



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

**Programa Nacional de Salud
Medicina Familiar y Comunitaria
Dirección de Desarrollo del
Talento Humano en Salud
Grupo de Formación**



MINSALUD

Bogotá, Octubre de 2015

Documento en construcción

Programa Nacional de Salud Medicina Familiar y Comunitaria

Ministerio de Salud y Protección Social

Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios

Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud

Grupo de Formación

Octubre 2015

Esta publicación ha sido realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social



MINSALUD



MINSALUD

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

LUIS CARLOS ORTIZ MONSALVE
Director de Desarrollo de Talento Humano en Salud

GRUPO TECNICO DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

JOHN FRANCISCO ARIZA MONTOYA

Coordinador del Grupo de Formación de Talento Humano en Salud

LUCIA ARIAS CARREÑO

Consultora Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud

YENNY BARAJAS

Profesional especializado Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud.

CATALINA ASCANIO NOREÑA

Consultora Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud

DIRECCIÓN GENERAL

LUIS CARLOS ORTIZ MONSALVE

JOHN FRANCISCO ARIZA MONTOYA

Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud

Contenido

1. CONTEXTO.....	8
2. JUSTIFICACIÓN	13
3. OBJETIVO GENERAL.....	17
4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
5. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:.....	17
5.1. COMPONENTE I DESARROLLO INTEGRAL DEL TALENTO HUMANO EN SALUD	19
5.2. COMPONENTE II TRANSFORMACION Y ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS	20
5.3. COMPONENTE III PLANAECACION Y GESTION TERRITORIAL.....	21
5.4. CARACTERIZACION GENERAL DE LOS PROCESOS DEL COMPONENTE DE DESARROLLO INTEGRAL DEL TALENTO HUMANO EN SALUD.	22

PRESENTACION

Colombia se encuentra en un periodo de fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS-, en el marco de la declaración de la salud como un derecho fundamental¹, Para el cumplimiento de este derecho se establece, entre otros, el principio de Progresividad: “ *El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud*” ².

En este contexto se realiza la actualización del Programa Nacional de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria, estructurado desde el año 2013, que se articula al planteamiento de un nuevo Modelo Integral de Atención en Salud -MIAS, los avances en la construcción de dicho modelo son tenidos en cuenta para determinar los enfoques de la Política Integral de Atención en Salud según la Ley 1753 de 2015. Inicialmente, el programa contempló el fortalecimiento de los programas de especialización en medicina familiar y en salud familiar y comunitaria, el desarrollo de programas de formación continua y de agentes comunitarios, así como la gestión para incorporación de los enfoques de atención primaria en salud y salud familiar y comunitaria en los programas de pregrado de las profesiones de ciencias de la salud y ciencias sociales. El primer momento del programa se concentró en la unificación de los programas curriculares de las especializaciones de medicina familiar y salud familiar y comunitaria, con trabajo participativo de Direcciones Territoriales de Salud, directivos de Empresas Sociales del Estado (ES), IPS privadas, EAPB, Universidades, asociaciones gremiales, residentes de Medicina Familiar, especialistas de salud familiar y comunitaria, entre otros actores.

Actualmente, el Programa nacional de salud, medicina familiar y comunitaria retoma los lineamientos de la ley 1438 de 2011, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, y las recientes leyes 1751 y 1753 de 2015, que orientan la construcción de nuevo modelo integral de atención en salud -MIAS- con los enfoques de atención primaria en salud, salud familiar y comunitaria, gestión integral del riesgo (articulación de actividades individuales y colectivas) y enfoque poblacional y diferencial.

¹ Ley estatutaria 1751 de 2015

² Artículo 6 numeral g, Ley estatutaria 1751 de 2015.

Se da continuidad al fortalecimiento del enfoque de salud y medicina familiar y comunitaria, en el marco del MIAS, para lo que se plantea tres componentes: i) Desarrollo integral del Talento Humano en Salud, ii) transformación y organización de servicios de salud y iii) planeación y gestión territorial.

Se ha tenido en cuenta los aportes de las instituciones de educación superior, las entidades territoriales, los prestadores y administradores y demás actores del SGSSS, realizados durante los últimos años; además se ha incorporado las recomendaciones recibidas de expertos nacionales e internacionales en el tema de salud y medicina familiar y comunitaria.

1. CONTEXTO

Los avances logrados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS, en cuanto a aseguramiento, cobertura y accesibilidad, se han visto limitados en su aplicación y resultados, por la inadecuada capacidad de respuesta de administradores y prestadores de servicios, reflejada en: i) fragmentación de la atención, ii) poca resolutiveidad en la atención inicial de la población, iii) problemas de calidad y iv) enfoque primordial en la enfermedad y en un modelo hospitalario de prestación de servicios.

Para superar estas limitaciones y reducir las brechas de desigualdades evitables, el país ha avanzado en el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en salud -SGSSS- emitiendo la siguiente reglamentación:

La Ley 1164 de 2007, establece las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud, mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos.

Ley 1438 de 2011³, que busca en el marco de la Atención Primaria en Salud -APS- i) articular las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con una atención integral, integrada y continua basada en las necesidades y potencialidades de la población, ii) vincular las acciones intersectoriales para impactar los determinantes sociales de la salud, con una orientación

³ La ley 1438 de 2011 adoptó la APS como estrategia de reorganización del Sistema de Seguridad Social en Salud, y cita en su artículo 12: *De la atención primaria en salud. Adóptese la Estrategia de Atención Primaria en Salud que estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana. La Atención Primaria en Salud es 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 Sistema General de Seguridad Social en Salud. La atención primaria hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud.*

familiar y comunitaria, que promueve la participación social y comunitaria, y iii) el la gestión territorial.

El Plan Decenal de Salud Pública -PDSP-2012-2021, adoptado a través de la Resolución 1841 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS- mediante el que se busca la equidad en salud y el desarrollo humano de la población Colombiana. Está estructurado en tres componentes fundamentales: i) *enfoques conceptuales*, ii) *diseño estratégico* y iii) *líneas operativas*.

Los enfoques conceptuales, contienen: el enfoque de derechos (salud como el derecho al disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social), el enfoque de determinantes sociales (Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos)⁴, el enfoque diferencial (reconoce la diversidad por ciclo de vida, identidades de género, pertenencia étnica, discapacidad, y especiales situaciones de vulneración de derechos como desplazamiento y víctimas del conflicto, y de vulnerabilidad dada por la pobreza).

El diseño estratégico: Establece tres objetivos estratégicos: Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; cero tolerancia a la mortalidad y discapacidad evitable y mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes del territorio Colombiano.

Las líneas operativas: ordenan las acciones en: Promoción de la Salud, Gestión del Riesgo en Salud y Gestión de la Salud Pública.

Los enfoques conceptuales, el diseño estratégico y las líneas operativas del PDSP se concretan en ocho dimensiones prioritarias (salud ambiental; derechos sexuales y sexualidad; seguridad alimentaria y nutricional; comportamiento y convivencia social; vida saludable libre de enfermedades transmisibles; vida saludable, libre de condiciones evitables no transmisibles y discapacitantes y respuestas efectivas ante emergencias y desastres. Además de dos dimensiones transversales: (gestión diferencial de poblaciones vulnerables y gestión para el fortalecimiento institucional de los servicios de salud).

Decreto 859 de 2014, dispone que la Comisión Intersectorial de la Salud Pública es la instancia de coordinación y seguimiento de los diferentes sectores responsables en el desarrollo del PDSP 2012-2021.

La Resolución 518 de 2015 por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública -GSP- y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas -PIC.

⁴ Ley 1751 de 2015, artículo 9 “determinantes sociales de la salud.

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

La ley 1753 de 2015 por la cual se expide El Plan Nacional de Desarrollo para Colombia 2014 – 2018, en el artículo 65 establece: “*El Ministerio de Salud y Protección Social (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 Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones. Para la definición de la política integral en salud se integrarán los siguientes enfoques: i) atención primaria en salud (APS); ii) salud familiar y comunitaria, iii); 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 vida⁵, 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 2007⁶, 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*”.

La Resolución 1536 de 2015, establece disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud con el objeto de “*establecer las disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud a cargo de las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal,*

5 Resolución 0518 de 2015, artículo 3 numeral 3.3. Curso de vida: Es el conjunto de trayectorias que tiene un individuo y su familia de acuerdo a los roles que desarrolla a lo largo de la vida (hijo, padre, trabajador, esposo, jubilado, entre otros), las cuales están marcadas por transiciones y momentos significativos. Está influenciado por las condiciones biológicas, psicológicas, sociales en los entornos que se desenvuelve el individuo a lo largo de la vida, por las expectativas sociales referentes a la edad por condiciones históricas, culturales específicas así como por acontecimientos individuales únicos. Numeral 3.4 ...El abordaje con enfoque de curso de vida entiende que intervenir en atenciones oportunas en cada generación repercutirá en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de las intervenciones hechas en un periodo anterior.

6 La Ley 1164 de 2007, establece las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos.

así como de las instituciones del gobierno nacional; igualmente, establecer la obligaciones que para contribuir con éste propósito, deben cumplir las Entidades Promotoras de Salud _EPS, para las demás Entidades Administradoras de Planes de Beneficio –EAPB y las Administradoras de Riesgos Laborales -ARL, que serán de obligatorio cumplimiento, en el ámbito de sus competencias, por lo que deben acoger e integrar los insumos que permitan su ejecución”

Dentro de esas orientaciones, en concreto, el Ministerio de Salud y Protección Social está comprometido con la estructuración, implementación y evaluación de un nuevo modelo de atención integral en salud –MIAS, incluye el desarrollo del talento humano según las disposiciones de la Ley 1164 de 2007, la operación en redes integrales de servicios de salud, la conformación y fortalecimiento de prestadores primarios y complementarios, la ruta de atención integral con las acciones de promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida y las rutas específicas por grupos de riesgos, la articulación de las intervenciones individuales y colectivas, el desarrollo de incentivos en salud y la definición de requerimientos de información para el seguimiento y evaluación.

Para la implementación del MIAS el Ministerio de Salud y Protección Social trabaja en el dimensionamiento, reorganización y gestión de los servicios, para responder al análisis de la situación de salud en cada uno de los entornos territoriales y poblacionales específicos. Este proceso de construcción permitirá: i) planear y articular las acciones individuales y colectivas de salud consolidadas en los planes de salud territorial, ii) promover la salud, prevenir las enfermedades y gestionar de manera integral los riesgos individuales y los procesos de atención inherentes, iii) adoptar un abordaje efectivo de intervenciones colectivas y de salud pública a cargo de todos los actores del sistema, iv) gestionar acciones de alto impacto, a nivel inter y transectorial para controlar los riesgos e intervenir positivamente los determinantes sociales en salud, v) desarrollar los enfoques de la política integral de salud (APS, salud familiar y comunitaria, articulación de actividades individuales y colectivas y el enfoque poblacional y diferencial) para garantizar el derecho fundamental a la salud con oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad;⁷ mediante el fortalecimiento conceptual, organizacional y

⁷ Decreto 1011 de 2006 Características del sistema obligatorio de garantía de la calidad. La mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos. Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, se deberá cumplir con las siguientes características:

- Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
- Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

operativo, con la mayor capacidad de resolución posible, de los prestadores primarios .

Lo anterior implica una necesaria diferenciación en la concepción, estructuración, financiación y operación de *prestadores primarios* y *prestadores complementarios* de la atención, con la consolidación de redes integrales de servicios de salud acordes a la realidad de cada territorio. Los Prestadores primarios, (PP) se conciben como unidades funcionales y administrativas que conforman, organizan y gestionan los servicios de salud definidos como primarios, y que darán alcance a los requerimientos de gestión del proceso de cuidado de la salud, en el componente primario de la red integral de servicios de salud. Los PP dispondrán de talento humano en salud -THS- competente y organizado en equipos multidisciplinarios de salud -EMS-.

Estos Prestadores primarios se ubicarán cerca a la población y deberán contar con recursos pertinentes para la resolutivez ambulatoria y extramural que se determine. Los Prestadores complementarios realizarán actividades orientadas a atender la enfermedad y sus complicaciones, mediante talento humano en salud y recursos tecnológicos pertinentes. El desempeño de unos y otros prestadores será valorado y reconocido bajo los criterios diferenciales en: i) Gestión del servicio y ii) Resultados en salud.

En este contexto el enfoque de **salud familiar y comunitaria** como uno de los componentes del MIAS, orienta la reorganización del sistema de salud en función de la situación socio sanitaria de las personas, familias y comunidades. Es un proceso transdisciplinario y un campo de articulación que integra acciones individuales y colectivas, para aportar a la garantía del goce efectivo al derecho a la salud de toda la población. El enfoque de salud familiar y comunitaria orienta el desarrollo del talento humano y de la prestación de servicios de salud desde las necesidades, potencialidades y relaciones de las personas, familias y comunidades, en territorios y entornos específicos y reconocidos. En este enfoque, las poblaciones son adscritas, atendidas y acompañadas de manera integral por equipos multidisciplinarios de salud familiar y comunitaria.

El desarrollo del talento humano para aportar a la consolidación del modelo integral de atención en salud, requiere acciones de formación básica y continua, formación de agentes comunitarios, reorganización y articulación de servicios, planeación y gestión territorial, así como de mejoramiento de condiciones laborales, desarrollo de incentivos y redistribución para garantizar disponibilidad en todo el territorio, entre otros.

- Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

El impacto en el talento humano en salud desde el enfoque de salud familiar y comunitaria incluye, entre otros, los siguientes elementos:

- i) Fortalecimiento de la capacidad resolutive y reorganización del Talento Humano en Salud (THS) en el componente primario, que puede incluir prestaciones de baja y mediana complejidad, incorporando Equipos Multidisciplinarios de Salud.
- ii) Gestión y regulación para promover y monitorear las competencias, disponibilidad y suficiencia del THS en las IPS y las redes integrales de servicios
- iii) Consolidación de lineamientos para el desarrollo del THS, incluyendo orientaciones para garantizar el talento humano necesario para el desarrollo de los enfoques del MIAS.

2. JUSTIFICACIÓN

Para el Ministerio de Salud y Protección Social, el reto es garantizar, mediante el desarrollo del Modelo Integral de Atención en Salud, las condiciones requeridas para que el goce efectivo del derecho fundamental a la salud con calidad⁸

Consolidación de lineamientos para el desarrollo del THS, incluyendo orientaciones para garantizar el talento humano requerido para el desarrollo de los enfoques del MIAS.

La evidencia actual⁹ plantea que el centro de los procesos de reorganización de los sistemas de salud, así como del talento humano y de la prestación de los servicios debe ser la dinámica poblacional y territorial de las personas, y no solo el ámbito individual, sino la comprensión de las relaciones en el ámbito familiar y comunitario

Las recomendaciones internacionales sobre el desarrollo del Talento Humano en Salud en el enfoque de salud familiar y comunitaria¹⁰, apuntan no solo a fortalecer e incorporar algunos perfiles, como el del médico familiar, con participación en servicios específicos, sino a desarrollar procesos transversales que incluyen, entre otras acciones:

8 Decreto 1110 de 2006, título II artículo 3, Características de calidad del Sistema Obligatorio de garantía de la Calidad

9 Ibídem.

10 Propuesta metodológica para incluir el enfoque de salud familiar y comunitaria en las políticas, planes, programas y proyectos de salud, convenio de cooperación técnica No 485, MSPS, OPS/OMS, octubre de 2012.

- ☐ Definición, socialización y uso del perfil y competencias de los profesionales especializados en Salud Familiar y Comunitaria (SFC) que el sistema de salud necesita, definiendo su ubicación laboral.
- ☐ Gestión con el sector educativo y actores del SGSSS, para el desarrollo de programas de formación en servicio para los actuales profesionales de la salud, tanto a nivel de formación continua, como de especialización.
- ☐ Planeación e implementación de mecanismos de coordinación con el sector educativo, para incorporar en los programas académicos tanto de pre como de posgrado el enfoque de SFC, de acuerdo con las necesidades del país, incorporando los enfoques y herramientas de la política y los avances en la definición de competencias profesionales en los que ha participado el Ministerio de Salud y Protección y que pueden ser consultados en el siguiente enlace del observatorio de THS: https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/observatorio-talento-salud-home_9.aspx
- ☐ Desarrollo de sistemas de incentivos para las profesiones, especialidades y ocupaciones, que favorezcan tanto la formación en SFC como el desempeño de sus competencias con esa orientación y la ubicación en los territorios que más lo necesitan.

De acuerdo al MIAS, el desarrollo del talento humano en los *servicios primarios* se realizará a través de la conformación de Equipos Multidisciplinarios de Salud (EMS), que se plantean como un nuevo concepto funcional y organizativo que ha de garantizar un alto nivel de resolutiveidad en los servicios primarios, la gestión y el acceso coordinado a todos los servicios, incluyendo los de mediano y alto nivel de complejidad; donde cobra especial relevancia y pertinencia el rol de especialistas, profesionales, técnicos y tecnólogos formados en el enfoque de salud familiar y comunitaria, para responder a nivel primario por la implementación y articulación de los diferentes enfoques de la política.

Así mismo, se espera que la evaluación de la adecuada gestión de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-, estén condicionados por los resultados positivos en la salud de sus afiliados, respaldados por las redes que ellos deberán conformar y habilitar. Por consiguiente, las EAPB podrán considerar las alternativas que les proporcionen capacidades administrativas, de gestión clínica y asistencial, de análisis de riesgos y gestión de servicios, entre otras, que coadyuven a la consecución de los resultados en salud esperados.

Uno de los elementos fundamentales de este Programa, es el proyecto de fortalecimiento de las especialidades de Medicina Familiar y Salud Familiar y Comunitaria para los que ya se cuenta con los programas únicos nacionales curriculares, generando como nuevo reto la aplicación de la ruta para su implementación en el país. Actualmente, las instituciones del sistema de salud reconocen

los aportes significativos de los Médicos Familiares a los servicios de salud, situación que se refleja en el mejoramiento de su remuneración, el aumento de la demanda de estos profesionales y el incremento en la demanda de los programas de formación de Medicina Familiar. Los documentos pueden ser consultados en el siguiente enlace de la sala temática de salud familiar y comunitaria del observatorio de talento humano en salud: https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/observatorio-talento-salud-home_10.aspx

Así mismo se reconoce la necesidad de avanzar en la unificación de programas curriculares de pregrado en ciencias sociales y ciencias de la salud, la definición de perfiles y competencias del talento humano en salud con énfasis en los integrantes de los equipos multidisciplinarios de la salud.

El nuevo modelo integral de atención en salud, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su auto cuidado, gestión y promoción. Su énfasis está puesto en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud. En caso de enfermar, se preocupa que las personas sean atendidas en las etapas tempranas de la enfermedad, evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos.

Los elementos fundamentales de este enfoque se resumen en lo siguiente:

- ☑ Que esté centrado en las personas, facilitando el ejercicio pleno de sus deberes y derechos en salud;
- ☑ Que tenga un énfasis en lo promocional y preventivo; con enfoque familiar de los cuidados;
- ☑ Que sea integral tanto en la comprensión de los fenómenos, como en las formas de afrontarlos;
- ☑ Que garantice la continuidad, pertinencia, oportunidad, accesibilidad y seguridad en la atención, tanto en el componente primario como en el complementario (cuidados primarios y modalidades de atención especializada);
- ☑ Que trabaje en Red tanto sanitaria como social y que asegure la complementariedad que requieren las necesidades explícitas e implícitas en salud.

- ☑ Que atienda todos los problemas de salud, con alta capacidad para resolver los más frecuentes y gestionar la atención en el componente complementario de los que requieran servicios especializados o de atención en otros sectores;
- ☑ Que gestione espacios para la participación en salud y la inter y transectorialidad;

Para el cumplimiento de estos elementos el número de médicos familiares, así como de profesionales con formación de posgrado en salud familiar y comunitaria disponibles en el país, resulta insuficiente frente a los requerimientos actuales y futuros¹¹. Se estima que para garantizar el adecuado desarrollo de las estrategias e iniciativas arriba planteadas el país requiere por lo menos 5000 médicos familiares¹². También se requiere fortalecer la formación de otros profesionales en el enfoque de salud familiar y comunitaria e introducirlo en los currículos de pregrado de las profesiones del área la salud.

Por todo lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social considera como prioridad, la formación de especialistas en medicina familiar y de otros profesionales en la especialización de salud familiar, así como de procesos de formación básica y continua para las diferentes especializaciones, profesiones y ocupaciones.

La primera fase de este programa se ha concentrado en el proyecto de gestión, formación y direccionamiento para garantizar la formación de médicos familiares y especialistas en salud familiar y comunitaria, así como las acciones de transformación y armonización de servicios en el contexto de estrategias demostrativas de sus impactos en el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

En coordinación con otros actores, esta primera fase se culminó con la validación de los programas únicos nacionales de las especializaciones de Medicina Familiar y Salud Familiar y Comunitaria.

En las siguientes fases se plantea avanzar en la estandarización de currículos de los programas de formación de técnicos, profesionales y especialistas en el enfoque de salud familiar y comunitaria; la formación de agentes comunitarios; las estrategias de formación continua, así como la organización y transformación de servicios de salud y la planeación y gestión territorial que se

11 Al consultar la base de datos del Sistema Nacional de Información de Educación Superior del Ministerio de Educación Nacional, solo 197 médicos se habían graduado de la especialización en medicina familiar entre el año 2000 y 2012. Si consideramos otros programas de especialización en salud familiar, salud familiar integral, y salud familiar y comunitaria, en Colombia, se habían graduado en el mismo periodo, 478 profesionales.

12 El número de médicos familiares por habitante que requiere cada país cambia de acuerdo a las características sociales, económicas, al sistema de salud, al equilibrio entre el mercado académico, laboral y de servicios y al modelo de prestación de servicios de salud. Para el caso colombiano, y como parte de la construcción de este Programa Nacional de Salud Familiar, se requiere modelar y estimar con mayor precisión el indicador de número de médicos familiares por cada 100.000 habitantes. Inicialmente se toma como referencia el indicador de un (1) médico familiar por cada 10.000 habitantes.

requiere como escenarios donde sea viable aplicar la salud familiar y comunitaria.

3. OBJETIVO GENERAL

Orientar la implementación del enfoque de salud familiar y comunitaria en el desarrollo del Talento Humano en Salud (THS), la organización de los servicios de salud y la planeación y gestión territorial en salud

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Orientar la formación de posgrados en medicina familiar, y en salud familiar y comunitaria
2. Coordinar el desarrollo de procesos de formación continua del Talento Humano en Salud, de acuerdo a los enfoques de la Política Integral de Salud y demás lineamientos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Promover el ajuste curricular a nivel de la formación de pregrado y postgrado de profesiones de ciencias de la salud y afines, para la incorporación de los enfoques de la Política Integral de Salud, de las competencias profesionales y demás lineamientos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.
4. Fortalecer los procesos de formación de agentes comunitarios en salud, de acuerdo a los enfoques de la Política Integral de Salud y demás lineamientos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.
5. Promover la transformación y armonización de las redes integrales de servicios de salud, de acuerdo a los enfoques de la Política Integral de Salud y demás lineamientos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.
6. Dirigir el desarrollo del talento humano que requieren los modelos y planes de salud territorial, tanto a nivel del cuidado de la salud, como de la gestión territorial. (identificación de brechas entre el THSD necesario, el disponible, estrategias para evaluar su desempeño e incentivar programas de formación, sistema de incentivos, fuente de financiamiento e información del THS).

5. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:

En el contexto del sistema de salud colombiano, y de los retos que plantea el Plan Decenal de Salud Pública -PDSP 2012 - 2021, así como el mandato hacia la progresividad en el derecho fundamental de la salud, y los enfoques de la política integral de salud (APS, Salud Familiar y

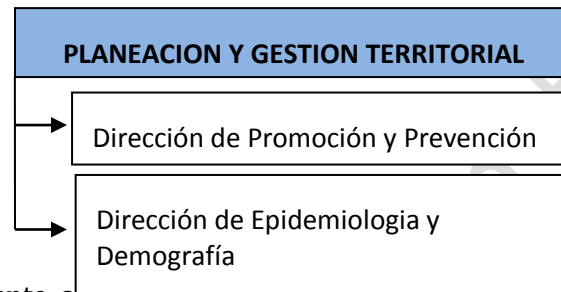
Comunitaria, articulación de actividades individuales y colectivas y enfoque poblacional y diferencia), el Ministerio de Salud y Protección Social en concordancia con el proceso de construcción participativa, actualiza el Programa Nacional de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria, que en su primera fase aportó al país los programas únicos nacionales para las especialidades de medicina familiar y salud familiar y comunitaria y proyectó los procesos de; i) Desarrollo de procesos de formación continua del Talento Humano en Salud; ii) ajuste curricular a nivel de la formación de pregrado y postgrado de profesiones de ciencias de la salud y afines, para la incorporación de los enfoques de la Política Integral de Salud, de las competencias profesionales y demás lineamientos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social; iii) formación de agentes comunitarios en salud; v) transformación y armonización de las redes integrales de servicios de salud; vi) desarrollo del talento humano que requieren los modelos y planes de salud territorial, tanto a nivel del cuidado de la salud, como de la gestión territorial.

El direccionamiento general del Programa se realiza desde el Vice ministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios.

A continuación se presenta un esquema con la estructura general del Programa.

ESQUEMA 1. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE MEDICINA Y SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA





En cada componente se enuncian los procesos que lo conforman. Para el componente de Desarrollo Integral del Talento Humano en Salud se realiza la caracterización general de los procesos, estableciendo: i) objetivos, ii) metas, iii) avances al año 2015, iv) acciones, v) indicadores, vi) responsables y vi) cronograma.

5.1. **COMPONENTE I DESARROLLO INTEGRAL DEL TALENTO HUMANO EN SALUD**

Procesos:

- ② **Formación de médicos especialistas en Medicina Familiar:** Gestión para el fortalecimiento de profesionales en medicina especializados en Medicina Familiar.
- ② **Especialización en Salud Familiar y Comunitaria:** Gestión para el fortalecimiento del talento humano especializado en salud familiar y comunitaria para profesionales no médicos.
- ② **Formación continua:** Gestión para que el Talento Humano en Salud (especialistas, profesiones y ocupaciones) que se desempeñan en la administración, dirección o prestación de servicios de salud articulen en su ejercicio los enfoques de la Política Integral de Salud y demás lineamientos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.
- ② **Formación de Pregrado:** Gestión para el fortalecimiento de los enfoques de la política integral

de salud en la formación de pregrado en programas del área de la salud y ciencias sociales afines.

- ☐ **Formación de agentes comunitarios:** Gestión para fortalecer la disponibilidad pertinencia de las acciones de agentes comunitario de acuerdo a los enfoques de la política integral de salud.

5.2. **COMPONENTE II TRANSFORMACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS**

Procesos:

- ☐ **Componente primario y componente complementario de la salud:** Gestión para la organización de la atención, prestación, evaluación y mejora de la salud y su fortalecimiento con prestación de servicios a través de prestadores primarios y complementarios.
- ☐ **Redes integrales de servicios de salud:** Gestión para garantizar la continuidad de la atención y la integralidad de acciones tanto en lo promocional, preventivo como en el diagnóstico, terapéutico, rehabilitación y paliación.
- ☐ **Equipos multidisciplinarios de salud:** Gestión para conformar, mantener y articular los equipos multidisciplinarios de salud.
- ☐ **Modelo integral de financiamiento:** Gestión para garantizar la disponibilidad, flujo y complementariedad de los recursos financieros, eliminando el fraccionamiento y desarticulación de las diferentes fuentes de recursos. El modelo de financiamiento debe ser armónico con el modelo de atención integral de salud.
- ☐ **Herramientas de salud familiar y comunitaria:** Gestión para el diseño, validación, despliegue, implementación, disponibilidad, mantenimiento y mejora de herramientas de salud familiar y comunitaria.
- ☐ **Adscripción de personas, familias y comunidades:** Gestión para desarrollar los mecanismos para la adscripción de personas, familias y comunidades a equipos multidisciplinarios de la salud.
- ☐ **Planeación y articulación de acciones individuales y colectivas en salud:** Gestión para consolidar y articular las acciones individuales y colectivas que requieren las personas, familias y comunidades frente al derecho fundamental de la salud a través de la definición, implementación y evaluación del plan integral de cuidado primario personal, familiar y comunitario.

- ② **Rutas de atención:** Gestión para implementar, desarrollar, evaluar la ruta de atención integral de promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida y las rutas específicas por grupos de riesgos.
- ② **Definición implementación y evaluación de procesos de atención con enfoque diferencial y poblacional:** Gestión para garantizar la viabilidad, técnica, científica y financiera de los procesos diferenciales para la atención en salud que requiere la población de acuerdo a las particularidades de sus determinantes sociales.
- ② **Información, evaluación, seguimiento y mejora:** Gestión para la consolidación sistemática, el análisis, interpretación, evaluación de la información en salud que permita medir los indicadores y avances en las metas establecidas, identificar las brechas entre lo observado y lo esperado, estableciendo mecanismos de mejora permanente hacia el logro de los objetivos planteados en el marco del modelo integral de atención en salud.

5.3. **COMPONENTE III PLANEACIÓN Y GESTIÓN TERRITORIAL.**

Procesos:

- ② **Análisis de situación de salud:** identificación de las necesidades en salud, los grupos de riesgo y las potencialidades de las personas familias y comunidades.
- ② **Diagnóstico y priorización:** Incluye las priorización de necesidades de talento humano en salud de cada perfil, identificando disponibilidad y caracterización del talento humano en salud, así como la oferta académica para la formación de pregrado, posgrados con énfasis en la especialidad de medicina familiar y la especialización de salud familiar y comunitaria, convenios docencia-servicio existentes, programas extramurales con enfoque de salud familiar y comunitaria en los entornos educativos, laboral, hogar y en acciones de promoción social, cultural, recreación y deporte, organizaciones religiosas, organizaciones no gubernamentales, gobierno territorial como gobernación, alcaldías y corregimientos. entre otros.
- ② **Financiamiento territorial:** Gestión para fortalecer el desarrollo integral del THS.
- ② **Estrategias de formación continua del THS:** Gestión para fortalecer en el THS que se encuentra en la prestación de servicios de salud el conocimiento y aplicación de los enfoques de la política integral de salud.

- ❑ **Intersectorialidad y Participación social:** Gestión para que en el ejercicio y desempeño de THS de los equipos multidisciplinarios de la salud se articule la prestación de servicios con los mecanismos de intersectorialidad y participación social, ciudadana y comunitaria.
- ❑ **Incentivos:** Identificación y gestión para la implementación y mantenimiento de incentivos para el THS, que contribuyan a la permanencia en zonas de alta ruralidad y al logro de resultados positivos para la salud de la población atendida.
- ❑ **Competencias de gestión, administración y dirección:** Gestión para la identificación de competencias del THS por perfiles que conforman los equipos multidisciplinarios de la salud y el THS que se desempeña en la administración, dirección y gerencia de la gestión y atención en salud.
- ❑ **Gestión del conocimiento:** Identificar a nivel transectorial las necesidades de conocimiento para la garantía del derecho a la salud de los habitantes de cada territorio colombiano.

5.4. **CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LOS PROCESOS DEL COMPONENTE DE DESARROLLO INTEGRAL DEL TALENTO HUMANO EN SALUD.**

COMPONENTE I	I. DESARROLLO INTEGRAL DEL TALENTO HUMANO EN SALUD -THS.
OBJETIVO COMPONENTE I	Direccionar los procesos para la gestión, formación, ejercicio y desempeño del THS, de acuerdo a las competencias y suficiencia necesarias para responder al derecho fundamental a la salud de los habitantes del territorio colombiano, a través de la aplicación de los enfoques de la política integral de salud.
PROCESO (1)	Formación de médicos especialistas en Medicina Familiar -EMF-
OBJETIVO DEL PROCESO 1	Fortalecer el desarrollo de médicos familiares, en competencias y suficiencia en cada territorio nacional, para dar respuesta a las necesidades en salud de la población, a través de la aplicación de los enfoques de la política integral de salud.
METAS PROCESO 1	1. Al año 2015 contar con el Programa Único Nacional para la especialización en medicina familiar (PUNEMF). 2. Al año 2020 el 100% de IES con programas activos de EMF habrán ajustado el currículo al PUNEMF. 3. Al año 2021 el país contará con 5000 médicos familiares, competentes en su ejercicio y desempeño y distribuidos en el país de acuerdo a las necesidades de cada territorio.
POBLACIÓN OBJETO	Profesionales en medicina que optan por la especialización en medicina familiar.

PROCESO 1. FASE 1: ENFOQUE (P)						
Estandarización del programa único nacional de la especialización en medicina familiar (PUNEMF).						
ACCIONES	RESPONSABLES	AVANCES DEL PROCESO A OCTUBRE DE 2015	INDICADORES DEL PROCESO	RESULTADO INDICADOR	CRONOGRAMA	
					I Semestre	II Semestre
Definición participativa del perfil y competencias profesionales del médico familiar.	MSPS, Instituciones de educación superior -IES, con programas activos o en proceso de renovación de la especialidad en medicina familiar, Asociación colombiana de universidades, MEN.	Se cuenta con el programa único nacional de la especialización en medicina familiar -PUNEMF- avalado por el equipo directivo del Vice ministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios, delegados de la Asociación Colombiana de Universidades (ASCUN), Ministerio de Educación Nacional (MEN), algunas Direcciones Territoriales de Salud, Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) e Institución Prestadoras de Servicios de Salud (IPS); en proceso de adopción por la comisión nacional de aseguramiento de la calidad de la educación superior (CONACES)	Existencia del programa único nacional de la especialización en medicina familiar, validado con la IES que cuentan con el programa en el país, asociaciones y en proceso de adopción por la comisión nacional de aseguramiento de la calidad de la educación superior (CONACES)	90%	2014	
Construcción participativa currículo básico para la especialización en medicina familiar.	Direcciones del MSPS, IES				2014	
Ajustes, validación y aprobación del programa único de la especialización en Medicina Familiar	Ministerio de Educación Nacional -MEN, MSPS, CONACES					2015

PROCESO 1. FASE 2: DESPLIEGUE (H) Socialización del Programa Unico Nacional de la especialización de Medicina Familiar (PUNESFyC)						
ACCIONES	RESPONSABLES	AVANCES DEL PROCESO A OCTUBRE DE 2015	INDICADORES DEL PROCESO	RESULTADO INDICADOR	CRONOGRAMA	
					I Semestre	II Semestre
Publicación del Programa Unico Nacional de la especialización de Medicina Familiar en el observatorio de talento humano en salud	MSPS (DDTHS)	Acción en proceso	Existencia de publicación del Programa Unico Nacional de la especialización de Medicina Familiar en observatorio de THS.	0%		2015
Socialización del programa único nacional de la especialización en medicina familiar a las IES que cuentan con el programa o están en proceso de apertura o renovación	MSPS-DDTHS	Se ha realizado socialización del programa a las 7 IES que a mayo de 2015 tienen activo el programa de la especialización de medicina familiar y a las 13 IES que han manifestado el interés de realizar la apertura del programa activo a mayo del 2015.	Proporción de IES que tienen el programa de especialización en MF a las que se socializa el Programa Unico Nacional de la especialización de Medicina Familiar.	100%		
Socialización del programa al 100% de universidades del país que cuentan con programas de pregrado de medicina	MSPS-DDTHS	Se ha realizado socialización del programa a las 20 IES que tiene el programa de pregrado en medicina. realizar la apertura del programa activo a mayo del 2015.		36%		2016
Socialización del programa único nacional de la especialización en medicina familiar en las secretarías departamentales de salud y Bogotá.	MSPS-DDTHS - IES que cuentan con el programa de especialización en medicina familiar.	Se ha socializado el Programa Unico Nacional de la especialización de Medicina Familiar a las secretarías de salud departamentales de: Boyaca, Nariño, Huila, Atlantico y Santander.	Proporción de secretarías de salud departamentales a las que se socializa el PUNEMF. (Número de secretarías de salud departamentales a las que se ha socializado el PUNEMF/Total secretarías de salud departamentales del País *100)	15%	2016	

PROCESO 1. FASE 3: IMPLEMENTACIÓN (H).						
Apertura y Renovación de Programas de Especialización en Medicina Familiar de acuerdo al Programa Unico Nacional de la especialización en Medicina Familiar.						
ACCIONES	RESPONSABLES	AVANCES DEL PROCESO A OCTUBRE DE 2015	INDICADORES DEL PROCESO	RESULTADO INDICADOR	CRONOGRAMA	
					I Semestre	II Semestre
Gestión para realizar el ajuste curricular de acuerdo al Programa Unico Nacional de la especialización de Medicina Familiar, según modalidad seleccionada por cada IES.	IES que para el año 2015 cuentan con programa activo de la especialización en medicina familiar.	Al mes de octubre de 2015, seis (7) IES tienen programas activos para la especialización en medicina familiar, según el SNIES: Fundación Universitaria de Ciencias de La Salud, Pontificia Universidad Javeriana, Universidad de La Sabana, Universidad del Cauca, Universidad del Valle, Universidad El Bosque, Universidad Juan N Coropas.	Proporción de IES con ajuste curricular al Programa Unico Nacional de la especialización de Medicina Familiar.		2021	
Gestión para la apertura de nuevos programas de especialización en medicina familiar de acuerdo al Programa Unico Nacional de la especialización de Medicina Familiar.	IES que para el año 2015 no tienen programas activos de la especialización en medicina familiar y que desean abrir el programa.	13 IES han manifestado el interés por realizar la apertura del programa: Universidad Nacional De Colombia, Universidad De Ciencias Aplicadas Y Ambientales, Universidad Militar Nueva Granada, Universidad De Los Andes, Universidad Libre Seccional Barranquilla, Pontificia Universidad Javeriana De Cali, Fundación Universitaria San Martín - Pasto, Universidad De Nariño, Universidad Del Tolima, Universidad Sur Colombiana, Universidad De Santander - Udes, Universidad Industrial De Santander -	Número IES que al año 2015 no tienen programa activo en la especialización de medicina familiar y que se encuentran en proceso para su apertura.	0%		2021
Gestión con el MEN para facilitar la actualización y asignación de registro calificado a las IES que realizan trámite para apertura o renovación de programas de especialización en medicina familiar.	IES, Entidades territoriales, EPS, IPS					
Identificación de los criterios para garantizar los escenarios de práctica que se requieren para el programa de EMF.	Ministerio de Educación Nacional -MEN, MSPS, CONACES	El grupo que participó en la construcción del programa, aportó recomendaciones para establecer los criterios para garantizar los escenarios de práctica que se requieren para el programa de EMF.	Existencia de criterios avalados y aprobados para garantizar los escenarios de práctica que se requieren para el programa de EMF.		A partir del año 2016 y en lo sucesivo de manera permanente	

PROCESO 1. FASE 4 EVALUACION DE RESULTADOS.						
Evaluación de la competencia y suficiencia de médicos familiares en ejercicio y desempeño de la especialidad.						
ACCIONES	RESPONSABLES	AVANCES DEL PROCESO A OCTUBRE DE 2015	INDICADORES DEL PROCESO	RESULTADO INDICADOR	CRONOGRAMA	
					I Semestre	II Semestre
Definición y estructuración de metodología para identificar por departamentos del territorio nacional el número de médicos familiares que se requieren formar y la agenda programática por región para alcanzar la meta regional y nacional.	MSPS - DTS - IES	Se ha establecido que Colombia requiere de 5000 médicos familiares para la implementación de los enfoques de la política de integral de salud. Se dispone información de: i) registro de talento humano en salud -RETUS, donde se identifica el número de médicos familiares certificados en cada territorio; este registro no especifica el área de desempeño (asistencial o administrativa o si se desempeñan como médicos familiares), ii) sistema de información hospitalaria - SIHO, aporta información del THS de planta que se encuentra en la prestación de servicios en hospitales públicos, careciendo de información de THS contratista y THS de prestadores privados. Los departamentos de Boyaca y Caldas, disponen de estrategias para identificar el número de THS por perfiles que se encuentran en la prestación de servicios asistenciales y establecer la brecha entre el THS por perfiles existente y el necesario.	Existencia de metodología para establecer el número de THS que actualmente se encuentra en ejercicio y desempeño por cada uno de los departamentos de Colombia, y los que se requieren formar para dar cumplimiento a los enfoques de la política integral en salud. (incluye médicos familiares).	0		2016
			Número de médicos familiares que se encuentran en ejercicio y desempeño en el componente primario de la atención en salud	Sin dato		2021

PROCESO 1. FASE 5: SEGUIMIENTO, AJUSTE Y MEJORA. Gestionar ajustes pertinentes (de acuerdo a los resultados semestrales de indicadores de las fases 1 a la 4 del proceso de formación de médicos familiares).						
ACCIONES	RESPONSABLES	AVANCES DEL PROCESO A OCTUBRE DE 2015	INDICADORES DEL PROCESO	RESULTADO INDICADOR	CRONOGRAMA	
					I Semestre	II Semestre
Gestión para el análisis e interpretación de los resultados de los indicadores del proceso de formación de médicos familiares, identificando las brechas entre el resultado semestral observado y la meta establecida.	DTS, EPS, IPS, ESE, IES	No se ha iniciado	Proporción de DTS, EPS, IPS, ESE, IES que disponen del análisis e interpretación de los resultados de los indicadores del proceso de formación de médicos familiares, identificando las brechas entre el resultado semestral observado y la meta establecida.	0%	A partir del primer semestre del año 2016 al 2021	2021
Identificación y gestión de las acciones requeridas para corregir desviaciones entre el resultado esperado de indicadores y el resultado observado respecto a la formación de médicos familiares.	DTS, EPS, IPS, ESE, IES	No se ha iniciado	Proporción de DTS, EPS, IPS, ESE, IES que identifican y gestionan acciones para corregir desviaciones entre el resultado esperado de indicadores y el resultado observado, en la formación de médicos familiares.	0%	A partir del primer semestre del año 2016 al 2021	2021
		No se ha iniciado	Proporción de DTS, EPS, IPS, ESE, IES que al año 2021 cuentan con médicos familiares competentes y suficientes en cada territorio nacional, para responder al derecho fundamental de la salud, aplicando los enfoques de la política integral de salud.	0%		2021

COMPONENTE I	I. DESARROLLO INTEGRAL DEL TALENTO HUMANO EN SALUD - THS.
OBJETIVO COMPONENTE I	Direccionar los procesos para la gestión, formación, ejercicio y desempeño del THS, de acuerdo a las competencias y suficiencia necesarias para responder al derecho fundamental a la salud de los habitantes del territorio colombiano a través de la aplicación de los enfoques de la política integral de salud.
PROCESO (2)	Formación de especialistas en salud familiar y comunitaria -SFyC.
OBJETIVO DEL PROCESO 2	Fortalecer el desarrollo del talento humano en salud especializado en salud familiar y comunitaria en competencias y suficiencia en cada territorio nacional, para dar respuesta a las necesidades en salud de la población a través de la aplicación de los enfoques de la política integral de salud.
METAS PROCESO 2	1. Al año 2015 contar con el Programa Único Nacional para la Especialización de SFyC -PUNESFyC 2. Al año 2020 el 100% de IES con programas activos de especialización en SFyC habrán ajustado el currículo al PUNESFyC 3. Al año 2021 Colombia contará con especialistas en SFyC con las competencias y suficiencia necesarias de acuerdo a los estándares establecidos por el MSPS y el Ministerio de Educación Nacional -MEN.
POBLACION OBJETO	Profesionales no médicos que participan del cuidado de la salud de la población, en el marco de la Política Integral de Salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

PROCESO 2. FASE 1: ENFOQUE (P)
Estandarización del programa único nacional de la especialización en SFyC (PUNESFyC).

ACCIONES	RESPONSABLES	AVANCES DEL PROCESO A OCTUBRE DE 2015	INDICADORES DEL PROCESO	RESULTADO INDICADOR	CRONOGRAMA	
					I Semestre	II Semestre
Revisión bibliográfica y de experiencias previas, nacionales e internacionales.	MSPS, MEN, IES que cuentan con el programa de la especialización de SFyC. EAPB, Asociaciones y agremiaciones de profesionales.	Se cuenta con el programa único nacional de la especialización en salud familiar y comunitaria (PUNESFyC) avalado por las IES que cuentan con el programa en el país y en proceso de adopción por CONACE	Existencia del programa único nacional de la especialización en salud familiar y comunitaria validado con la IES que cuentan con el programa en el país en proceso de adopción por CONACES.	98%	2014	
Retroalimentación y validación de la propuesta de referentes teóricos-conceptuales, justificación y perfil y competencias.					2014	
Ajuste a los documentos presentados.					2014	
Retroalimentación y validación del perfil y competencias profesionales.					2014	
Diseño de currículo basado en competencias y de las orientaciones para los escenarios de práctica.					2014	
Retroalimentación y validación del currículo basado en competencias y de las orientaciones para escenarios de práctica.						2014
Consolidación y armonización del documento del programa único de la especialización.					2015	
Validación con expertos: MEN, dependencias del MSPS, EPS, IPS, entre otros actores.					2015	



MINSALUD

Documento en construcción

PROCESO 2. FASE 2: DESPLIEGUE (H)						
Socialización del Programa Único Nacional de la especialización de Salud Familiar y Comunitaria.						
ACCIONES	RESPONSABLES	AVANCES DEL PROCESO A OCTUBRE DE 2015	INDICADORES DEL PROCESO	RESULTADO INDICADOR	CRONOGRAMA	
					I Semestre	II Semestre
Publicación del PUNESFyC en el observatorio de talento humano en salud	MSPS.DDTHS	Acción en proceso	Existencia de publicación del PUNESFyC en observatorio de THS	0%		2015
Socialización del programa único nacional de la especialización en salud familiar y comunitaria a las instituciones y entidades participantes en su construcción.	MSPS-DDTHS	Se ha realizado socialización del programa a las 32 instituciones y entidades participantes en la construcción del programa	Proporción instituciones y entidades participantes en la construcción del programa a las que se socializó el programa aprobado.	100%		2015
PROCESO 2. FASE 3: IMPLEMENTACION (H).						
Apertura y Renovación de Programas de Especialización en Salud Familiar y Comunitaria de acuerdo al PUNESFyC						
ACCIONES	RESPONSABLE	AVANCES DEL PROCESO A OCTUBRE DE 2015	INDICADORES DEL PROCESO	RESULTADO INDICADOR	CRONOGRAMA	
					I Semestre	II Semestre
Gestión para la apertura o renovación del programa de especialización en SFyC ajustado al programa único nacional de la especialización en salud familiar y comunitaria.	IES que optan por la afaerta del programa de especialización en salud familiar y comunitaria.	Al mes de octubre de 2015, seis (6) IES tienen programas activos para la especialización en SFyC, según el SNIES: Fundación Universitaria los Libertadores, Universidad de los Llanos, Universidad del Valle, Universidad del Bosque, Universidad Nacional de Colombia y Universidad Popular del Cesar. De las cuales la Universidad del Valle y la Universidad Nacional ya han realizado el ajuste curricular al PUNSFyC. Se encuentra en proceso de recolección de información por fuente directa con la IES para la actualización de datos del programa, dado que algunas IES que tienen activo el programa no lo ofertan.	Proporción de IES con programa activo de la especialización de salud familiar y comunitaria que lo han ajustado al programa único nacional para la especialidad.	33%	2021	

PROCESO 2. FASE 4 EVALUACION DE RESULTADOS.						
Evaluación de la competencia y suficiencia de Especialistas en salud familiar y comunitaria en ejercicio y desempeño de la especialidad en SFyC, en el componente primario de la atención en salud.						
ACCIONES	RESPONSABLES	AVANCES DEL PROCESO A OCTUBRE DE 2015	INDICADORES DEL PROCESO	RESULTADO INDICADOR	CRONOGRAMA	
					I Semestre	II Semestre
Definición y estructuración de metodología para identificar el estandar del número de especialistas en salud familiar y comunitaria que requiere el país.	MSPS (DDTHS, Dirección de Epidemiología y Demografía	No se dispone de una metodología que permita establecer el estandar del número de especialistas en salud familiar y comunitaria que se requieren en el país para aportar desde sus competencias a la implementación de los enfoques de la política integral de salud.	Existencia de metodología para establecer el estandar del número de especialistas en salud familiar y comunitaria que se requieren en el país para dar cumplimiento a los enfoques de la política integral de salud.	0%	2016	
Identificación de las necesidades de formación de especialistas en salud familiar y comunitaria en cada uno de los departamentos del País, de acuerdo a metodología establecida por el MSPS.	MSPS (DDTHS,	El departamento de Caldas ha iniciado el proceso para identificar el número de especialistas en salud familiar y comunitaria en ejercicio.	Diferencia entre el número de especialistas en salud familiar y comunitaria necesarios en cada departamento del territorio colombiano y el número de especialistas en SFyC en ejercicio.	Sin dato	2017	
Programación por departamentos de la formación de especialistas en salud familiar y comunitaria de acuerdo a las necesidades identificadas.	MSPS (DDTHS) IES, DTS.	No se ha iniciado	Proporción de cumplimiento de la meta establecida al año 2021 de especialistas en salud familiar y comunitaria por departamentos.	Sin dato		2016
Establecer la metodología para medir el desempeño de los especialistas en SFyC.	MSPS (DDTHS) IES, DTS.	No se ha iniciado	Existencia de metodología para medir el desempeño de los especialistas en SFyC.	0%	2017	
Medir el desempeño de los especialistas en SFyC	IES, DTS, EPS, IPS, ESE		Proporción de departamentos del territorio colombiano que cuentan con el resultado de la medición del desempeño de los especialistas en SFyC	0%		2018

PROCESO 2. FASE 5: SEGUIMIENTO, AJUSTE Y MEJORA. Gestionar ajustes pertinentes de acuerdo a los resultados semestrales de indicadores de las fases 1 a la 4 del proceso de formación de especialistas en salud familiar y comunitaria.						
ACCIONES	RESPONSABLES	AVANCES DEL PROCESO A OCTUBRE DE 2015	INDICADORES DEL PROCESO	RESULTADO INDICADOR	CRONOGRAMA	
					I Semestre	II Semestre
Gestión para el análisis e interpretación de los resultados de los indicadores del proceso de formación de especialistas en SFyC, identificando las brechas entre el resultado semestral observado y la meta establecida.	DTS, EPS, IPS, ESE, IES	No se ha iniciado	Proporción de DTS, EPS, IPS, ESE, IES que disponen del análisis e interpretación de los resultados de los indicadores del proceso de formación de especialistas en SFyC, identificando las brechas entre el resultado semestral observado y la meta establecida.	0%	a partir del primer semestre del año 2016 al 2021	2021
Identificación y gestión las acciones requeridas para corregir desviaciones entre el resultado esperado de indicadores y el resultado observado	DTS, EPS, IPS, ESE, IES	No se ha iniciado	Proporción de DTS, EPS, IPS, ESE, IES que identifican y gestionan acciones para corregir desviaciones entre el resultado esperado de indicadores y el resultado observado.	0%	a partir del primer semestre del año 2016 al 2021	2021
		No se ha iniciado	Proporción de DTS, EPS, IPS, ESE, IES que al año 2021 cuentan con especialistas en SFyC suficientes y competentes (de acuerdo a metodología establecida) para responder al derecho fundamental de la salud aplicando los enfoques de la política integral de atención en salud.	0%		2021

COMPONENTE I	I. DESARROLLO INTEGRAL DEL TALENTO HUMANO EN SALUD -THS.
OBJETIVO COMPONENTE I	Direccionar los procesos para la gestión, formación, ejercicio y desempeño del THS, de acuerdo a las competencias y suficiencia necesarias para responder al derecho fundamental a la salud de los habitantes del territorio colombiano a través de la aplicación de los enfoques de la política integral de salud.
PROCESO (3)	Formación continua del THS en los enfoques de la política integral de salud.
OBJETIVO PROCESO 3	Fortalecer el desarrollo de THS (especialistas, profesiones y ocupaciones) en los enfoques de la política integral de salud.
METAS PROCESO 3	1. Al año 2016 contar con una metodología de formación continua del THS que se encuentra en servicio para fortalecer sus competencias en la implementación, mantenimiento, evaluación y mejora de los enfoques de la política integral de salud. 2. Al año 2018 al menos el 80% de las ESE y la IPS estarán desarrollando programas de formación continua del THS en el fortalecimiento de sus competencias para la implementación, mantenimiento, evaluación y mejora de los enfoques de la política integral de salud. 3. Al año 2021 el país contará al menos con el 80% del THS que se encuentra en servicio con acceso a programas de formación continua en ejercicio y desempeño, aplicando los enfoques de la política integral de salud.
POBLACION OBJETO	Técnicos, tecnólogos, profesionales y especialistas del área de la salud y ciencias sociales que se desempeñan en el área de la salud, en ejercicio de actividades asistenciales o administrativas y directivas.

PROCESO 3. FASE 1: ENFOQUE (P)
Diseño de metodología para la formación continua del THS que se encuentra en servicio.

ACCIONES	RESPONSABLES	AVANCES DEL PROCESO A OCTUBRE DE 2015	INDICADORES DEL PROCESO	RESULTADO INDICADOR	CRONOGRAMA	
					I Semestre	II Semestre
Definición participativa de la metodología para la formación continua del THS que se encuentra en servicio.	IES, Instituciones con programas de salud para el trabajo y el desarrollo humano, MEN.	La DDTHS del MSPS cuenta con un proyecto de resolución de educación continua en salud.	Existencia de metodología para la formación continua del THS que se encuentra en servicio.	0%	2016	
Identificación de fuentes de financiamiento para los programas de formación continua del THS	DTS, EPS, ESE, IPS, IES, Instituciones con programas de salud certificados para el trabajo y el desarrollo humano	Caldas, Nariño y Boyaca, han iniciado planes de trabajo territoriales para la consecución de fuentes de financiamiento para programas de formación continua	Proporción de Departamentos que cuentan con fuentes de financiamiento formalmente establecidas para la formación continua del THS	SD		2016

PROCESO 3. FASE 3: IMPLEMENTACION (H). Desarrollo de programas de formación continua para el THS que se encuentra en servicio						
ACCIONES	RESPONSABLES	AVANCES DEL PROCESO A OCTUBRE DE 2015	INDICADORES DEL PROCESO	RESULTADO INDICADOR	CRONOGRAMA	
					I Semestre	II Semestre
Gestión para el desarrollo de programas de formación continua del THS que se encuentra en servicio para fortalecer sus competencias en implementación, mantenimiento, evaluación y mejora de los enfoques de la política integral de salud.	DTS, EPS, ESE, IPS, IES.	Están en desarrollo convenios y contratos para realizar cursos virtuales o semipresenciales, para fortalecer las competencias de THS que se encuentra en servicio, particularmente en temas de enfermedades crónicas. Sin embargo se ha identificado la necesidad de establecer lineamientos técnicos para el desarrollo de dichos cursos virtuales.	Proporción de EPS, ESE, IPS, que desarrollan programas de formación continua del THS que se encuentra en servicio para fortalecer sus competencias en la implementación, mantenimiento, evaluación y mejora de los enfoques de la PAIS.	Sin dato	Inicia en el año 2016 y en lo sucesivo el proceso es permanente	

PROCESO 3. FASE 4 EVALUACION DE RESULTADOS.

Evaluación de competencias del THS que se encuentra en servicio (respecto a la implementación, mantenimiento, seguimiento y mejora de los enfoques de la política integral de salud.

ACCIONES	RESPONSABLES	AVANCES DEL PROCESO A OCTUBRE DE 2015	INDICADORES DEL PROCESO	RESULTADO INDICADOR	CRONOGRAMA	
					I Semestre	II Semestre
Identificación y estructuración de la metodología para evaluar en el THS que se encuentra en servicio, las competencias para la implementación, mantenimiento, seguimiento y mejora de los enfoques de la política integral de salud.	MSPS (DDTHS) IES, DTS.	No se ha iniciado	Existencia de metodología para evaluar en el THS que se encuentra en servicio, las competencias para la implementación, mantenimiento, seguimiento y mejora de los enfoques de la política integral de salud..	0%	2017	
Evaluación de las competencias del THS que se encuentra en servicio respecto a la implementación, mantenimiento, seguimiento y mejora de los enfoques de la política integral de salud.	IES, DTS, EPS, IPS, ESE	No se ha iniciado	Proporción de departamentos del territorio colombiano que cuentan con el resultado de la evaluación de competencias del THS que se encuentra en servicio respecto a la implementación, mantenimiento, seguimiento y mejora de los enfoques de la política integral de salud.	0%		2018

PROCESO 3. FASE 5: SEGUIMIENTO, AJUSTE Y MEJORA.
Gestionar ajustes pertinentes de acuerdo a los resultados semestrales de indicadores de las fases 1 a la 4 del proceso de formación continua.

ACCIONES	RESPONSABLES	AVANCES DEL PROCESO A OCTUBRE DE 2015	INDICADORES DEL PROCESO	RESULTADO INDICADOR	CRONOGRAMA	
					I Semestre	II Semestre
Gestión para el análisis e interpretación de los resultados de los indicadores del proceso de formación continua, identificando las brechas entre el resultado semestral observado y la meta establecida.	DTS, EPS, IPS, ESE, IES	No se ha iniciado	Proporción de DTS, EPS, IPS, ESE, IES que disponen del análisis e interpretación de los resultados de los indicadores del proceso de formación continua, identificando las brechas entre el resultado semestral observado y la meta establecida.	0%	A partir del primer semestre del año 2016 al 2021	2021
Identificación y gestión de las acciones requeridas para corregir desviaciones entre el resultado esperado de indicadores y el resultado observado en la formación continua del THS.	DTS, EPS, IPS, ESE, IES	No se ha iniciado	Proporción de DTS, EPS, IPS, ESE, IES que identifican y gestionan acciones para corregir desviaciones entre el resultado esperado de indicadores y el resultado observado, en la formación continua del THS.	0%	A partir del primer semestre del año 2016 al 2021	2021

COMPONENTE I	I. DESARROLLO INTEGRAL DEL TALENTO HUMANO EN SALUD -THS.
PROCESO (4)	Formación de pregrado: en programas del área de la salud, para el fortalecimiento de las competencias del THS en la gestión, implementación, evaluación y mejora de los enfoques de la política integral de salud.
OBJETIVO PROCESO 4	Fortalecer el desarrollo de THS a partir de la formación en pregrado.
METAS PROCESO 4	1. Al año 2017 contar con una metodología para la unificación de currículos de programas de pregrado en el área de la salud, en armonía con los enfoques de la Política integral de salud. 2. Al año 2019 se contará con la unificación de currículos de al menos el 50% de programas de pregrado del área de la salud 3. Al año 2021 al menos el 50% de los programas de pregrado para la formación de TH del área de la salud habrán unificado los currículos de acuerdo a los estándares establecidos por el MEN y el MSPS.
POBLACION OBJETO	Estudiantes de programas de pregrado del área de la salud.

PROCESO 4. FASE 1: ENFOQUE (P)						
Diseño de metodología para la unificación de currículos de programas de pregrado del área de la salud, de acuerdo a los enfoques de la Política integral de salud.						
ACCIONES	RESPONSABLES	AVANCES DEL PROCESO A OCTUBRE DE 2015	INDICADORES DEL PROCESO	RESULTADO INDICADOR	CRONOGRAMA	
					I Semestre	II Semestre
Definición participativa de la metodología para la unificación de currículos de programas de pregrado del área de la salud, de acuerdo a los enfoques de la política integral de salud.	IES con programas activos de pregrados en el área de la salud. EPS, DTS. Direcciones del MSPS, MEN. CONACES.	No se ha iniciado el proceso	Existencia de metodología para la unificación de currículos de programas de pregrado del área de la salud, de acuerdo a los enfoques de la política integral de salud.	0%	2017	
Ajustes, validación y aprobación de la metodología para la unificación de currículos de programas de pregrado del área de la salud, de acuerdo a los enfoques de la política integral de salud.	Ministerio de Educación Nacional - MEN, MSPS, CONACES	No se ha iniciado el proceso				2017

PROCESO 4. FASE 2: DESPLIEGUE (H)

Socialización de la metodología para unificación de currículos de programas de pregrado del área de la salud, que articulen los enfoques de la política integral de salud.

ACCIONES	RESPONSABLES	AVANCES DEL PROCESO A OCTUBRE DE 2015	INDICADORES DEL PROCESO	RESULTADO INDICADOR	CRONOGRAMA	
					I Semestre	II Semestre
Publicación de la metodología para unificación de currículos de programas de pregrado del área de la salud en el observatorio del THS	MSPS (DDTHS)	No se ha iniciado el proceso	Existencia de publicación en el observatorio de THS de la metodología para la unificación de currículos de programas de pregrado del área de la salud en el observatorio del THS	0%		2017
Socialización de la metodología para unificación de currículos de programas de pregrado del área de la salud.	MSPS-DDTHS	No se ha iniciado el proceso	Proporción de DTS, EPS, ESE, IPS, IES con programas de pregrado en el área de la salud a las que se socializa la metodología para unificación de currículos de programas de pregrado del área de la salud.	0%		2017

PROCESO 4. FASE 3: IMPLEMENTACION (H).						
Apertura y Renovación de Programas de pregrados en el área de la salud de acuerdo a la unificación nacional de currículos.						
ACCIONES	RESPONSABLES	AVANCES DEL PROCESO A OCTUBRE DE 2015	INDICADORES DEL PROCESO	RESULTADO INDICADOR	CRONOGRAMA	
					I Semestre	II Semestre
Gestión para realizar el ajuste a los programas de pregrado del área de la salud que cuentan con currículos estandarizados a nivel nacional.	IES que ofertan programas de pregrado del área de la salud que cuentan con currículos estandarizados a nivel nacional,	No se ha iniciado el proceso	Proporción de IES con ajuste a los programas de pregrado del área de la salud de acuerdo a lo estandarizado a nivel nacional.	0%	Indicador medible a partir del año 2018	
Apertura de nuevos programas de pregrado del área de la salud ajustados al currículo estandarizados a nivel nacional.	IES que ofertan nuevos programas de pregrado del área de la salud.	No se ha iniciado el proceso	Proporción de IES que al año 2021 cuentan con programas de pregrado del área de la salud con ajuste curricular de acuerdo a lo estandarizado a nivel nacional.	0%		2021

PROCESO 4. FASE 4 EVALUACION DE RESULTADOS.

ACCIONES	RESPONSABLES	AVANCES DEL PROCESO A OCTUBRE DE 2015	INDICADORES DEL PROCESO	RESULTADO INDICADOR	CRONOGRAMA	
					I Semestre	II Semestre
Definición y estructuración de metodología para identificar el estandar del número de profesionales en el área de la salud por cada perfil que requiere el país.	MSPS (DDTHS, Dirección de Epidemiología y Demografía)	No se dispone de una metodología que permita establecer el estandar del número de profesionales del área de la salud que se requieren en el país para aportar desde sus competencias a la implementación de los enfoques de la política integral de salud.	Existencia de metodología para establecer el estandar del número de profesionales del área de la salud por perfiles, que se requieren en el país para dar cumplimiento a los enfoques de la política integral de salud.	0%	2016	
Identificación de las necesidades de formación de profesionales del área de la salud por perfiles, en cada uno de los departamentos del País, de acuerdo a metodología establecida por el MSPS.	MSPS (DDTHS,	No se ha iniciado el proceso	Diferencia entre el número de profesionales del área de la salud necesarios en cada departamento del territorio colombiano y el número de profesionales del área de la salud en ejercicio.	Sin dato		2016
Programación por departamentos de la formación de profesionales del área de la salud de acuerdo a las necesidades identificadas.	MSPS (DDTHS) IES, DTS.	No se ha iniciado	Proporción de cumplimiento de la meta establecida al año 2021 de formación de profesionales por perfil del área de la salud por departamento.	Sin dato		Inicia medición en el año 2016 y en lo sucesivo es permanente.

PROCESO 4. FASE 5: SEGUIMIENTO, AJUSTE Y MEJORA.						
Gestionar ajustes pertinentes de acuerdo a los resultados semestrales de indicadores de las fases 1 a la 4 del proceso de Formación de pregrado en programas del área de la salud.						
ACCIONES	RESPONSABLES	AVANCES DEL PROCESO A OCTUBRE DE 2015	INDICADORES DEL PROCESO	RESULTADO INDICADOR	CRONOGRAMA	
					I Semestre	II Semestre
Gestión para el análisis e interpretación de los resultados de los indicadores del proceso de Formación de pregrado en programas del área de la salud, identificando las brechas entre el resultado semestral observado y la meta establecida.	DTS, EPS, IPS, ESE, IES	No se ha iniciado	Proporción de DTS, EPS, IPS, ESE, IES que disponen del análisis e interpretación de los resultados de los indicadores del proceso de formación de pregrado en programas del área de la salud, identificando las brechas entre el resultado semestral observado y la meta establecida.	0%	A partir del primer semestre del año 2016 al 2021	2021
Identificación y gestión de las acciones requeridas para corregir desviaciones entre el resultado esperado de indicadores y el resultado observado en la formación de pregrado en programas del área de la salud	DTS, EPS, IPS, ESE, IES	No se ha iniciado	Proporción de DTS, EPS, IPS, ESE, IES que identifican y gestionan acciones para corregir desviaciones entre el resultado esperado de indicadores y el resultado observado, en la formación de pregrado en programas del área de la salud	0%	A partir del primer semestre del año 2016 al 2021	2021

COMPONENTE I	I. DESARROLLO INTEGRAL DEL TALENTO HUMANO EN SALUD -THS.
PROCESO (5)	Formación de agentes comunitarios (de acuerdo a los enfoques de la Política integral de salud.
OBJETIVO PROCESO 5	Fortalecer la participación social a través de agentes comunitarios formados para aportar en la implementación, mantenimiento, evaluación y mejora de los enfoques de la política integral de salud.
METAS PROCESO 5	1. Al año 2017 contar con una metodología para formación de agentes comunitarios, de acuerdo a los enfoques de la política integral de salud. 2. Al año 2016 se habrá identificado las necesidades de formación de agentes comunitarios en los departamentos del territorio colombiano. 3. Al año 2021 se habrá formado al menos el 80% de agentes comunitarios que requiere la nación para la implementación, mantenimiento, evaluación y mejora de los enfoques de la Política integral de salud.
POBLACION OBJETO	Población general que cumple las características requeridas para acceder a la formación de agentes comunitarios

PROCESO 5. FASE 1: ENFOQUE (P)

Diseño de metodología para formación de agentes comunitarios, de acuerdo a los enfoques de la Política integral de salud.

ACCIONES	RESPONSABLES	AVANCES DEL PROCESO A OCTUBRE DE 2015	INDICADORES DEL PROCESO	RESULTADO INDICADOR	CRONOGRAMA	
					I Semestre	II Semestre
Definición participativa de la metodología para formación de agentes comunitarios, de acuerdo a los enfoques de la Política integral de salud.	IDES, insituciones con programas de formación en salud para el trabajo y desarrollo humano. SENA. EPS, DTS. Direcciones del MSPS.	Se cuenta con la metodología para la formación de agentes comunitarios para el departamento del Guanía.	Existencia de metodología para formación de agentes comunitarios, de acuerdo a los enfoques de la Política integral de salud.	0%	2016	
Ajustes, validación y aprobación de la metodología para la formación de agentes comunitarios, de acuerdo a los enfoques de la Política integral de salud.	IDES, insituciones con programas de formación en salud para el trabajo y desarrollo humano. SENA. EPS, DTS. Direcciones del MSPS.	No se ha iniciado el proceso			2016	

PROCESO 5. FASE 2: DESPLIEGUE (H)

Socialización de la metodología para formación de agentes comunitarios, de acuerdo a los enfoques de la Política integral de salud.

ACCIONES	RESPONSABLES	AVANCES DEL PROCESO A OCTUBRE DE 2015	INDICADORES DEL PROCESO	RESULTADO INDICADOR	CRONOGRAMA	
					I Semestre	II Semestre
Publicación en el observatorio de THS de la metodología para la formación de agentes comunitarios, de acuerdo a los enfoques de la Política integral de salud.	MSPS (DDTHS)	No se ha iniciado el proceso	Existencia de publicación en el observatorio de THS de la metodología para la formación de agentes comunitarios, de acuerdo a los enfoques de la Política integral de salud.	0%	2016	
Socialización de la metodología para la formación de agentes comunitarios, de acuerdo a los enfoques de la Política integral de salud.	MSPS-DDTHS	No se ha iniciado el proceso	Proporción de DTS, EPS, ESE, IPS, IES e instituciones con programas de formación en salud para el trabajo y desarrollo humano, donde se ha socializado la metodología para la formación de agentes comunitarios, de acuerdo a los enfoques de la Política integral de salud.	0%	2016	

PROCESO 5. FASE 3: IMPLEMENTACION (H).						
Desarrollo de la metodología para la formación de agentes comunitarios, de acuerdo a los enfoques de la Política integral de salud.						
ACCIONES	RESPONSABLES	AVANCES DEL PROCESO A OCTUBRE DE 2015	INDICADORES DEL PROCESO	RESULTADO INDICADOR	CRONOGRAMA	
					I Semestre	II Semestre
Gestión para realizar la formación de agentes comunitarios, de acuerdo a los enfoques de la Política integral de salud, aplicando la metodología establecida.	IES e insituciones con programas de formación en salud para el trabajo y desarrollo humano que ofertan formación de agentes comunitarios.	No se ha iniciado el proceso	Proporción de agentes comunitarios formados de acuerdo a los enfoques de la Política integral de salud, aplicando la metodología establecida respecto a la meta establecida para la nación.	0%		Indicador medible a partir del año 2016

PROCESO 4. FASE 4 EVALUACION DE RESULTADOS.

Evaluación de competencias comunitarias para apoyar la implementación, mantenimiento, evaluación y mejora de los enfoques de la Política integral de salud.

ACCIONES	RESPONSABLES	AVANCES DEL PROCESO A OCTUBRE DE 2015	INDICADORES DEL PROCESO	RESULTADO INDICADOR	CRONOGRAMA	
					I Semestre	II Semestre
Definición y estructuración de metodología para identificar el número de agentes comunitarios que se requiere formar en Colombia.	MSPS (DDTHS, Dirección de Epidemiología y Demografía)	El proceso se inicio en el departamento de Guainía.	Existencia de metodología para identificar el número de agentes comunitarios que se requiere formar en Colombia.	0%	2016	
Programación por departamentos de la formación de agentes comunitarios .	MSPS (DDTHS) IES, DTS.	No se ha iniciado	Proporción de cumplimiento de la meta establecida al año 2021 de formación de agentes comunitarios	SD*		inicia medición en el 2016
Establecer la metodología para evaluar las competencias de la comunidad para el mantenimiento y recuperacion de su salud.	MSPS (DDTHS) IES, DTS.	No se ha iniciado	Existencia de metodología para evaluar competencias de la comunidad para el mantenimiento y recuperacion de su salud.	0%		2016
Evaluación de las competencias de la comunidad para el mantenimiento y recuperacion de su salud de acuerdo a los enfoques de la Política integral de salud.	IES, DTS, EPS, IPS, ESE		Proporción de departamentos que cuentan con el resultado de la evaluación de competencias de la comunidad para el mantenimiento y recuperación de su salud.			2018

PROCESO 5. FASE 5: SEGUIMIENTO, AJUSTE Y MEJORA.

Gestionar ajustes pertinentes de acuerdo a los resultados semestrales de indicadores de las fases 1 a la 4 del proceso de formación de agentes comunitarios.

ACCIONES	RESPONSABLES	AVANCES DEL PROCESO A OCTUBRE DE 2015	INDICADORES DEL PROCESO	RESULTADO INDICADOR	CRONOGRAMA	
					I Semestre	II Semestre
Gestión para el análisis e interpretación de los resultados de los indicadores del proceso de formación de agentes comunitarios.	DTS, EPS, IPS, ESE, IES	No se ha iniciado	Proporción de DTS, EPS, IPS, ESE, IES que disponen del análisis e interpretación de los resultados de los indicadores del proceso de formación de agentes comunitarios identificando las brechas entre el resultado semestral observado y la meta establecida.	0%	A partir del primer semestre del año 2016 al 2021	2021
Identificación y gestión de las acciones requeridas para corregir desviaciones entre el resultado esperado de indicadores y el resultado observado en la formación de agentes comunitarios.	DTS, EPS, IPS, ESE, IES	No se ha iniciado	Proporción de DTS, EPS, IPS, ESE, IES que identifican y gestionan acciones para corregir desviaciones entre el resultado esperado de indicadores y el resultado observado, en la formación de agentes comunitarios.	0%	A partir del primer semestre del año 2016 al 2021	2021