## Aprendizajes

Estas cuatro (4) experiencias permitieron evidenciar las bondades de la construcción participativa. El trabajo de diferentes actores en pro de un mismo objetivo, permitió solventar las diferencias, cumplir con las expectativas de todas las instituciones, llegar a acuerdos y plantear nuevos retos conjuntos para aportar desde los sectores al mejoramiento de los resultados en salud de la población colombiana.

Es importante resaltar que esta experiencia de construcción conjunta dejó ver que la suma de esfuerzos organizados, voluntarios e interactivos, llevó a que los diferentes actores aportaran a la definición concertada de políticas para la atención en salud con enfoque en SFC y a la formación en SFC, más allá de los intereses particulares.

Aun cuando el proceso no contó con recursos propios, fue posible el alcance de los objetivos con alta participación institucional; esto sin entrar en la descripción de otras ganancias del proceso no contempladas inicialmente, como los aportes al MIAS y a otras políticas en SFC, la conformación de la Red de SFC, la articulación de acciones entre actores y el fortalecimiento de vínculos entre instituciones, sectores, territorios y regiones.

La construcción participativa y continua de estos programas de formación con diferentes actores de los sistemas de salud y educación, permite identificar mecanismos para apoyar la transformación cultural y el cambio en las relaciones sociales y humanas que exige la implementación del paradigma del cuidado de la salud, y el desarrollo armónico de estrategias aparentemente disímiles como la APS y la gestión integral del riesgo.

Uno de los mecanismos que facilitó el logro de las experiencias, tuvo que ver con el liderazgo asumido por la DDTHS. Esto, con la precisión del alcance de cada una de las propuestas de construcción participativa, la iniciativa para iniciar los procesos, la convocatoria de los actores del sector salud y educación, el direccionamiento en la metodología de trabajo, la coordinación de acciones y la resolución de momentos críticos.

A futuro, otras propuestas de construcción conjunta, podrían apoyarse en esta experiencia para desarrollar sus iniciativas. Sin embargo, si se desea realizar un proceso similar, se recomienda convocar desde el inicio, la participación de actores gremiales, académicos y de la atención en salud, dado que la incorporación sistemática de todos estos actores que se realizó durante el proceso, en algún momento, se percibió como un reproceso que requería del recuento de las reflexiones y concertaciones ya realizadas.

## Retos

Posterior a esta construcción participativa, se dio paso al reto de continuar gestionando la incorporación de estos especialistas en la atención integral en salud, como uno de los perfiles que permitiría consolidar el enfoque de SFC en el marco del MIAS. Así mismo, las IES se plantearon el reto de ajustar, renovar e iniciar la apertura de programas de especialización tanto en medicina familiar como en SFC de acuerdo con los programas únicos. Lo que implica el desafío de realizar acciones coordinadas entre la autoridad sanitaria de los departamentos, buscando, en el marco de los planes de salud territoriales, avanzar con la formación e incorporación de estos especialistas para la transformación de la atención en salud e implementación del MIAS.

Es necesario gestionar y promover la implementación del enfoque de SFC en la formación y desempeño de todas las profesiones, ocupaciones y especialidades que aportan al cuidado de la salud. En este sentido, y aunque ya se cuenta con avances importantes (borrador de lineamientos transversales de calidad en coordinación con el MEN y las IES (MSPS & MEN, 2016)), es necesario fortalecer los procesos de diálogo con las instituciones formadoras, actores del SGSSS, talento humano y comunidad, para impactar no solo los procesos curriculares, sino también las prácticas cotidianas en los servicios de salud.

Así mismo se espera continuar avanzando en la construcción de orientaciones o lineamientos para la conformación de EMS en el marco de la implementación del MIAS en los territorios, con la integración de profesionales, auxiliares, gestores y especialistas en salud, dentro de ellos los especialistas en medicina familiar y en salud familiar y comunitaria. Todo esto, considerando la progresividad en los procesos de formación integral a los equipos, profesionales con formación continua en salud y medicina familiar.

En la perspectiva del análisis crítico y la documentación de estas experiencias, identificamos el reto de liderar desde el componente de THS de MIAS y la aplicación del enfoque de SFC y demás estrategias de la política, la gestión del cambio que exige la implementación de una nueva forma de organizar el SGSSS desde el paradigma del

cuidado de salud y la ubicación de las personas como centro fundamental. Esto a través de los procesos educativos con perspectiva crítica, y basados en el análisis de la realidad, de tal manera que aporten como mecanismos de interacción social, humanización y construcción de nuevas relaciones humanas.

El programa de formación complementaria dirigida a gestores comunitarios en salud y el de formación continua en SFC, aún no han sido implementados en ningún territorio. Se espera que la formación complementaria solo sea desarrollada en aquellos casos donde las personas no alcanzan los requisitos para participar en la formación de auxiliares en salud, y en caso de ser desarrollada, el reto es realizar la gestión pertinente para que a mediano o largo plazo los gestores puedan recibir la formación de auxiliares en salud.

En cuanto a la formación continua en SFC se espera que todo el personal asistencial y administrativo del SGSSS participe de algún proceso de formación que le permita integrar en enfoque de salud familiar y comunitaria en el diario quehacer, en articulación con las demás estrategias y componentes de la política. Para ello, se proyecta una fase inicial de formación masiva liderada directamente desde el MSPS.

## Conclusiones

A partir de los aprendizajes, resultado de la primera experiencia, la DDTHS fortaleció el desarrollo de las demás experiencias; esto se observó en la precisión de los alcances de los procesos, la convocatoria a otros actores claves, la elaboración de actas o ayudas de memoria de las sesiones, la organización de metodología y los contenidos del diseño.

La dinámica de construcción conjunta y participativa entre los actores del sector educativo y de salud contribuyó al fortalecimiento de las relaciones intersectoriales para avanzar en la armonización de los procesos de formación con la situación de salud de la población, como aporte a la transformación de la atención en salud y a la respuesta en salud centrada en las personas, familias y comunidades.

La construcción participativa e intersectorial de las experiencias descritas ha facilitado su efectiva apropiación por parte de las IES y el SENA, así mismo ha orientado la apertura, renovación y ajuste de la formación especializada en medicina familiar y SFC. Actualmente, 2 programas más de la especialización en SFC tienen registro calificado y 4 IES se encuentran tramitando este registro; y la especialización en medicina familiar paso de tener 7 programas con registro calificado a 9 programas, y por lo menos 5 IES se encuentran actualmente realizando en proceso de apertura del programa.

Estos cuatro (4) procesos, liderados por la DDTHS han aportado al desarrollo del talento humano en salud, con procesos de formación concertados y fortalecidos para la implementación del enfoque en SFC en la atención integral en salud.

## Bibliografía

Congreso de la República. (2011). *Ley 1438 de 2011*. Bogotá. Retrieved from <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>

Congreso de la República. (2015a). *Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá. Retrieved from <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60733>

Congreso de la República. (2015b). *Ley 1753 de 2015. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014 - 2018 "Todos por un nuevo país."* Bogotá. Retrieved from [http://www.mincit.gov.co/loader.php?lServicio=Documentos&lFuncion=verPdf&id=78676&name=Ley\\_1753\\_de\\_2015.pdf&prefijo=file](http://www.mincit.gov.co/loader.php?lServicio=Documentos&lFuncion=verPdf&id=78676&name=Ley_1753_de_2015.pdf&prefijo=file)

DDTHS, Dirección de Desarrollo de Talento Humano. Ministerio de Salud y Protección Social. (2013a). *Competencias del especialista en medicina familiar. Propuesta Universidad Juan N. Corpas. Documento no publicado. 3 de septiembre de 2013*. Bogotá.

DDTHS, Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. (2013b). *Insumos - Iniciativa de promoción de la oferta de recursos humanos en salud (o medicina familiar). Documento interno de trabajo. Mayo 2013*. Bogotá.

DDTHS, Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. (2013c). *Memorias de plenaria de discusión sobre perfil del médico familiar. Documento interno de trabajo. Junio de 2013*. Bogotá.

DDTHS, Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. (2013d). *Memorias de reunión. Proyecto de formación de médicos familiares. Reunión con Instituciones de Educación Superior - Facultades de Medicina Academia Nacional de Medicina. 14 de mayo de 2013*. Bogotá.

DDTHS, Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. (2013e). *Plataforma para el desarrollo de la Medicina Familiar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. "Implementando la Atención Primaria*

*en Salud a través de la salud familiar y la medicina familiar". Documento interno de trabajo. Abril 2013. Bogotá.*

DDTHS, Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. (2013f). *Programa Nacional de Medicina Familiar. Documento interno de trabajo. 31 de mayo de 2013. Bogotá.*

DDTHS, Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. (2013g). *Programa Nacional de Salud y Medicina Familiar. Documento interno de trabajo. 28 de junio de 2013. Bogotá.*

DDTHS, Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. (2013h). *Proyecto de formación de médicos familiares. Documento interno de trabajo. Mayo de 2013. Bogotá.*

DDTHS, Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Programa Nacional en Salud Familiar y Comunitaria. Observatorio de Talento Humano en Salud. Octubre 2015. Bogotá.* Retrieved from [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/VS/TH/Programa Nacional Salud Familiar y Comunitaria y Medicina Familiar 200214.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/VS/TH/Programa+Nacional+Salud+Familiar+y+Comunitaria+y+Medicina+Familiar+200214.pdf)

DDTHS, Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Memoria de reunión de Comité asesor de salud y medicina familiar y comunitaria. 1 de abril de 2016. Bogotá.*

DDTHS, Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud & Vice ministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios. Ministerio de Salud y Protección Social. (2013a). *Estructura propuesta para la formulación de competencias profesionales del médico familiar. Documento interno de trabajo no publicados. Agosto y septiembre de 2013. Bogotá.*

DDTHS, Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud & Vice ministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios. Ministerio de Salud y Protección Social. (2013b). *Lista de asistencia a Mesa de trabajo para socialización y retroalimentación de los resultados del trabajo del programa de medicina familiar (perfil y competencias, escenarios de práctica, currículo único. 28 de noviembre de 2013. Bogotá.*

DDTHS, Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud & Vice

- ministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios. (2013c). *Programa Especialización en Medicina Familiar. Matriz para la construcción participativa de una estructura básica de plan de estudios para la especialización en medicina familiar. Documento interno de trabajo no publicados, varias versiones. Octubre y nov. Bogotá.*
- Docentes U. El Bosque. (2013). *Centro de práctica medicina familiar como unidad de atención. Equipo docente de Medicina Familiar Universidad El Bosque. Documento interno de trabajo no publicado. 19 de noviembre de 2013. Bogotá.*
- EUROsociAL. (2014a). EUROsociAL. Colombia implementa nuevo modelo de Atención Primaria en Salud con apoyo de EUROsociAL II. Retrieved May 12, 2017, from <http://eurosocial-ii.eu/es/noticia/colombia-implementa-nuevo-modelo-de-atencion-primaria-de-salud-c>
- EUROsociAL. (2014b). Taller formación de formadores en Medicina Familiar. Retrieved April 20, 2017, from <http://sia.eurosocial-ii.eu/actividad.php?id=2054>
- Haddad, J., Mojica, M. J., & Chang, M. (1987). Proceso de educación permanente en salud. *Educación Médica Y Salud*, 21(1).
- MPS. Ministerio de la Protección Social (2010). *Resolución 1536 de 2010. Por medio de la cual se establece la organización y funcionamiento del Observatorio de Talento Humano en Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones. Bogotá.*
- MSPS. Ministerio de Salud y Protección Social. (2014a). *Invitación a Instituciones de Educación Superior (IES) para el diseño de la especialización interdisciplinaria en salud familiar y comunitaria. Documento interno de trabajo no publicadas. 11 de marzo de 2014. Bogotá.*
- MSPS. Ministerio de Salud y Protección Social. (2014b). *Presentaciones adjuntas a las memorias de las reuniones de diseño del programa de la Especialización en Salud Familiar y Comunitaria. Observaciones no publicadas. Bogotá; abril, mayo, junio, julio, septiembre, octubre y noviembre de 2014. Bogotá.*
- MSPS. Ministerio de Salud y Protección Social (2014c). *Programa Nacional de Salud Familiar y Comunitaria. Documento interno de trabajo no publicado. Febrero de 2014. Bogotá.*
- MSPS. Ministerio de Salud y Protección Social. (2014d). *Programa*



014

- MSPS, Ministerio de Salud y Protección Social. (2014f). *Memoria de reunión diseño de la Especialización en Salud Familiar y Comunitaria. Documento interno no trabajo no publicado. 24 de abril de 2014.* Bogotá.
- MSPS, Ministerio de Salud y Protección Social. (2014g). *Memoria de reunión para el diseño del programa de la Especialización en Salud Familiar y Comunitaria. Documentos internos de trabajo no publicados. Junio, julio, septiembre, octubre y noviembre de 2014.*
- MSPS, Ministerio de Salud y Protección Social. (2015d). *Memoria de reunión de validación del Programa Único Nacional de Especialización en Salud Familiar y Comunitaria. Documento interno de trabajo no publicado. 10 de febrero de 2015.* Bogotá.
- MSPS, Ministerio de Salud y Protección Social & EUROsociAL, C. (2015). *Fichas técnicas de visita de expertos internacionales Carlos Martín - España y Miguel Ángel Fernández - México. Observaciones no publicadas. Febrero 9 al 13 de 2015.* Bogotá.
- MSPS, Ministerio de Salud y Protección Social & Ministerio de Educación Nacional. (2016). *Lineamientos de calidad transversales para los programas de pregrado del área de la salud (documento para discusión).* Bogotá. Retrieved from [http://uvsalud.univalle.edu.co/pdf/politica\\_formativa/documentos\\_de\\_estudio\\_referencia/lineamientos\\_transversales\\_pregrado\\_salud.pdf](http://uvsalud.univalle.edu.co/pdf/politica_formativa/documentos_de_estudio_referencia/lineamientos_transversales_pregrado_salud.pdf)
- OTHS, Observatorio de Talento Humano en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Capacitación de pares académicos medicina familiar. Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social. Retrieved April 20, 2017, from [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=\(\(dcispartof:%22Salud y Medicina Familiar%22 AND dcispartof:%22 Capacitación de pares académicos%22\)\)](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=((dcispartof:%22Salud y Medicina Familiar%22 AND dcispartof:%22 Capacitación de pares académicos%22)))
- OTHS, Observatorio de Talento Humano en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Red Nacional de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria. Retrieved July 4, 2017, from [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=\(\(dcispartof:%22Salud y Medicina Familiar%22 AND dcispartof:%22Red Nacional de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria%22\)\)](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=((dcispartof:%22Salud y Medicina Familiar%22 AND dcispartof:%22Red Nacional de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria%22)))

OTHS, Observatorio de Talento Humano en Salud & Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Sistematización de primer encuentro regional de salud y medicina familiar y comunitaria del sur occidente colombiano. Popayán. Diciembre 1 y 2 de 2014.* Popayán. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/VS/TH/sistematizacion-resultados-primer-encuentro-regional-medcina-familiar.pdf>

SENA. (2017). Servicio Nacional de Aprendizaje Sena. Retrieved July 13, 2017, from <http://www.sena.edu.co/es-co/Paginas/default.aspx>