



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

 **PROSPERIDAD  
PARA TODOS**



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

## Segunda medición a las metas regionales de recursos humanos en salud 2013

Ministerio de Salud y Protección Social  
Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud

Luis Carlos Ortiz Monsalve<sup>1</sup>  
Diego Antonio Restrepo Miranda<sup>2</sup>  
Ana María Cortes Fajardo<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Director de Desarrollo del Talento Humano en Salud

<sup>2</sup> Contratista, Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud

<sup>3</sup> Profesional Universitario, Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud



## CONTENIDO

INTRODUCCIÓN ..... 5

REFERENTES DE CONTEXTO..... 8

    La atención primaria en Colombia..... 8

    Las bases de la Política de Talento Humano en Salud ..... 9

    El Observatorio de Talento Humano en Salud ..... 10

    El Registro Único del personal autorizado para ejercer ..... 12

    Indicadores para el seguimiento ..... 13

MATERIALES Y MÉTODOS ..... 16

RESULTADOS..... 19

    Desafío 1:..... 19

    Desafío 2:..... 21

    Desafío 3:..... 24

    Desafío 4:..... 25

    Desafío 5:..... 27



## Listado de figuras

Figura 1. Línea de Base metas regionales de recursos humanos en salud. Colombia 2009.....	7
Figura 2. Porcentaje de cumplimiento desafío 1 .....	19
Figura 3. Porcentaje de cumplimiento desafío 2 .....	21
Figura 4. Porcentaje de cumplimiento desafío 3 .....	24
Figura 5. Porcentaje de cumplimiento desafío 4 .....	25
Figura 6. Porcentaje de cumplimiento desafío 5 .....	27

## Listado de tablas

Tabla 1. Descripción de metas regionales de recursos humanos para la salud .....	5
Tabla 2. Indicadores para el seguimiento de los Recursos Humanos en Colombia .....	15
Tabla 3. Fuentes de información para la medición de metas regionales de recursos humanos en salud .....	16
Tabla 4. Resultado metas para el desafío 1 .....	19
Tabla 5. Resultado metas para el desafío 2 .....	21
Tabla 6. Resultado metas para el desafío 3 .....	24
Tabla 7. Resultado metas para el desafío 4 .....	25
Tabla 8. Resultado metas para el desafío 5 .....	27



## INTRODUCCIÓN

El Llamado a la Acción de Toronto para una Década de Recursos Humanos en Salud (2006-2015), producto de la reunión regional de recursos humanos en salud realizada en el año 2005, presentó en la región de las Américas cinco desafíos, considerados *críticos*, para el desarrollo de los recursos humanos en la década que iniciaba (Organización Panamericana de la Salud, 2005), como pilar fundamental para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio:

- 1. Definir políticas y planes de largo plazo para la adecuación de la fuerza de trabajo a las necesidades de salud, a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente.*
- 2. Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población.*
- 3. Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población.*
- 4. Generar relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud que promueva ambientes de trabajo saludables y permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población.*
- 5. Desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación (universidades, escuelas) y los servicios de salud que permitan adecuar la formación de los trabajadores de la salud para un modelo de atención universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población.*

Con lo anterior y bajo la orientación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), se definieron indicadores de seguimiento para conocer si estos desafíos se logran cumplir, generar alertas respecto a su grado de avance y establecer prioridades para atender las necesidades de salud de la población en cada uno de los países (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

**Tabla 1. Descripción de metas regionales de recursos humanos para la salud**

Desafío	Descripción de la meta
1	Meta1. Razón de densidad de recursos humanos de 25 profesionales por 10.000 habitantes (metodología)
1	Meta2. La proporción de médicos de atención primaria excederán el 40% de la fuerza laboral médica total.(metodología)
1	Meta 3. Equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente a agentes sanitarios de la comunidad para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad. (metodología)
1	Meta4. Razón de enfermeras calificadas: médicos de al menos 1:1. (metodología)



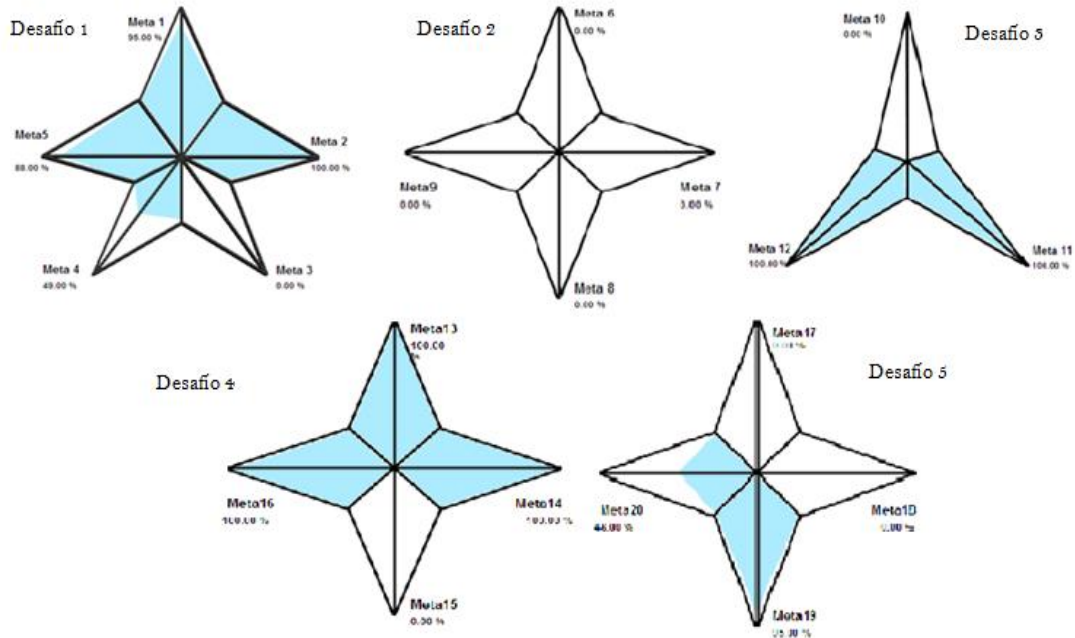
**Tabla 1. Descripción de metas regionales de recursos humanos para la salud**

Desafío	Descripción de la meta
1	Meta5. Establecer una unidad o dirección de recursos humanos para la salud responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores. (metodología)
2	Meta6. La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en el 2015.(metodología)
2	Meta7. Al menos 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comparables.(metodología)
2	Meta8. El 75% de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes sanitarios de la comunidad habrán perfeccionado sus aptitudes y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones.(metodología)
2	Meta9. El 30% del personal sanitario en los entornos de atención primaria se habrá reclutado de sus propias comunidades.(metodología)
3	Meta10. Habrán adoptado un Código Internacional de Práctica o desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud. (metodología)
3	Meta11. Tendrán una política de auto-suficiencia para satisfacer sus propias necesidades de recursos humanos de salud. (metodología)
3	Meta12. Habrán formulado acuerdos mutuos e implantado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales capacitados en el extranjero.(metodología)
4	Meta13. La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad. (metodología)
4	Meta14. Habrán implementado políticas de salud y seguridad para los trabajadores de la salud, incluyendo el apoyo a programas para reducir enfermedades y accidentes ocupacionales. (metodología)
4	Meta15. Al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellos las de carácter ético.(metodología)
4	Meta16. Mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten. (metodología)
5	Meta17. El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria, y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional.(metodología)
5	Meta18. El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones sub atendidas, haciendo hincapié cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas.(metodología)
5	Meta19. Las tasas de abandono (deserción) de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%. (metodología)
5	Meta20. El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida.(metodología)

Fuente: Elaboración propia, a partir de lo presentado por (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

De esta manera, se concertaron 20 metas distribuidas entre los cinco desafíos. Cada uno de los países, inició entonces su proceso de construcción de la línea de base en el año 2009, en donde se evidenciaron además, las diferencias políticas, económicas, sociales y culturales que inciden de manera directa en los sistemas de salud de los países.

**FIGURA 1. Línea de Base metas regionales de recursos humanos en salud. Colombia 2009.**



Fuente: Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud. <http://www.observatoriorh.org/>

Empezando el año 2013, los países<sup>4</sup> hicieron una nueva apuesta común para realizar la segunda medición de las metas regionales de recursos humanos en salud y de esta manera conocer los avances hacia el logro de los desafíos planteados en Toronto, Canadá en 2005.

El presente documento, presenta el trabajo desarrollado para realizar esta segunda medición en Colombia, siguiendo el marco metodológico propuesto por la Organización Panamericana de la Salud y ajustado a la realidad del contexto colombiano.

<sup>4</sup> A excepción de Ecuador, país que realizó su segunda medición en el año 2011.



## REFERENTES DE CONTEXTO

### LA ATENCIÓN PRIMARIA EN COLOMBIA

A partir de la declaración de Alma Ata, en 1978, en Colombia se pueden identificar cuatro momentos en los que se intentó implementar la estrategia de atención primaria: en la década de los 80's, posteriormente a la Ley 100 de 1993, la APS renovada en 2005 y en la actualidad (Ministerio de la Protección Social. Organización Panamericana de la Salud, 2012), a partir de lo establecido en Ley 1438 de 2011<sup>5</sup>.

Sin embargo, una definición precisa, concertada y articulada con las necesidades de salud de la población y los propósitos del sistema de salud en el país, estuvo ausente del “modelo de atención y prestación de servicios”, inclusive, después de la reforma del año 1993<sup>6</sup>. En el año 2011, con la ley mencionada anteriormente, se instó al país a adoptar la estrategia de atención primaria en salud, conformada principalmente por tres componentes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana (Colombia., 2011). Fue definida entonces 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 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...”*

El proceso de implementación de la estrategia, viene gestándose en Colombia de manera explícita desde entonces, no obstante, su avance es incipiente. Entre otras cosas, se prevé para su implementación el hacer énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, el desarrollo de acciones intersectoriales para impactar los determinantes de la salud, culturizar a la

<sup>5</sup> Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

<sup>6</sup> Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.





población respecto al autocuidado, participación activa de la comunidad, entre otros. Los Recursos Humanos en Salud específicamente, están llamados a organizarse en equipos multidisciplinarios, motivados, suficientes y calificados, hacia lo cual se vienen orientando parte de los esfuerzos del Ministerio de Salud.

De manera consecuente, fue aprobado el Plan Decenal de Salud Pública en Colombia, para el periodo comprendido entre 2012 y 2021. Su construcción incluyó una amplia participación social, en donde confluyeron las necesidades de salud de la población colombiana. En su abordaje, tiene inmerso cuatro enfoques: la salud como un derecho, el enfoque diferencial, el enfoque poblacional y el modelo conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud (Ministerio de Salud, 2013).

Su diseño estratégico incorpora en el abordaje dos tipos de dimensiones: las prioritarias y las transversales. A su vez, las acciones para la ejecución de las estrategias que se incorporan están agrupadas en tres líneas operativas fundamentales: promoción de la salud, gestión del riesgo en salud y gestión de la salud pública. El desarrollo de la estrategia de atención primaria en Salud, es un reto avante en cada una de las dimensiones planteadas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

En resumen, el sistema de salud colombiano se encuentra en un periodo de transición, donde su principal fundamento es un modelo de aseguramiento y espera pasar de un esquema en donde cada asegurador o administrador de planes de beneficios define e implementa el modelo de salud que considere más adecuado para atender a su población afiliada, siempre y cuando garantice los servicios de salud incluidos en el Plan de Salud correspondiente (se incluye un componente obligatorio de promoción de la salud y prevención de la enfermedad), al desarrollo de la estrategia de atención primaria en salud.

Por lo anterior, las metas regionales que se enmarcan en la estrategia de Atención Primaria en Salud en principio no aplicarían para Colombia. No obstante, en algunos casos se aporta información aproximada que puede servir para observar la situación de Colombia frente a referentes regionales.

---

## LAS BASES DE LA POLÍTICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

El desarrollo del talento humano en salud, es el eje fundamental para soportar cualquier sistema sanitario en los países. En ese sentido y a partir de los ajustes introducidos al Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la Ley 1438 de 2011, se hizo expresa la necesidad de preparar una Política de Talento Humano en Salud que *“oriente la formación, ejercicio y gestión de las*

*profesiones y ocupaciones del área de la salud, en coherencia con las necesidades de la población colombiana, las características y objetivos del Sistema General de Seguridad Social”<sup>7</sup>.*

El Ministerio de Salud y Protección Social, ha propuesto las bases de esta política, las cuales, se encuentran en proceso de socialización y retroalimentación con diferentes actores. Se ha dispuesto además, una versión preliminar del documento en la página web del Observatorio de Talento Humano en Salud<sup>8</sup>, en donde se vislumbran las estrategias propuestas para atender los nuevos desafíos: i) Gestión de la información y el conocimiento, ii) Alineación de la regulación y los incentivos, iii) Formación y gestión del Talento Humano en Salud mediante un enfoque por competencias; iv) Desarrollo de los sistemas de formación continua y de recertificación del talento humano en salud y , v) Fortalecimiento institucional.

## EL OBSERVATORIO DE TALENTO HUMANO EN SALUD

A partir de los principios definidos en el Llamado a la Acción de Toronto 2006-2015, “*Hacia una década de los recursos humanos en la salud para las Américas*”, en Colombia creó el Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS) mediante la Ley 1164 de 2007, y se definió su estructura de funcionamiento a través de la Resolución 1536 de 2010.

**FIGURA 2. “Efectivos y flujo del personal sanitario”**



Fuente: El Observatorio de RHS en su expresión Subregional y de País. Mónica Padilla OMS/OPS. Julio de 2012

Fue concebido como una “*instancia del ámbito nacional y regional, cuya administración y coordinación estará a cargo del Ministerio de la Protección Social (hoy Ministerio de Salud y Protección Social) y aportará conocimientos e información sobre el Talento Humano en Salud a los*

<sup>7</sup> Artículo 97, Ley 1438 de 2011.

<sup>8</sup> Documento consultado el 20 de febrero de 2013, en:

<http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/POL%C3%8DITICATHS201204.pdf>.



*diferentes actores involucrados en su desarrollo y organización*<sup>9</sup>. Mediante Nodos, Salas virtuales y una Sala coordinadora, el OTHS de Colombia, pretende convertirse en una instancia de ámbito nacional y regional (departamentos, municipios, etc.), para apoyar la definición de política en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Los *“observatorios nacionales de los RHS son esenciales... para dar respuesta a las necesidades del país”*<sup>10</sup>, por tanto, se convierte en una instancia esencial para la sustentación de política desde el Ministerio, las Direcciones Territoriales de salud y demás actores interesados en el sector.

Debe tenerse muy en cuenta que la red no se hace con el Internet, aun cuando se convierte en una herramienta indispensable para facilitar el trabajo colaborativo de los participantes.

Una red, *“necesita de personas o instituciones con objetivos comunes (aunque sean muy específicos) y una disposición para el trabajo colaborativo (no es una red de pesca)”*<sup>11</sup>, por tanto debe tenerse en cuenta: la necesidad, los componentes y los factores críticos para el éxito del Observatorio.

La Resolución 1536 de 2010, definió la organización y funcionamiento del OTHS, a través de una sala coordinadora, varias salas temáticas y diferentes nodos en el país. De esta manera, se pretende generar conocimiento e información del Talento Humano en Salud, para atender los siguientes objetivos generales:

- Propender porque el país cuente con talento humano en salud idóneo, comprometido y en condiciones laborales óptimas que permitan atender las necesidades de salud de la población.
- Monitorear los aspectos demográficos, económicos, políticos, sociales y demás determinantes de la oferta y la demanda del talento humano en salud en Colombia.
- Estudiar los temas estructurales y de coyuntura, relacionados con el talento humano en salud, bajo una perspectiva multidisciplinaria.
- Analizar aspectos generales y puntuales de la política del talento humano en salud, en el marco de los sistemas de educación, salud y trabajo.
- Proponer, diseñar y desarrollar estudios y proyectos relacionados con la formación, desempeño y gestión integral del talento humano en salud.

El Observatorio, es una instancia de gran importancia para disponer información y gestionar conocimiento alrededor del talento humano en salud, el cual, se encuentra en proceso de fortalecimiento y consolidación en Colombia.

---

<sup>9</sup> Resolución 1536 de 2010.

<sup>10</sup> Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos. Mario R. Dal Poz ... [et al], Pag. 185.

<sup>11</sup> El Observatorio de RHS en su expresión Subregional y de País. Mónica Padilla OMS/OPS. Julio de 2012.



## EL REGISTRO ÚNICO DEL PERSONAL AUTORIZADO PARA EJERCER

En desarrollo de lo emanado en los artículos 9 y 10 de la Resolución 1164 de 2007, el Decreto 4192 de 2010 tiene el objeto de *“establecer las condiciones y requisitos para la delegación de funciones públicas en Colegios profesionales del área de la salud y reglamentar el Registro único nacional y la identificación única del talento humano en salud”*.

La gestión de información ha sido reconocida como un eje fundamental para asumir los desafíos planteados en el país y para atender las necesidades de salud de la población colombiana. Se considera que *“Hay un amplio consenso en torno a la importancia de contar con pruebas empíricas sólidas que orienten la formulación de políticas, la toma de decisiones y el seguimiento de los avances en materia de desarrollo de los RHS y fortalecimiento de los sistemas de salud”*<sup>12</sup>.

Durante el Primer Foro Mundial Sobre Recursos Humanos (2008), representantes de los diferentes actores involucrados en los sistemas de salud en el mundo, instaron a los gobiernos, entre otras cosas, a *“crear sistemas de información sobre la disponibilidad de personal sanitario, para mejorar la investigación y crear capacidad de gestión de datos para institucionalizar la adopción de decisiones basadas en datos científicos y promover el intercambio de conocimientos”*<sup>13</sup>.

Colombia, carece actualmente de un sistema de información de recursos humanos a nivel nacional. Sin embargo, el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud y el Observatorio de Talento Humano en Salud, ha venido trabajando en la identificación de fuentes de información, en la articulación y consolidación de sistemas disímiles que presentan información histórica en la entidad, en la gestión y análisis de los datos disponibles para orientar los lineamientos y directrices emanados para orientar la formación y el ejercicio del Talento Humano en Salud en el país.

En 2010, buscando satisfacer las necesidades planteadas y cumplir los ordenamientos legales definidos, el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud –RETHUS–, fue concebido como *“la inscripción del talento humano en salud en el sistema de información definido para tal fin por el Ministerio de la Protección Social”*<sup>14</sup> (hoy Ministerio de Salud y Protección Social).

Para soportar dicho proceso de inscripción, la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud y la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación del Ministerio de Salud y Protección Social, han venido trabajando en el desarrollo e implementación de un aplicativo de

<sup>12</sup> Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos / editado por Mario R. Dal Poz [et al].

<sup>13</sup> Declaración de Kampala y prioridades para la acción internacional. Ginebra, OMS y Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario.

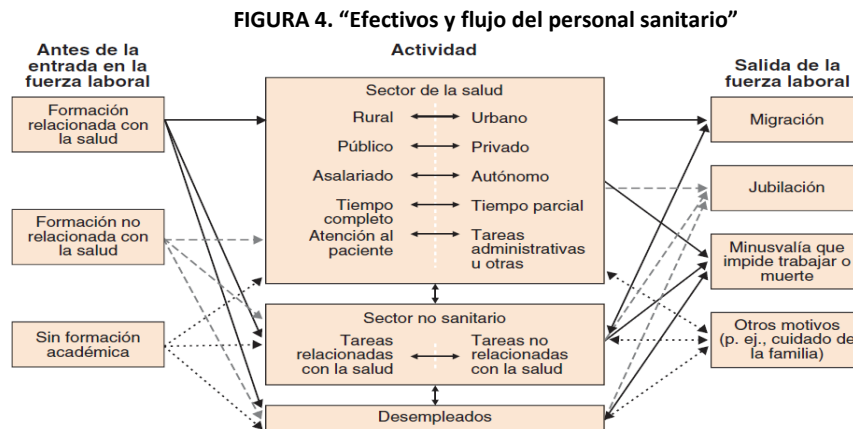
<sup>14</sup> Decreto 4192 de 2010.

apoyo que permita disponer de información sistemáticamente y al mismo tiempo, facilitar el proceso de autorización del ejercicio para el personal sanitario en el país.

El aplicativo ha sido denominado ‘RETHUS’ (siglas de Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud), y en gran medida se viene alimentando del trabajo gestado por diferentes áreas del Ministerio, para apoyar el proceso de delegación de funciones que se viene adelantando hace algunos meses. A través del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO)<sup>15</sup> y su Plataforma de Intercambio de Información (PISIS)<sup>16</sup> se espera obtener información en cinco aspectos inicialmente: datos personales, académicos, del servicio social obligatorio y de sanciones ético disciplinarias.

## INDICADORES PARA EL SEGUIMIENTO

La Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, atendiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en el documento “*Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos*”, ha venido trabajando en la definición de los indicadores que apoyarán el seguimiento y la evaluación del talento humano en salud, en una apuesta de corto plazo<sup>17</sup>.



Fuente: Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos. OMS 2009.

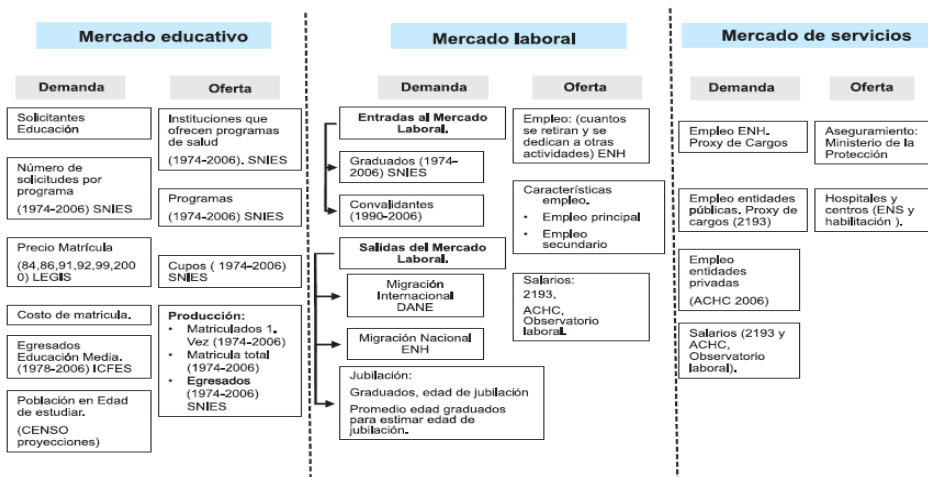
<sup>15</sup> Herramienta que permite consolidar, obtener y procesar la información necesaria para la toma de decisiones que apoyen la elaboración de políticas, el monitoreo regulatorio y la gestión de servicios en cada uno de los niveles del Sector y en sus procesos esenciales: aseguramiento, financiamiento, oferta, demanda y uso de servicios. Suministra información a todos los actores y a la población en general.

<sup>16</sup> Es una plataforma que facilita el envío de datos al Ministerio de Salud y Protección Social desde diferentes entidades (entidades reportadoras) de acuerdo con las condiciones especificadas en los anexos técnicos, que rigen el intercambio de dichos datos, a fin de cumplir con sus requerimientos y condiciones de calidad de datos, tiempos de reporte, seguimiento y control y notificación automática de recepción de los datos utilizando mecanismos que garantizan la integridad, confidencialidad y no repudio de los datos.

<sup>17</sup> Apuesta realizada a partir de la información disponible.

Conforme al flujo del Talento Humano en Salud y la estructura funcional de la Dirección, el abordaje de los indicadores se consideró alrededor de tres frentes principalmente: (i) la formación (antes de la entrada en la fuerza laboral), (ii) el ejercicio y (iii) la gestión (actividad).

**FIGURA 5. “Aproximación metodológica, análisis cuantitativo de recursos humanos”**



Fuente: Recursos Humanos de la Salud en Colombia – 2008 Balance, competencias y prospectiva. Ministerio de la Protección Social – Centro de Estudios para el Desarrollo de la Universidad Javeriana (CENDEX).

Los indicadores para el seguimiento del Talento Humano en Salud pueden ser consultados desde diferentes fuentes y condensarse en un listado extenso, sin embargo, se puede enmarcar en la propuesta que hace la Organización Mundial de la Salud en el documento citado anteriormente, con el propósito de hacer “seguimiento de la fuerza laboral sanitaria activa...”.

Los análisis futuros a partir de las consideraciones anteriores, deben ser aterrizados a la situación actual del país, desde la perspectiva de los recursos humanos. Por tanto, la metodología sugerida en el estudio realizado por el Centro de Estudios para el Desarrollo (CENDEX) y el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2009 (Figura 5), es un referente necesario para el proceso.

“La metodología para el análisis cuantitativo de los recursos humanos parte del supuesto de la existencia de tres mercados interconectados, los cuales finalmente determinan la dinámica laboral y el desempeño de los recursos. Estos mercados son:

- *El mercado educativo: determinado a partir de las condiciones impuestas por la Ley 30 de 1992, la cual definió las condiciones de entrada para las instituciones educativas, programas y estudiantes de educación superior.*
- *El mercado laboral que se constituye a partir de los recursos humanos que egresaron del mercado educativo, a que los que cambian de empleador, así como los empleos ofrecidos.*
- *El mercado de servicios, receptor final de los recursos humanos y el cual los transforma junto con los demás factores de producción con servicios de salud”.*



Los indicadores se pueden categorizar en cuatro grupos: (i) indicadores básicos de los efectivos y su distribución, (ii) indicadores de actividad de los Recursos Humanos en la Fuerza Laboral, (iii) Indicadores de productividad y (iv) Indicadores de salida y pérdida.

Sin embargo, la información disponible y su proceso de gestión es incipiente y requiere desarrollos de inmediato plazo, por lo cual, Colombia viene avanzando en el marco de una apuesta de corto plazo:

**Tabla 2. Indicadores para el seguimiento de los Recursos Humanos en Colombia  
“Apuesta de corto plazo”**

Indicador	Descripción	Fuente
<b>Indicadores básicos de los efectivos y la distribución de los RHS</b>		
Efectivos (y densidad) de los RHS	Número total de recursos humanos para la salud (con respecto a la población)	DDTHS MEN
Combinación de capacidades	Distribución de los RHS por ocupación, especialización u otras características relacionadas con las capacidades	DDTHS MEN
Distribución geográfica	Distribución de los RHS por ubicación geográfica	DDTHS MEN PILA.
Distribución por edades	Distribución de los RHS por grupos etarios	DDTHS MEN RUAF
Distribución por sexos	Distribución de los RHS por sexos	DDTHS MEN RUAF
<b>Indicadores de actividad de los RHS en la fuerza laboral</b>		
Tasa de empleo/ Desempleo	Proporción de los RHS que está actualmente empleada (o desempleada)	DDTHS MEN PILA
Sector de actividad	Distribución de los trabajadores por sector de actividad	DDTHS MEN PILA (Actividad económica)
Sector institucional	Distribución de los trabajadores sanitarios por sector institucional	DDTHS MEN PILA
Pluriempleo	Proporción de los RHS que en la actualidad está empleada en más de un lugar	DDTHS MEN PILA
Ingresos laborales	Ingresos laborales medios de los trabajadores sanitarios	DDTHS MEN PILA
<b>Indicadores de salida y pérdida de los RHS</b>		
Razón de generación de fuerza laboral	Razón de entrada en la fuerza laboral Sanitaria	DDTHS MEN
Autosuficiencia nacional en materia de RHS	Proporción de trabajadores sanitarios formados en el país	DDTHS MEN
Razón de pérdida de fuerza laboral	Razón de salida de la fuerza laboral Sanitaria	DDTHS DAS

Fuente: adaptado del Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos. OMS 2009





## MATERIALES Y MÉTODOS

Se revisó la información obtenida en la línea de base en 2009 y sus respectivas fuentes, para cada una de las metas regionales de recursos humanos en salud. En su mayoría, la construcción de las metas fue desarrollada conforme a las orientaciones del manual propuesto por la OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud, 2013)<sup>18</sup>.

Posteriormente y de acuerdo a las características propias del país, se identificó la fuente de información para cada uno de los indicadores. Para aquellos en donde se requirió la participación interinstitucional, se realizó una encuesta a partir de las preguntas formuladas en el manual propuesto por la OPS, mediante correo electrónico a los miembros del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud (CNTHS), creado mediante la Ley 1164 de 2007<sup>19</sup>: *“como un organismo asesor del Gobierno Nacional, de carácter y consulta permanente, para la definición de políticas, encaminadas al desarrollo del Talento Humano en Salud”*.

El Consejo está conformado por representantes de los ministerios de Educación y de Salud, de las asociaciones de facultades de los programas del área de la salud, de los egresados de las instituciones educativas con programas de educación no formal en el área de salud, de los egresados de los programas de educación superior del área de la salud, de las asociaciones de las ocupaciones del área de la salud, de las asociaciones de estudiantes de programas del área de la salud, de las asociaciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y de las entidades promotoras de servicios de salud (aseguradoras).

**Tabla 3. Fuentes de información para la medición de metas regionales de recursos humanos en salud Colombia 2013**

Descripción de la meta	Fuente
Meta1. Razón de densidad de recursos humanos de 25 profesionales por 10.000 habitantes	Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva. 3ra edición. Bogotá D.C. Pontificia Universidad Javeriana-CENDEX, Ministerio de la Protección Social, 2008.  Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional y departamentales. Departamento

<sup>18</sup> Disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/manual\\_medicion\\_v2013.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/manual_medicion_v2013.pdf)

<sup>19</sup> *“Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud”*





**Tabla 3. Fuentes de información para la medición de metas regionales de recursos humanos en salud Colombia 2013**

Descripción de la meta	Fuente
	Administrativo Nacional de Estadística, DANE.  Proyecciones año 2011.
Meta2. La proporción de médicos de atención primaria excederán el 40% de la fuerza laboral médica total.	Ministerio de Salud y Protección Social
Meta 3. Equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente a agentes sanitarios de la comunidad para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad.	No medida
Meta4. Razón de enfermeras calificadas: médicos de al menos 1:1.	Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva. 3ra edición. Bogotá D.C. Pontificia Universidad Javeriana-CENDEX, Ministerio de la Protección Social, 2008.  Proyecciones año 2011.
Meta5. Establecer una unidad o dirección de recursos humanos para la salud responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores.	Consejo Nacional de Talento Humano en Salud  Ministerio de Salud y Protección Social
Meta6. La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en el 2015.	No medida
Meta7. Al menos 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comparables.	No medida
Meta8. El 75% de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes sanitarios de la comunidad habrán perfeccionado sus aptitudes y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones.	No medida
Meta9. El 30% del personal sanitario en los entornos de atención primaria se habrá reclutado de sus propias comunidades.	No medida
Meta10. Habrán adoptado un Código Internacional de Práctica o desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud.	Ministerio de Salud y Protección Social
Meta11. Tendrán una política de auto-suficiencia para satisfacer sus propias necesidades de recursos humanos de salud.	Ministerio de Salud y Protección Social
Meta12. Habrán formulado acuerdos mutuos e implantado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales capacitados en el extranjero.	Ministerio de Salud y Protección Social
Meta13. La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad.	Ministerio de Salud y Protección Social
Meta14. Habrán implementado políticas de salud y seguridad para los trabajadores de la salud, incluyendo el apoyo a programas para reducir enfermedades y accidentes ocupacionales.	Ministerio de Salud y Protección Social
Meta15. Al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellos las de carácter ético.	No medida
Meta16. Mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten.	Ministerio de Salud y Protección Social



**Tabla 3. Fuentes de información para la medición de metas regionales de recursos humanos en salud  
Colombia 2013**

Descripción de la meta	Fuente
Meta17. El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria, y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional.	Ministerio de Salud y Protección Social
Meta18. El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones sub atendidas, haciendo hincapié cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas.	No medida
Meta19. Las tasas de abandono (deserción) de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%.	Ministerio de Educación Nacional
Meta20. El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida.	Ministerio de Educación Nacional

Fuente: elaboración propia.

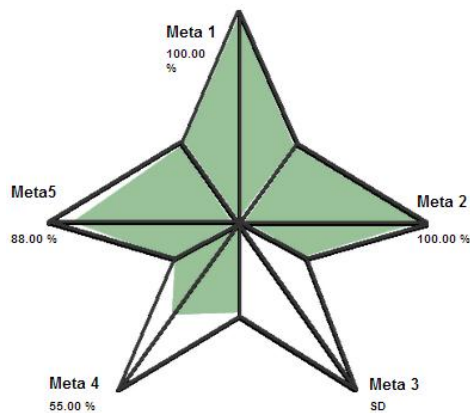
A pesar de que se realizaron esfuerzos importantes, inclusive, excediendo el tiempo definido inicialmente para llevar a cabo el proceso, no fue posible obtener información de las veinte metas. Del 35% de las metas no fue posible obtener información, lo que impidió su medición en este periodo.

La información fue consolidada utilizando Microsoft Excel y se publicaron los resultados en el Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud.

## RESULTADOS

**DESAFÍO 1:** Definir políticas y planes de largo plazo para la adecuación de la fuerza de trabajo a las necesidades de salud, a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente.

**FIGURA 2. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DESAFÍO 1**



Fuente: Figura tomada del Observatorio Regional de Recursos en Salud, a partir de la información reportada por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

**Tabla 4. Resultado metas para el desafío 1**

Descripción de la meta	Observaciones
Meta1. Razón de densidad de recursos humanos de 25 profesionales por 10.000 habitantes.	De acuerdo a las estimaciones del Ministerio de Salud y Protección Social, para el año 2011, Colombia alcanzó una densidad de 26,01 profesionales en medicina y enfermería por cada 10.000 habitantes, logrando así el cumplimiento total de la meta establecida.
Meta2. La proporción de médicos de atención primaria excederán el 40% de la fuerza laboral médica total.	En la línea de base, se tomó como referencia para la identificación de médicos en atención primaria, aquellos profesionales que se encontraban prestando servicios en instituciones de los primeros niveles de complejidad. Sin embargo, la estrategia de Atención Primaria en Salud fue definida en el año 2011 con la Ley 1438, la cual está en proceso de reglamentación e implementación.  Se mantiene el reporte enviado con la línea de base, teniendo en

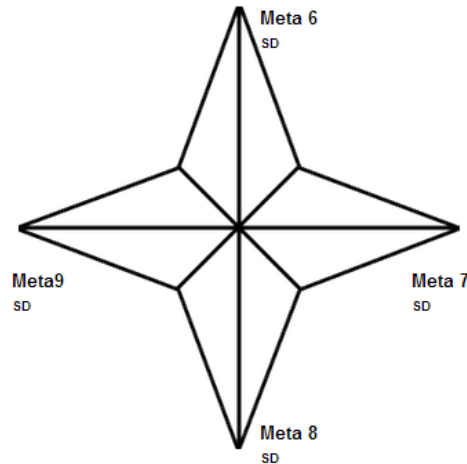


**Tabla 4. Resultado metas para el desafío 1**

Descripción de la meta	Observaciones
	cuenta la recomendación de los asesores metodológicos de la OPS/OMS.
Meta 3. Equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente a agentes sanitarios de la comunidad para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad.	Si bien el personal que compone un equipo mínimo de Atención Primaria en Salud (referido en la Guía Metodológica) está en los servicios del primer nivel en el país, no están organizados en el marco de la estrategia de la APS.  La estrategia fue definida en el año 2011 con la Ley 1438, la cual está en proceso de reglamentación e implementación. Se mantiene el reporte enviado con la línea de base.
Meta4. Razón de enfermeras calificadas: médicos de al menos 1:1.	De acuerdo a las estimaciones del Ministerio de Salud y Protección Social, para el año 2011, Colombia alcanzó un stock de 42295 profesionales en enfermería y 77473 en medicina, logrando así una razón de 0,5 profesionales en enfermería por cada profesional en medicina. Colombia avanzó en 6 puntos porcentuales, después de la primera medición.
Meta5. Establecer una unidad o dirección de recursos humanos para la salud responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores.	De acuerdo a percepción y experiencia de los miembros del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, requiere avanzar en los procesos de planificación y el desarrollo puntual de un Sistema de Información de Recursos Humanos en Salud. Los esfuerzos de los últimos años, no se ven reflejados en el porcentaje de cumplimiento de la meta, pues se mantiene en un 88%.

**DESAFÍO 2:** Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población.

**Figura 3. Porcentaje de cumplimiento desafío 2**



Fuente: Figura tomada del Observatorio Regional de Recursos en Salud, a partir de la información reportada por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

**Tabla 5. Resultado metas para el desafío 2**

Descripción de la meta	Observaciones
<p>Meta6. La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en el 2015.</p>	<p>Se construyeron aproximaciones de la distribución regional del talento humano en salud. Sin embargo, no fue posible calcular la brecha.</p>
<p>Meta7. Al menos 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comparables.</p>	<p>La formación del personal que presta los servicios de salud en los primeros niveles de atención involucra gran parte de las competencias referidas en la guía, sin embargo, los servicios de salud no están organizados en el marco de la estrategia de la APS. La estrategia fue definida en el año 2011 con la Ley 1438, la cual está en proceso de reglamentación e implementación. El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional, desarrolla estrategias para la actualización de los perfiles y competencias del Talento Humano en Salud, en diversos escenarios donde se encuentran representados los Organismos de apoyo al Gobierno Nacional en materia de salud y trabajadores de los ámbitos académico, gremial y de prestación de servicios, teniendo como referente la estrategia de atención primaria en salud.</p> <p>Adicionalmente, se viene avanzando en el desarrollo del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud en donde se espera disponer de información importante para la orientación de política. En el PDSP, se espera avanzar mediante:</p>



**Tabla 5. Resultado metas para el desafío 2**

Descripción de la meta	Observaciones
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Definir, desarrollar e incorporar en los procesos de formación formal y continua, las competencias del talento humano requeridas para el fortalecimiento e implementación de la estrategia de APS y los programas y actividades de salud pública.</li><li>• Promover la apertura de programas y cupos para la formación de los perfiles requeridos para la implementación del Plan Decenal y la estrategia de APS (auxiliares, técnicos, profesionales, especialistas), así como incentivos para la incorporación de estos perfiles en plantillas de las instituciones del sistema de salud (Ministerio de Salud, Ministerio de Educación).</li><li>• Establecer los requerimientos de talento humano de las entidades territoriales para la implementación del Plan Decenal de Salud y, con base en lo anterior, establecer y ejecutar un programa de capacitación y apoyo técnico nacional priorizando las regiones con mayores necesidades en este campo. (Ministerio de Salud, Departamentos, Municipios, ESAP, SENA).</li><li>• Diseñar y ejecutar un programa de formación para parteras y agentes comunitarios, enfocado en la formación de competencias que armonicen sus conocimientos, con prácticas seguras y articulación con el Sistema de Salud. (Ministerio de Salud, SENA, Direcciones Territoriales de Salud correspondientes).</li><li>• Promover los cambios normativos orientados establecer las condiciones e incentivos que permitan y promuevan: formalización laboral, formación continua, trabajo en equipo, resolutivez, desarrollo personal y profesional, mejora de la distribución y disponibilidad regional y local del talento humano; mejora en la remuneración. (Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo, DAFP, Ministerio de Hacienda)".</li></ul>
<p>Meta8. El 75% de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes sanitarios de la comunidad habrán perfeccionado sus aptitudes y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones.</p>	<p>En el marco del Artículo 98 de la Ley 1438 de 2011, se viene avanzando en el desarrollo del Sistema de formación continua, como estrategia de establecer lineamientos para poner en marcha el Sistema de Formación Continua de Talento Humano en Salud. Durante el año anterior y el actual, se capacitó a un grupo de profesionales (Médicos, Enfermeras y Bacteriólogos) en ETV, algo más de 1500 personas. Para el año en curso, se espera desarrollar cursos de formación continua en APS, Atención a Víctimas, Cáncer y Telesalud. El Ministerio cuenta con un inventario de la Oferta institucional y su respectiva priorización para la formación continua.</p>

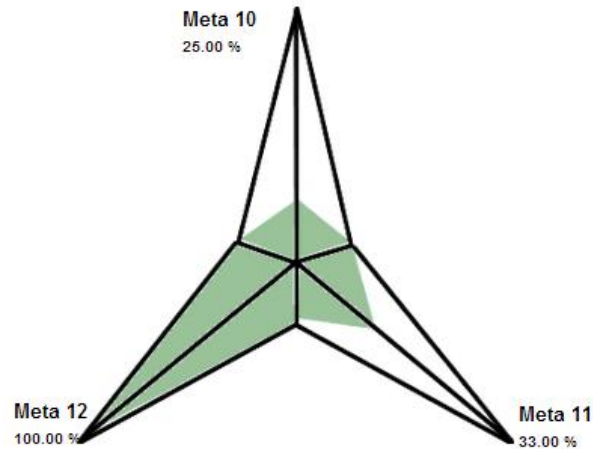


**Tabla 5. Resultado metas para el desafío 2**

Descripción de la meta	Observaciones
Meta9. El 30% del personal sanitario en los entornos de atención primaria se habrá reclutado de sus propias comunidades.	Algunas instituciones prestadoras de servicios de salud indígenas (IPSI) tienen programas de selección de médicos y/o enfermeras de sus propias comunidades indígenas. Esto, porque de acuerdo a la Ley 691 de 2001, son las autoridades tradicionales de las comunidades indígenas las que crean o autorizan la creación de las IPS y EPS indígenas. Sin embargo, los programas no están estandarizados, son diferentes y no todas las IPSI los tienen.

**DESAFÍO 3:** Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población.

**Figura 4. Porcentaje de cumplimiento desafío 3**



Fuente: Figura tomada del Observatorio Regional de Recursos en Salud, a partir de la información reportada por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

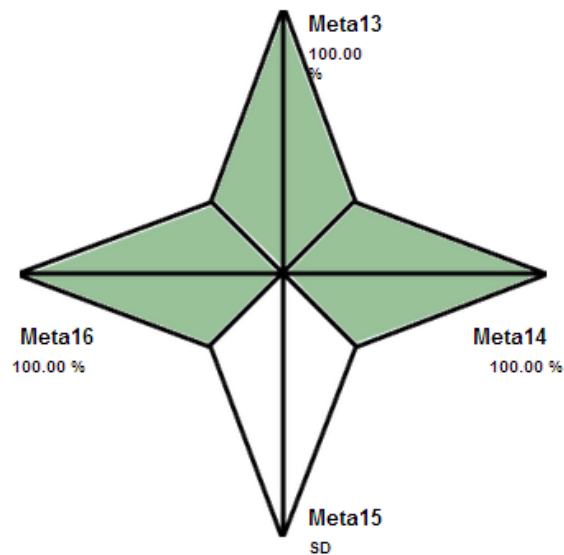
**Tabla 6. Resultado metas para el desafío 3**

Descripción de la meta	Observaciones
Meta10. Habrán adoptado un Código Internacional de Práctica o desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud.	En relación con del Código de prácticas sobre contratación internacional, no existe evidencia de acciones de divulgación o de adopción del Código que favorezcan la planificación y gestión de la migración del THS. (REMSAA 2011). Sin embargo, el país extiende a los extranjeros, las disposiciones legales aplicables en el mercado laboral en materia de contratación que se aplica a los colombianos.
Meta11. Tendrán una política de auto-suficiencia para satisfacer sus propias necesidades de recursos humanos de salud.	La metodología empleada en la construcción de la línea de base es diferente a la utilizada para la presente medición. En concordancia con la metodología sugerida por la OPS y la información obtenida de la meta 5, se presenta la información actualizada respecto a la política de autosuficiencia de recursos humanos en el país.
Meta12. Habrán formulado acuerdos mutuos e implantado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales capacitados en el extranjero.	De acuerdo a la información suministrada por el Ministerio de Educación Nacional, los actuales estándares y mecanismos para facilitar el reconocimiento de profesionales capacitados en el extranjero son: 1) Títulos de educación superior, 2) Instituciones de educación superior reconocidas legalmente en el país, 3) Evaluación académica que busca establecer una razonable equivalencia. No se exigen materias específicas por programa, 4) Otorgar una equivalencia que le permita al profesional trabajar en Colombia sin cursar estudios, 5) No se requieren autenticaciones de documentos de acuerdo al Decreto 019 de 2012, y 6) Los requisitos para iniciar el trámite de convalidación son mínimos.



**DESAFÍO 4:** Generar relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud que promueva ambientes de trabajo saludables y permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población.

**Figura 5. Porcentaje de cumplimiento desafío 4**



Fuente: Figura tomada del Observatorio Regional de Recursos en Salud, a partir de la información reportada por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

**Tabla 7. Resultado metas para el desafío 4**

Descripción de la meta	Observaciones
Meta13. La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad.	Para el proceso de medición, conforme a la guía metodológica sugerida por la OPS, el empleo precario o sin protección es considerado como aquel que no incluye como mínimo seguro de salud, pensiones y licencia por enfermedad o embarazo. Cuando una persona genera ingreso derivado de su actividad, las normas colombianas consideran como necesaria la afiliación y el aporte a la seguridad social.
Meta14. Habrán implementado políticas de salud y seguridad para los trabajadores de la salud, incluyendo el apoyo a programas para reducir enfermedades y accidentes ocupacionales.	Las normas de seguridad social en Colombia obligan a que todos los trabajadores estén vinculados al Sistema de Seguridad Social Integral independientemente de su modalidad de vinculación laboral. De esta forma, los trabajadores de la salud que están empleados o trabajan por cuenta propia están cubiertos por los Sistema de Pensiones y Seguridad Social en Salud. Los trabajadores por cuenta propia, contrario a lo observado hace unos años, están obligados a estar asegurados en riesgos laborales. El sistema de riesgos laborales, establece la obligatoriedad de programas de prevención y mitigación de riesgos, accidentes y enfermedades laborales. Así mismo, las normas sobre habilitación también establecen políticas y mecanismos para proteger la salud y seguridad de los trabajadores de la salud.

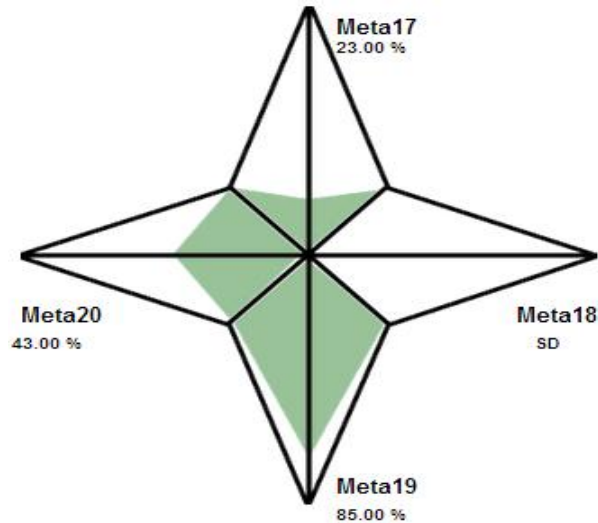


**Tabla 7. Resultado metas para el desafío 4**

Descripción de la meta	Observaciones
Meta15. Al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellos las de carácter ético.	Para el sector público existen normas que establecen requisitos para acceder a los cargos de dirección de las instituciones de salud. En la mayor parte de los casos se exige formación en programas de gerencia, administración ó economía de la salud. Estos programas incluyen en algunos casos, temas relacionados con salud pública y ética. También se exige que el candidato no tenga antecedentes de tipo, penal o disciplinario que lo inhabiliten para ejercer el cargo.
Meta16. Mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten.	La legislación colombiana establece mecanismos para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales.  Se garantiza el derecho de huelga salvo en los servicios públicos esenciales y se cuenta con una comisión permanente, integrada por el Gobierno, representantes de los empleadores y de los trabajadores, para la concertación de políticas salariales y laborales, la promoción de las buenas relaciones laborales y la búsqueda de soluciones a eventuales conflictos de trabajo.

**DESAFÍO 5:** Desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación (universidades, escuelas) y los servicios de salud que permitan adecuar la formación de los trabajadores de la salud para un modelo de atención universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población.

**Figura 6. Porcentaje de cumplimiento desafío 5.**



Fuente: Figura tomada del Observatorio Regional de Recursos en Salud, a partir de la información reportada por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

**Tabla 8. Resultado metas para el desafío 5**

Descripción de la meta	Observaciones
Meta17. El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria, y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional.(	<p>El Ministerio de Salud y Protección Social, ha venido participando en un proceso de construcción de diferentes actores, para la definición de las competencias de los profesionales del área de la salud, en el marco de las necesidades de salud de la población colombiana y el sistema de salud. Allí se han incorporado competencias para mejorar la resolutiveidad y el primer contacto de la población con los servicios de salud.</p> <p>De manera paralela, se viene avanzando en un programa para desarrollar la salud y la medicina familiar en el sistema de salud, y gestionar la formación de médicos especialistas en medicina familiar, como uno de los mecanismos para aportar al mejoramiento de la calidad y humanización de los servicios, la resolutiveidad en la atención en salud y la articulación de los planes de beneficios, las acciones de salud pública, la coordinación intersectorial y participación ciudadana y la reducción de brechas de desigualdad evitable en el acceso a los servicios, en el marco del desarrollo de la estrategia de APS.</p>
Meta18. El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán	Actualmente, el proyecto de Ley S210 de 2013, que se encuentra actualmente en el Congreso de la República, incluye de manera



**Tabla 8. Resultado metas para el desafío 5**

Descripción de la meta	Observaciones
adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones sub atendidas, haciendo hincapié cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas.	expresa una disposición que obliga a las Instituciones de Educación Superior, a establecer medidas para que por lo menos el diez por ciento de los cupos ofrecidos anualmente para los programas de especialización clínica se asignen a los miembros de minorías étnicas.
Meta19. Las tasas de abandono (deserción) de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%.	Información obtenida del Sistema de Información para la Prevención de la Deserción de la Educación Superior, Ministerio de Educación Nacional disponible en <a href="http://spadies.mineducacion.gov.co/spadies/JSON.html">http://spadies.mineducacion.gov.co/spadies/JSON.html</a> . Deserción por Cohorte.
Meta20. El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida.	Toda institución de educación superior en Colombia, requiere del Registro Calificado, para el cual, se requiere el cumplimiento de requisitos de calidad indispensables para la oferta de un programa. Es decir que el 100% de las instituciones que ofrecen programas deben cumplir las condiciones de calidad definidas. Así mismo, existe una entidad acreditadora de estándares más altos de calidad, sobre los cuales se realiza la medición de este indicador.