



Política Pública del Talento Humano en Salud 2025-2035

ANEXO 1. Marco Orientador

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



GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ

Ministro de Salud y Protección Social

JAIME HERNÁN URREGO RODRÍGUEZ

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA

Viceministro de Protección Social

RODOLFO ENRIQUE SALAS FIGUEROA

Secretario General

YENNY PILAR TORRES CASTRO

Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales

CESAR LEONARDO PICÓN ARCINIEGAS

Director de Desarrollo del Talento Humano en Salud

Equipo técnico de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano

Nathaly Rozo-Gutiérrez
Angela Vanessa Morales Garzón
John Francisco Ariza Montoya
Carlos Guzmán Quintero
José Hernando Cubides
Wilson Sandoval Rodríguez
Dayana Pérez Santamaría
Ivet Pernet Bolaño
Elena Arias-Lanzziano
Liliana Gómez-Estupiñán
Rafael Orlando Mesa
Zahyra Alejandra Camelo Rodríguez
Juan Sebastián Barco

Equipo de apoyo metodológico de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales

Sonia Milena Torres Rojas
Eliana Esmeralda Zambrano Becerra

Autores por capítulo

Aspectos conceptuales para tener en cuenta para la construcción de una política pública

Por: Lizardo Huamán Angulo – Consultor Internacional Organización Panamericana de la Salud -OPS

Panorama del Talento Humano en Salud (THS)

Por: Valentina Espinosa Ruiz,^a Juan Sebastián Zuluaga,^b Oscar Ignacio Mendoza Cardozo,^a Gabriel Jaime Otálvaro Castro.^a

^a Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, ^b Universidad Católica de Manizales.

Caracterización del Talento Humano en Salud Pública

Por: Rafael Tuesca Molina,^a Erwin Hernández,^b Gabriel Otálvaro,^c Juan Sebastián Zuluaga.^d

^a Universidad del Norte, ^b Universidad de la Sabana, ^c Universidad de Antioquia, ^d Universidad Católica de Manizales.

Capacidad de la fuerza laboral en Colombia para implementar las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)

Por: Asociación Colombiana de Salud Pública - ACSP & Organización Panamericana de la Salud - OPS

Evaluación de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP): Desarrollo de Recursos Humanos para la salud, Colombia 2023

Por: Asociación Colombiana de Salud Pública - ACSP & Organización Panamericana de la Salud - OPS

Problemática de la gobernabilidad y gobernanza del talento humano en salud

Por: Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social y aliados estratégicos

Análisis de la mortalidad en el Talento Humano en Salud (THS)

Por: Observatorio de Talento Humano en Salud. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

Desarrollo de la Educación Interprofesional (EIP) y Trabajo Colaborativo Interprofesional (TCI)

Por: Red Nacional de EIP-TCI: Piedad Serpa,^a Astrid V. Cienfuegos Gallet,^b Arturo J. Parada Baños,^c Christian Guevara de los Ríos,^d Heidi R. Posso Mendoza.^e

^a Universidad de Santander, ^b Universidad de Antioquia, ^c Universidad Nacional de Colombia, ^d Universidad de Nariño, ^e Universidad Metropolitana de Barranquilla

Seguridad del talento humano en salud y de los equipos de salud en Colombia

Por: Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR). Mesa Nacional de Misión Médica. Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud. MSPS

Recomendaciones para la promoción de la salud mental en el Talento Humano en Salud

Por: Restrepo Henao,^a Montoya Gómez, Nilton.^a Maldonado, Adriana.^b Giraldo, Stella. Narváez, Javier.^b Contreras, Javier., Grisales, Hugo., Martínez, Eliana.^a Pearce, Neil.^c Van-Veldhoven, Karin.^c Rhodes, Tim.^c Santaella-Tenorio Julián.^d Susser, Ezra.^e & Martínez, Gonzalo^f

^aFacultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. ^bUniversidad El Bosque. ^c Universidad Nacional de Colombia., ^cLondon School of Hygiene and Tropical Medicine., ^dPontificia Universidad Javeriana. ^eColumbia University, ^fHospital La Paz, España.

Evaluación del impacto de la densidad de Recursos Humanos en Salud en el acceso a la atención, en los resultados sanitarios y estrategias para una distribución equitativa

Por: Facultad de Medicina y de Salud Pública. Universidad de Antioquia



Siglas

APS: Atención Primaria en Salud
AVISA: Años de Vida Ajustados por Discapacidad
AVPP: años de vida perdidos por muerte prematura
AVD: años de vida perdidos por discapacidad
CNTHS: Consejo Nacional del Talento Humano en Salud
CITHS: Comisión Intersectorial de Talento Humano en Salud
DAFP: Departamento Administrativo de la Función Pública
DDTHS: Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud
DPSAP: Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria en Salud
EAPB: Empresas Administradoras de Planes de Beneficios
EIP: educación interprofesional
ESE: Empresas Sociales del Estado
ET: Entidades Territoriales de orden Departamental y Distrital
ETDH: Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano
FESP: Funciones Esenciales de Salud Pública
IES: Instituciones de Educación Superior
IPS: Institución prestadora de servicios de salud
MEN: Ministerio de Educación Nacional
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social
MV: Mecanismos de verificación
OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible
OIT: Organización Internacional del Trabajo
OMS: Organización Mundial de la Salud
REPS: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
RHUS: Recursos Humanos en Salud
RIISS: Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud
SNIES: Sistema Nacional de Información de la Educación Superior
SIET: Sistema de Información de la Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano
THS: Talento Humano en Salud
TCI: trabajo colaborativo interprofesional
UHC: Universal Health Coverage

Contenido

1. Marco de Referencia.....	14
1.1 Definiciones	14
1.2 Aspectos conceptuales para tener en cuenta para la construcción de una política pública.....	27
1.2.1 Los desafíos del sistema de salud y su relación con el campo de los RHUS.....	27
1.2.2 Dimensiones de la gestión de los recursos humanos en salud en el nivel estratégico.....	29
1.2.3 Relación entre resultados de la gestión estratégica del campo de los recursos humanos en salud y la capacidad de respuesta de los sistemas de salud	31
1.2.3 La gestión estratégica del campo de los recursos humanos en salud y la construcción de políticas públicas.....	33
1.3 Marco de competencias del talento humano en salud pública	38
2. Diagnóstico	47
2.1 Panorama del talento humano en salud (THS).....	47
2.1.1 Caracterización del talento humano en salud (THS) en Colombia 2011-2022	47
2.1.3 Capacidad de la fuerza laboral en Colombia para implementar las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)	91
2.1.4 Evaluación de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP): Desarrollo de Recursos Humanos para la salud, Colombia 2023	94
2.2 Problematicación de la gobernabilidad y gobernanza del talento humano en salud	97
2.3 Avances de la evaluación de capacidades de gobernanza de las autoridades territoriales de salud	98
3. Análisis de la mortalidad en el Talento Humano en Salud (THS)	102
3.1 Mortalidad General.....	102
3.1.1 Mortalidad por edad y sexo	103
3.2 Causas de mortalidad	105
3.2.1 Mortalidad causas transmisibles	108
3.2.2 Mortalidad por Neoplasias.....	110
3.2.3 Mortalidad por enfermedades del Sistema circulatorio	112
3.2.4 Mortalidad por causa externa.....	115
4. Recomendaciones para situaciones especiales del Talento Humano en Salud (THS)	118



4.1 Desarrollo de la Educación Interprofesional (EIP) y Trabajo Colaborativo Interprofesional (TCI).....	118
4.2 Seguridad del talento humano en salud y de los equipos de salud en Colombia .	122
4.3 Recomendaciones para la promoción de la salud mental en el Talento Humano en Salud.....	134
4.4 Consideraciones Adicionales.....	135
Referencias	137
ANEXOS	144

Listado de Tablas

<i>Tabla 1. Porcentaje de profesionales en salud cotizantes a la seguridad social en su primer año de ejercicio, Colombia 2017-2020</i>	75
<i>Tabla 2. Porcentaje de especialistas médicos cotizantes a la seguridad social en su primer año de ejercicio, Colombia 2017-2019</i>	75
<i>Tabla 3. Porcentaje del talento humano en salud que obtuvo su título en el país, Colombia 2015-2022</i>	76
<i>Tabla 4. Número de plazas para la prestación del Servicio Social Obligatorio (SSO) según profesión, Colombia, 2017-2022 en el país, Colombia 2015-2022</i>	76
<i>Tabla 5. Número de plazas para la prestación del Servicio Social Obligatorio (SSO) según profesión, Colombia, 2017-2022 en el país, Colombia 2015-2022</i>	77
<i>Tabla 6. Remuneración mensual en las plazas asignadas para SSO por departamento, Colombia 2022</i>	80
<i>Tabla 7. Nivel de participación en actividades asignadas al Talento Humano en Salud en los entes territoriales de salud. Colombia 2023</i>	83
<i>Tabla 8. Caracterización salarial de acuerdo con el tipo de contrato laboral del TH que planifica, gestiona, ejecuta y evalúa las acciones en salud pública en el territorio, Colombia 2023</i>	86
<i>Tabla 9. Fuerza laboral en salud pública para la implementación de las FESP, Colombia 2023</i>	92

Listado de Figuras

<i>Figura 1. La gestión de los recursos humanos en salud y las interacciones con de la educación y del trabajo</i>	28
<i>Figura 2. Interacción de resultados del campo de RHUS y el sistema de salud</i>	31
<i>Figura 3. Relación existente entre los desafíos de la salud, el sistema de salud y del campo de los RHUS</i>	32
<i>Figura 4. Relación entre procesos de gestión y resultados sanitarios</i>	32
<i>Figura 5. Ciclo de la política pública</i>	33
<i>Figura 6. Procesos de planificación y gestión del talento humano en salud</i>	34
<i>Figura 7. Perspectivas y momentos del planeamiento del Talento Humano en Salud (THS)</i>	35
<i>Figura 8. Perspectivas del planeamiento del Talento Humano en Salud (THS)</i>	37
<i>Figura 9. Ciclo de la política pública del Talento Humano en Salud (THS)</i>	38
<i>Figura 10. Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) en el Modelo integrado de la salud pública</i>	40
<i>Figura 11. Propuesta de contenidos para formación de Equipos interprofesionales de salud, 2023</i>	45
<i>Figura 12. Número estimado del talento humano en salud, Colombia 2011-2022</i>	48
<i>Figura 13. Densidad estimada profesionales en salud, Colombia 2011-2022</i>	49
<i>Figura 14. Incremento relativo profesionales en salud, 2011-2022</i>	50
<i>Figura 15. Densidad estimada profesionales en salud, 2011-2022</i>	51
<i>Figura 16. Densidad estimada auxiliares, técnicos y tecnólogos en salud, Colombia 2011-2022</i>	52
<i>Figura 17. Incremento relativo auxiliares, técnicos y tecnólogos en salud, 2011-2022.</i>	52
<i>Figura 18. Densidad estimada técnicos y tecnólogos en salud, 2011-2022.</i>	53
<i>Figura 19. Densidad de especialidades médicas. Colombia, 2011-2022.</i>	54
<i>Figura 20. Densidad estimada especialidades médicas, 2022.</i>	55
<i>Figura 21. Densidad de profesionales en salud por departamento, Colombia 2011 y 2022</i>	56
<i>Figura 22. Densidad de auxiliares, técnicos y tecnólogos en salud por departamento, Colombia 2011 y 2022</i>	57
<i>Figura 23. Densidad de especialistas médicos por departamento, Colombia 2011 y 2022</i>	58
<i>Figura 24. Proporción de mujeres entre los profesionales en salud, Colombia 2011-2022</i>	59
<i>Figura 25. Proporción de mujeres entre los perfiles auxiliares, técnicos y tecnólogos en salud, Colombia 2011-2022</i>	60

Figura 26. Proporción de mujeres entre las especializaciones médicas más frecuentes, Colombia 2011-2022	61
Figura 27. Proporción de profesionales en salud contratados de manera directa por una institución 2011-2022	63
Figura 28. Proporción de auxiliares, técnicos y tecnólogos en salud contratados de manera directa por una institución 2011-2022	64
Figura 29. Proporción de especialistas médicos contratados de manera directa por una institución, Colombia 2011-2022	64
Figura 30. Comportamiento del IBC entre los perfiles auxiliares, técnicos y tecnólogos en salud, Colombia 2011-2022	66
Figura 31. Comportamiento del IBC entre los perfiles profesionales en salud, Colombia 2011-2022	67
Figura 32. Comportamiento del IBC entre las especialidades médicas, Colombia 2011-2022	68
Figura 33. Número estimado de auxiliares en salud según grupo de edad, Colombia 2011-2022	69
Figura 34. Número estimado de técnicos y tecnólogos en salud según grupo de edad, Colombia 2011-2022	70
Figura 35. Número estimado de profesionales en salud según grupo de edad, Colombia 2011-2022	71
Figura 36. Número estimado de especialistas médicos según grupo de edad, Colombia 2011-2022	72
Figura 37. Características de vinculación al sistema educativo del Talento humano en salud con perfil universitario, Colombia 2015-2021	73
Figura 38. Características de vinculación al sistema educativo del Talento humano en salud con perfil médico especializado, Colombia 2015-2021	74
Figura 39. Características de vinculación al sistema educativo del Talento humano en salud con perfil médico especializado, Colombia 2015-2021	78
Figura 40. Distribución del talento Humano en Salud en los entes territoriales de salud-Colombia 2023	82
Figura 41. Tipo de contrato del TH que planifica, gestiona, ejecuta y evalúa las acciones en salud pública en el territorio, Colombia 2023	85
Figura 42. Nube de palabras relevantes en la planificación y la gestión en el territorio del TH que planifica, gestiona, ejecuta y evalúa las acciones en salud pública en el territorio, Colombia 2023	87
Figura 43. Tipos de incentivos y mecanismos de retención del TH que planifica, gestiona, ejecuta y evalúa las acciones en salud pública en el territorio, Colombia 2023	88
Figura 44. Número de veces que realiza educación continua al TH que planifica, gestiona, ejecuta y evalúa las acciones en salud pública, Colombia 2023	89

Figura 45. Promedio de número de horas de los cursos de educación continua al TH que planifica, gestiona, ejecuta y evalúa las acciones en salud pública, Colombia 2023	89
Figura 46. Modalidad de los cursos de educación continua al TH que planifica, gestiona, ejecuta y evalúa las acciones en salud pública, Colombia 2023	90
Figura 47. Evaluación de la Función Esencial de Salud Pública: Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud, Colombia 2023	96
Figura 48. Mortalidad Talento Humano en Salud Colombia periodo 2014-2022.	103
Figura 49. Mortalidad Talento Humano en Salud Colombia periodo 2014-2021 edad y sexo	104
Figura 50. Mortalidad Talento Humano en Salud Colombia periodo 2014-2021	105
Figura 51. Causas de mortalidad del Talento Humano en Salud Colombia periodo 2014-2021.	106
Figura 52. Causas de mortalidad del Talento Humano en Salud Colombia periodo 2014-2021.	107
Figura 53. Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles población general y THS.	108
Figura 54. Tasa de mortalidad por enfermedades por el VIH (sida) población general y THS.	109
Figura 55. Tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas población general y THS.	109
Figura 56. Tasa de mortalidad por neoplasias población general y THS.	110
Figura 57. Tasa de mortalidad por tumor maligno del estómago población general y THS.	111
Figura 58. Tasa de mortalidad por tumor maligno de la próstata población general y THS.	111
Figura 59. Tasa de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer población general y THS.	112
Figura 60. Tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio población general y THS.	113
Figura 61. Tasa de mortalidad por insuficiencia cardíaca población general y THS.	114
Figura 62. Tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares población general y THS.	114
Figura 63. Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón población general y THS.	115
Figura 64. Tasa de mortalidad por causa externa población general y THS.	116
Figura 65. Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre población general y THS.	116
Figura 66. Tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio) población general y THS.	117
Figura 67. Tasa de mortalidad por agresiones (Homicidio) población general y THS.	117



<i>Figura 68. Dominios propuestos en los principales marcos de referencia internacionales para la orientación de estrategias de educación interprofesional y práctica colaborativa</i>	120
<i>Figura 69. Tendencia de homicidios en Colombia, 2018 a 2023</i>	125
<i>Figura 70. Tendencia de los eventos violentos contra la misión médica, Colombia, 2016 a 2022</i>	126
<i>Figura 71. Contextos de las violencias contra la asistencia en salud</i>	127



Listado de Cuadros

<i>Cuadro 1. Definición de los Momentos del planeamiento estratégico del Talento Humano en Salud (THS)</i>	36
<i>Cuadro 2. Competencias Esenciales de la Salud Pública para el THS</i>	41
<i>Cuadro 3. Agrupación de los problemas por cada dimensión de la línea estratégica de gobernabilidad y gobernanza, formulación de la política pública intersectorial del talento humano en salud, Colombia, 2023</i>	98

Listado de Anexos

Anexo 1.1 Antecedentes Internacionales de estudios sectoriales.....	144
Anexo 1.3. Documentos técnicos nacionales	144
Anexo 1.4. Antecedentes normativos	144
Anexo 1.5. Apartado estadístico	144
Anexo 1.6. Avances de la Evaluación de Capacidades de Gobernanza de las Autoridades Territoriales de Salud	144
Anexo 1.7. Problemas identificados para cada una de las dimensiones de gobernabilidad y gobernanza del talento humano en salud.....	144
Anexo 1.8. Capacidad de la fuerza laboral en Colombia	144
Anexo 1.9. Evaluación FESP Desarrollo de Recursos Humanos para la salud. Colombia 2023	144
Anexo 1.10. Árboles de problemas.....	144
Anexo 1.11. Recomendaciones para la implementación de la Educación Interprofesional (EIP) y Práctica Colaborativa Interprofesional (PCI).....	144
Anexo 1.12. Recomendaciones de seguridad para equipos de salud.....	145
Anexo 1.13. Impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de la salud: construyendo resiliencia en territorios durante el postconflicto	145
Anexo 1.14. Síntesis Rápida: Evaluación del impacto de la densidad de Recursos Humanos en Salud en el acceso a la atención, en los resultados sanitarios y estrategias para una distribución equitativa	145
Anexo 1.15. Recomendaciones para la elaboración de los planes de incentivos para el Talento Humano en Salud.....	145
Anexo 1.16. Entidades participantes y actores identificados en la Formulación de la Política Pública del Talento Humano en Salud.....	145



1. Marco de Referencia

1.1 Definiciones

Atención Primaria en Salud (APS): es una estrategia dirigida a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar; está centrada en las necesidades de las poblaciones por lo que permite que la atención sea continua, es decir, desde la promoción y mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas (Organización Panamericana de la Salud, 2023a)¹.

De manera complementaria, se ha descrito que la estrategia de APS permite la coordinación intersectorial para el logro de una atención integral e integrada, por lo que hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, la solidaridad y la costo-efectividad de los servicios de salud. Así mismo, esta estrategia está constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial y la participación social comunitaria y ciudadana (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011).

Atracción del talento humano en salud: se define como una actitud positiva con respecto al ejercicio y desempeño profesional y ocupacional en un territorio, especialmente en áreas rurales, dispersas y con barreras de acceso a los servicios de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

Autonomía profesional: hace referencia a la garantía que el profesional de salud para emitir con toda libertad su opinión profesional con respecto a la atención y tratamiento de sus pacientes con calidad, aplicado las normas, principios y valores que regulan el ejercicio de su profesión (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011).

Acto propio de los profesionales de la salud: es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado

¹ La Ley 1438 de 2011, "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones" adopta en su Artículo 12 la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS): "(...) 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".



legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional. Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad permanente de la autorregulación (Ministerio de Salud, 2007).

Capacidades y desarrollo humano: de acuerdo con los planteamientos realizados por expertos e instituciones internacionales, las capacidades de las personas hacen referencia a la diversidad de características que una persona puede ser y hacer en su vida, haciendo énfasis en las capacidades básicas: vivir una vida larga y saludable, estar bien informado y disfrutar de un nivel de vida digno. De manera complementaria Amartya Sen plantea una definición de capacidades más amplia, incorporando no solo un desarrollo de vida en un sentido material, sino de bienestar entendido como libertad para llevar una vida valiosa que considera las circunstancias personales, sociales y educativas (Cejudo Córdoba, 2006).

De esta forma, la tendencia actual del enfoque de capacidades extiende su concepto hacia el modelo del desarrollo humano, siendo las capacidades educativas un recurso para aumentar las capacidades productivas y para vivir una vida valiosa, lo cual contribuye en el capital humano de los países, y por ende en el crecimiento económico. En este sentido, el desarrollo de capacidades tiene varios objetivos, tales como: ser objetivo del mismo desarrollo, promover el progreso social y aumentar la producción económica (Cejudo Córdoba, 2006).

Por ello, es importante tener en cuenta que el enfoque de capacidades permite comprender la relación entre la educación y la libertad en los diferentes contextos sociales con desigualdades económicas, culturales y de género. En este sentido, la educación contribuye a que la persona logre no solo aprendizajes, sino también el logro de una buena vida (Cejudo Córdoba, 2006).

Capacidad del THS: hace referencia al conocimiento, habilidad y destreza adquirida por el THS, para brindar la atención en términos de pertinencia, idoneidad, suficiencia, calidez y calidad. Por ende, la atención y la prestación de los servicios de salud requiere de capacidades que van desde lo interpersonal hasta las técnicas, científicas y especializadas. Se ha descrito que existen atributos del actual del THS que están influenciados por las circunstancias materiales del entorno, tales como: la oportunidad, la continuidad, entre otros (Redondo et al., 2018).



Captación del talento humano en salud: hace referencia a la instalación de la atracción y la decisión de ejercer la práctica profesional en una zona u área determinada (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

Consejo Nacional del Talento Humano en Salud: según lo establecido en el Capítulo II de la Ley 1164 de 2006, el Consejo Nacional del Talento Humano en Salud es un organismo asesor del Gobierno Nacional, de carácter y consulta permanente, para la definición de políticas, encaminadas al desarrollo del Talento Humano en Salud (Ministerio de Salud, 2007).

Educación Interprofesional: es una estrategia educacional que prepara estudiantes y profesionales del área de salud para trabajar en equipos interprofesionales, optimizando sus habilidades y conocimientos para una práctica colaborativa eficaz a través de procesos de gestión y articulación intersectorial (Fortuna et al., 2022).

La evidencia científica ha posicionado la EIP como parte de la atención integral, que se fundamenta en el trabajo colaborativo entre estudiantes y diversas disciplinas que aprenden juntos, lo que genera mayor sinergias cognitivas técnicas que posicionan en el centro a las personas, las familias y las comunidades (Artaza et al., 2020).

Ejercicio y desempeño del THS: rol social de personas formadas en salud, conducido a mejorar las condiciones de salud de la población. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define que el desarrollo y el desempeño son componentes que influyen en la calidad de la atención (Inga-Berrosapi & Rodríguez, 2019). De esta forma se ha descrito que la calidad de la atención no solamente aborda la relación terapéutica construida entre el profesional de la salud y el paciente, sino que tiene elementos adicionales de carácter estratégico y de mayor complejidad, para el logro de servicios de salud pertinentes, oportunos, seguros y eficientes. Por lo que el desempeño profesional, la responsabilidad y el empoderamiento posibilitan una gestión y ejecución de los procesos con enfoque de riesgo, conocimientos disciplinares y habilidades blandas (Mejías Sánchez et al., 2021).

Adicionalmente el desempeño profesional se ha definido como la acción y efecto de cumplir una responsabilidad y realizar acciones por medio de las cuales obtiene una satisfacción y se logra un objetivo. De manera complementaria la Teoría de Educación Avanzada ha denominado el desempeño profesional como el proceso desarrollado por un sujeto mediante relaciones de carácter social que se establecen en la aplicación de métodos para el cumplimiento del trabajo, en correspondencia con los objetivos de la actividad profesional y el logro de un

resultado que evidencia el mejoramiento profesional, institucional y social avanzado. Asimismo, se ha considerado que el desempeño profesional hace referencia al proceso que manifiesta la idoneidad del sujeto para ejecutar acciones propias de sus funciones, y se refleja el dominio técnico profesional, el comportamiento ético y sus cualidades humanas (Mejías Sánchez et al., 2021).

En este sentido, la Organización para la Excelencia de la Salud ha planteado que el desempeño profesional se traduce en efectividad y seguridad, la primera se relaciona con el logro del propósito de la intervención en salud, y la segunda con la ausencia o el control de riesgo (Mejías Sánchez et al., 2021).

Enfoque de derechos: se fundamenta en los derechos humanos, siendo un enfoque conceptual que orienta el análisis y el desarrollo de intervenciones bajo el marco de la promoción, garantía y protección de los derechos humanos. Su objetivo es analizar las desigualdades que se encuentran en el corazón de los problemas de desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y las distribuciones injustas de poder que impiden el progreso del desarrollo y que a menudo resultan en grupos de personas que se quedan atrás (Naciones Unidas, 2023). Por ende, el reconocimiento y fortalecimiento del THS trasciende por el respeto a sus derechos humanos, y en especial, la protección de los derechos a la educación y al trabajo digno (Vázquez Martínez et al., 2020).

Enfoque diferencial: hace referencia al marco conceptual que permite el desarrollo de políticas públicas que tengan en cuenta a poblaciones o personas con características diferenciales, entre las cuales se pueden encontrar personas afectadas por la violencia o enfermedades mentales o físicas. De esta forma, se reconoce las diferencias para la priorización de sus intervenciones en grupos poblacionales determinados (Cortés Miguel, 2020).

Por otro lado, el enfoque diferencial se ha considerado una estrategia y un proceso de política pública para la garantía de los derechos identitarios, cuyo marco plantea un conjunto de pautas, medidas y acciones orientadas a grupos humanos con características particulares por razón de su diversidad cultural, edad, género, orientación sexual y condición de discapacidad. De esta forma, se busca que desde una perspectiva integral, tengan en cuenta esta diversidad de características poblacionales individuales, sociales, económicas, culturales, territoriales u ocupacionales, por ejemplo, el talento humano en salud, para el diseño, la implementación, el monitoreo y la evaluación de las líneas estratégicas de acción que orientan el tratamiento, la atención y el acompañamiento en su restauración y mantenimiento de la salud (Olivar Rojas, 2020).



De manera complementaria, la Ley 1448 de 2011 hace explícito para Colombia el concepto de enfoque diferencial, el cual es considerado un enfoque que reconocer poblaciones con características particulares debido a su edad, género, orientación sexual, condiciones de discapacidad, entre otros. Lo que se considera un punto de partida para el desarrollo de intervenciones de tipo humanitario, de asistencia, de atención, de reparación, de acompañamiento, entre otros (Presidencia de la República de Colombia, 2011) (Olivar Rojas, 2020).

Enfoque de género: es una categoría de análisis que comprende las características conductuales, culturales y políticas diferentes o iguales de acuerdo con las identidades construidas para hombres y mujeres. De esta forma, el enfoque de género en el THS permite el reconocimiento diferencial de las necesidades específicas en cuanto a los derechos, la prestación de los servicios y las características de la atención (Vázquez Martínez et al., 2020).

Enfoque interseccionalidad: es un modelo de análisis que permite el reconocimiento de otras características sociales, que pueden orientar acciones para superar las prácticas de exclusión, discriminación y vulnerabilidad, entre ellas se encuentran: el género, la etnia, la orientación sexual, la discapacidad, la edad, entre otros. La incorporación de este modelo en las políticas públicas posibilita mayor inclusión y democracia (Cortés Miguel, 2020).

De manera complementaria, la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud ha planteado que es necesario para dicha Comisión y para los países trabajar en el reconocimiento de las múltiples desventajas que pueden intensificar de manera adversa los determinantes sociales de la salud. Por tanto, analizar la intersección entre el género y la etnia, la pobreza, la discapacidad, la orientación sexual y la identidad de género permitiría concentrar esfuerzos y desarrollar diferentes estrategias en los cursos de vida de las personas y las familias para la garantía de los derechos humanos (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Enfoque territorial: está relacionado con el marco conceptual que permite el desarrollo de políticas públicas que tengan en cuenta a poblaciones de zonas dispersas o de características sociales, culturales o geográficas específicas. De esta forma se contribuye en la reducción de la pobreza, la adopción de nuevas tecnologías o de cualificación del THS; adicionalmente, las políticas públicas con este enfoque permiten la promoción de procesos de desarrollo territorial con intervenciones sectoriales e intersectoriales (Juan Fernández et al., 2019).

Equidad: hace referencia a que todas las personas tengan la oportunidad de alcanzar su máximo potencial, y que, ante la misma necesidad, se tenga la



igualdad para acceder a la atención de calidad en salud, por lo que condiciones y aspectos diferentes que generen barreras para el acceso a servicios, se consideran evitables e injustos (Castro et al., 2020).

Específicamente para salud, la equidad se relaciona con las posibilidades que se dan para el desarrollo de su máximo potencial independiente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales. Por lo que la equidad en salud implica que los recursos se asignen de acuerdo con la necesidad y la justicia de los procesos, y así se evite la discriminación en la prestación de los servicios de salud (Bermejo et al., 2020).

De manera complementaria, la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud ha planteado que el abordaje de la equidad debe trascender del “racismo estructural” hacia una perspectiva más compleja e integral, que incluya el medio ambiente y el cambio climático, con un énfasis mayor en los derechos humanos entorno al género, orientación sexual, curso de vida y condiciones de discapacidad. Así mismo, desde la perspectiva del gradiente social en la salud “Fair Society, Healthy Lives” se introdujo el “universalismo proporcional” cuyo objetivo se ha centrado en la oferta de servicios universales para todos y de distribuir el esfuerzo y los recursos de manera proporcional a las necesidades (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Formación del Talento Humano en Salud: corresponde a los procesos educativos que permiten la construcción de conocimientos, habilidades, capacidades, destrezas, que permiten transformar el pensar, sentir y hacer de personas que se desempeñaran en el ámbito social de la salud. Desde el marco de las Naciones Unidas, la formación debe estar relacionada con las necesidades y características sociales, epidemiológicas y demográficas de los países, vinculando la planificación, la educación interprofesional, la responsabilidad social de los centros formadores y el uso de modelos de docencia-servicio-investigación (Artaza et al., 2020).

Formación continua del Talento Humano en Salud: de acuerdo con lo establecido en el Artículo 16A de la Ley 1164 de 2007 y de la Ley 2294 de 2023, la formación continua del talento humano en salud corresponde a los procesos y actividades permanentes, entrenamiento y fundamentación teórico-práctica, dirigidos a complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas y prácticas por parte de las profesiones y ocupaciones en el contexto del Sistema de Salud colombiano, y que complementan su formación básica de educación superior, o de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (ETDH), el cual guardará coherencia con el



Sistema Nacional de Cualificaciones (Ministerio de Salud, 2007) (Presidencia de la República de Colombia, 2023).

Formación permanente del Talento Humano en Salud: se relaciona con el conjunto de experiencias educativas que se llevan a cabo después de la formación inicial y permiten mantener, aumentar y mejorar sus conocimientos y habilidades para el desarrollo de su responsabilidad (Valcárcel Izquierdo et al., 2019). Lo anterior se ha desarrollado en los países para avanzar hacia el logro del acceso y cobertura universal de salud, con respuestas integrales y de calidad a las personas, las familias y las comunidades (Artaza et al., 2020).

Formación integral del Talento Humano en Salud: Corresponde al proceso educativo que desarrolla los conocimientos técnicos, científicos, éticos, sociales y humanos del talento humano en salud, promoviendo la importancia de la salud pública, el bienestar social y el respeto por la dignidad humana. Su objetivo es capacitar al personal sanitario para que pueda abordar las necesidades de salud de la población desde una perspectiva global con habilidades interpersonales, trabajo en equipo interdisciplinario y sensibilidad cultural. Así mismo, de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 1164 de 2007, la formación integral permite identificar las intervenciones y actividades necesarias para llevar a cabo sus funciones con la cantidad, calidad, oportunidad y eficiencia requeridas, contribuyendo de esta manera a la mejora de la salud de los individuos. (Ministerio de Salud, 2007) (Organización Mundial de la salud, 2013).

Entrenamiento avanzado del Talento Humano en Salud: está centrada en la comprensión y en el desarrollo de aspectos específicos de áreas del ejercicio profesional en situaciones de alta relevancia, que posibilita la expansión del conocimiento, del pensamiento crítico y de las habilidades, con el propósito de contribuir en el desarrollo profesional, en la práctica segura y basada evidencia en contextos requeridos (Velykodna et al., 2023) (Zyblewski et al., 2019). Así mismo, se ha descrito que el entrenamiento avanzando tiene un impacto positivo en el cumplimiento de las intervenciones en salud, en la capacidad para mantenerlas y en el logro de cambios en la práctica profesional (Chen et al., 2020).

Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP): corresponden a las condiciones estructurales y los elementos de desarrollo institucional que permiten un mejor desempeño del ejercicio e implementación de la salud pública. Así mismo, son aquellas funciones que son indelegables del Estado por sus características estratégicas y porque se requiere de rector, liderazgo y capacidad técnica para la armonización, el monitoreo y seguimiento a las FESP (Feo, Óscar, 2004).



De manera complementaria y de acuerdo con lo establecido por la Organización Mundial de la Salud, las FESP definen aspectos y capacidades institucionales a desarrollar por los países, teniendo en cuenta que permiten la evaluación del estado de salud de la población y el desarrollo de políticas para el fortalecimiento de los sistemas de salud, del abordaje intersectorial de los determinantes sociales de la salud, la asignación de recursos y la garantía para el acceso a las intervenciones y servicios de salud pública (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2019).

Funciones Esenciales renovadas de Salud Pública (FESP): corresponden a las capacidades de las autoridades de salud de todos los niveles institucionales junto con la sociedad civil, para fortalecer los sistemas de salud y garantizar un ejercicio pleno del derecho fundamental a la salud, actuando sobre los factores de riesgo y de los determinantes sociales de la salud que tienen un efecto en la salud de la población. Esta propuesta renovada otorga una perspectiva institucional en términos de las capacidades del Estado y de la sociedad para ejercer funciones esenciales para proteger la salud de la población (Organización Mundial de la Salud, s. f.).

Gobernanza: corresponde a un proceso administrativo e institucional propio de los Estados Modernos para la garantía del bienestar social deseado de forma equitativa y transparente. La gobernanza está integrada por las buenas prácticas que otorgan legitimidad y consenso ciudadano de la gestión administrativa de los recursos de manera eficiente, eficaz y transparente. El consenso de Washington permitió que los países adoptaron sugerencias para el desarrollo de la “buena gobernanza” teniendo en cuenta su relación entre el Estado y la sociedad para medir la consolidación democrática, la cooperación y el crédito internacional (Rojas Jerez & Montoya Ruíz, 2017).

Gobernabilidad: consiste en mantener el equilibrio entre las estructuras e instituciones oficiales del sistema política del país en el ideal social de sus ciudadanos, sin provocar posibles o futuras crisis del sistema en su conjunto. En términos generales se relaciona con el consenso, el dialogo, la participación, la comunicación que se traduce en acción política. De esta forma, hace referencia a la capacidad que tiene una sociedad para enfrentar de manera positiva los retos y las oportunidades en un momento determinado (Rojas Jerez & Montoya Ruíz, 2017).

Humanización: la calidad y la humanización de la atención buscan dar respuesta a las necesidades de las personas y contribuir a la finalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, logrando iniciar la vida en las mejores condiciones, mantenerse saludable en familia, vivir en la comunidad sana e informada de sus



derechos y deberes en salud, detectar oportunamente la enfermedad y recuperar la salud, vivir con la enfermedad o la diversidad funcional con autonomía y respeto y enfrentar el final de la vida con dignidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

De esta forma, la humanización y el buen trato de los servicios de salud permite responder a las necesidades individuales y familiares, otorgándole valor a aquellos sentimientos y sensaciones que surgen frente a la expectativa de la atención. Es importante mencionar que dentro de las características de la atención humanizada y del buen trato se han descrito: la oportunidad de la atención, la pertinencia y la claridad de la información brindada a las personas, las familias y las comunidades, las estrategias y criterios de priorización de las poblaciones diferenciales, la garantía del acompañamiento en la recuperación, restauración y mantenimiento de la salud de acuerdo con las necesidades; el nivel de satisfacción con la atención, la comprensión, el trato cálido, la relación de confianza y la escucha activa (Lafaurie Villamil et al., 2020).

Para Colombia la humanización y el buen trato en la prestación de los servicios de salud se elevó al ámbito de la política pública para el desarrollo de procesos individuales y colectivas que permitan la dignificación de la condición humana, la armonización con los valores técnicos científicos con valores éticos y morales, por lo que se requiere comprender que: 1) el abordaje del ser humano debe ser integral, 2) se debe humanizar las condiciones de empleo y trabajo del talento humano en salud quienes implementan la humanización y el buen trato, 3) existir conexión entre los agentes del sistema de salud y 4) tomar conciencia de sí mismo y del autocuidado para la identificación y comprensión de las necesidades sociales y en salud de las personas (Grupo de investigación Políticas de Salud del Departamento de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, 2023).

Específicamente para el Talento Humano en Salud se ha identificado que la humanización de la atención está influenciada por las condiciones de empleo y trabajo, teniendo en cuenta que un estudio realizado en Lima, Perú analizó la relación entre el estrés laboral y el cuidado humanizado, y se concluyó que entre mayor sea el estrés laboral, menor será la percepción del cuidado humanizado y del buen trato. De la misma forma, otro estudio realizado en Chiclayo, Perú investigó la asociación entre el clima organizacional y el cuidado humanizado, y observó que entre peor sea el clima organizacional, más bajo será la percepción del cuidado humanizado y del buen trato (Rivadeneira Paz, Enma Magdalena & Pérez Arboleda, Pedro Antonio, 2022).



Incentivos: Son medios o instrumentos que tienen como propósito motivar a una persona o a un grupo de personas para desempeñarse con la mejor calidad posible en las labores para las cuales se le(s) convoca. Deben estar incorporados dentro de una relación laboral formalmente establecida, ser previamente acordados y existir la misma posibilidad de beneficiarse de ellos por parte de todos los trabajadores de la misma categoría e institución. Contribuyen al cierre de brechas de distribución y disponibilidad del THS mediante la atracción, retención, dignificación y fomento del desarrollo profesional y personal del THS. Según sus características y finalidad son de diversa índole. Entre los beneficios de orden financiero más comunes se encuentran bonificaciones por antigüedad, becas, préstamos, permisos pagados, primas para vivienda y transporte. Entre los incentivos no financieros se destacan el apoyo a la formación, reconocimientos, mejoramiento continuo del sitio y condiciones del trabajo, permisos especiales, entre otros (Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Desarrollo de THS, 2021).

Mecanismos de retención o permanencia del Talento Humano en Salud: están relacionados con los incentivos laborales que permiten mantener THS vinculado a la prestación de servicios. La literatura científica disponible reporta que las estrategias de retención están basadas en las características de un área de trabajo, con base en el análisis del contexto organizacional y la evaluación de las brechas de rotación con respecto a la retención. De esta forma, se ha reconocido que uno de los factores de alta atracción con alta probabilidad de generar retención de personas es el factor relacionado con la capacitación, con posibilidades de desarrollo y crecimiento laboral dentro de la organización o la empresa. Adicionalmente, las recomendaciones han incorporado estrategias de retención tangibles (salario) y no tangibles (supervisión, capacitación, programas de desarrollo y línea de carrera-crecimiento profesional) (Guerrero, 2022).

Observatorio del Talento Humano en Salud: de acuerdo con el Artículo 8° de la Ley 1164 de 2007, el Observatorio del Talento Humano en Salud, es una instancia del ámbito nacional y regional, que aportará conocimientos e información sobre el Talento Humano en Salud a los diferentes actores involucrados en su desarrollo y organización (Ministerio de Salud, 2007).

Política Pública: corresponde a las respuestas del Estado y del gobierno de un país frente a situaciones socialmente problemáticas, por lo que son un medio para resolverlas. Las situaciones socialmente problemáticas afectan a los demás, es decir, son de interés común, y perjudican el bienestar de la población. De esta forma, las políticas públicas se transforman en una red de decisiones tomadas por diversos actores, instituciones, individuos, organizaciones y grupos comunitarios, y su construcción se realiza por medio de la mediación social (Vargas, s. f.). Adicionalmente, las políticas públicas se han concebido como el



conjunto de objetivos, decisiones y acciones que se llevan a cabo para solucionar problemas o necesidades en un momento determinado (Vargas Arévalo, 2007).

Principio de interculturalidad: corresponde a un marco conceptual que orienta el diseño, formulación, implementación y evaluación de políticas públicas en dialogo con los diversos sistemas de conocimientos y prácticas terapéuticas y curativas de los pueblos y comunidades indígenas, personas y comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, y personas y comunidades campesinas desarrollan en el marco de la relación salud-enfermedad en articulación con la medicina occidental, las medicinas tradicionales de otras regiones, y las medicinas complementarias. De esta forma, se intenta facilitar el reconocimiento, el respeto, la comprensión de las diferencias culturales en la conceptualización y búsqueda de la salud, por lo que promueve la articulación y complementariedad de ambos sistemas. La ley estatutaria de salud define interculturalidad como el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades (Congreso de la República, 2015b).

Recursos Humanos en Salud (RHS): son aquellas personas de distintas profesiones, vinculadas al área sanitaria que tienen como fin promover la salud y el bienestar de la población, por lo que son reconocidos como actores esenciales en los sistemas de salud, en las políticas públicas de salud, dada su contribución en la generación y prestación de los servicios de salud (Barja-Ore et al., 2021).

De acuerdo con el marco conceptual desarrollado en torno a los RHS, se han considerado cuatro cualidades importantes para su análisis: la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad (Barja-Ore et al., 2021).

Disponibilidad: es el número de perfiles que integra los RHS de acuerdo con las necesidades y expectativas de la población. Por lo que su disponibilidad contribuye en la mejora de los indicadores y resultados en salud.

Accesibilidad: se refiere a los aspectos geográficos, económicos e institucionales del Talento Humano en Salud y de las poblaciones.

Aceptabilidad: se relaciona con la interacción y comunicación del Talento Humano en Salud y de las atenciones brindadas con las condiciones culturales, los valores y el lenguaje de las poblaciones.



Calidad: la cual está vinculada con las habilidades, destrezas y capacidades del Talento Humano en Salud para el ejercicio de su ocupación.

Resolutividad: está relacionado con la capacidad del THS para atender eficaz y oportunamente una situación problemática de salud. Desde el marco de la Atención Primaria en Salud (APS), la resolutividad está complementada además por las capacidades del THS, las dotaciones del equipamiento y tecnologías adecuadas para la prestación de los servicios de salud (Cuba-Fuentes et al., 2018).

Salud mental: la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como «un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad». Por tal razón se requiere de la implementación de las medidas terapéuticas para la prevención y control de las situaciones de salud potenciales y reales (Buitrago Ramírez et al., 2021).

Salud Pública: está constituida por un conjunto de políticas que buscan garantizar, de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad (Presidencia de Colombia, 2007) (Hernando Hernández et al., 2020).

De manera complementaria la salud pública es un área del conocimiento que se centra en el abordaje de los determinantes sociales de la salud con base en la comprensión de las dinámicas y los procesos sociales derivados de la conducta del ser humano y relacionado con el contexto territorial e histórico de la población. Por lo que se han desarrollado herramientas teóricas que han aportado a la conceptualización e interpretación del proceso salud y enfermedad permitiendo evidenciar la implicación de las condiciones estructurales en la salud pública. De esta forma, la salud pública ha profundizado la visión holística de la salud social y sus derivados desde una perspectiva multifactorial y multidimensional, con la integración de variables diferenciales, tales como: pobreza, marginación, discriminación, género, inequidad, globalización, entre otros (Osorio Guzmán, 2020).

Seguridad de la misión médica: la misión médica hace referencia al conjunto de bienes, instalaciones, instituciones, transporte terrestre, aéreo, fluvial y marítimo, equipos y materiales necesarios para llevar a cabo las actividades propias de la prestación de servicios de salud, tales como, la asistencia sanitaria, salud preventiva, educación en salud, administración y apoyo en la prestación de



los servicios de salud, atención prehospitalaria y extramural, conformado a su vez por el personal profesional de la salud y otras disciplinas, con vinculación laboral o civil, que ejercen funciones sanitarias, en el marco de la misión humanitaria en situaciones o zonas de conflicto armado u otras situaciones de violencia que afecten la seguridad pública, desastres naturales y otras calamidades (Organización Panamericana de la Salud, 2023). En este sentido, la protección y el respecto de la misión médica hace parte de los desafíos de los países y de los territorios que tienen dinámicas de conflicto armado y otras situaciones de violencia, por los riesgos o situaciones reales de infracciones recurrentes contra el THS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Específicamente para Colombia el programa de Misión Médica tiene como objetivo disminuir la vulnerabilidad institucional e individual del personal que hace parte del sector salud frente al riesgo de afectación por eventos de agresión y ataques en contra en situaciones o zonas de alta vulnerabilidad por el conflicto armado o por otras situaciones de violencia. Lo anterior debe ser implementado por las autoridades locales, el personal sanitario, la comunidad y actores armados por medio de la promoción del respeto y la protección de los componentes de la Misión Médica establecidos en la Resolución 4481 del 2012. Teniendo en cuenta lo planteado anteriormente, las líneas de acción se han centrado en: 1) conocimiento del riesgo de incidentes e infracciones contra la Misión Médica, 2) manejo de infracciones e incidentes contra la Misión Médica y 3) reducción del riesgo de infracciones e incidentes contra la Misión Médica (Cruz Roja Colombiana, 2024).

Seguridad y Salud en el Trabajo: abarca la prevención de los accidentes del trabajo y de las enfermedades profesionales, así como la protección y fomento de la salud de los trabajadores. Su objetivo es mejorar las condiciones y medio ambiente de trabajo (International Labour Organization, s. f.).

Suficiencia del THS: corresponde a la disponibilidad de THS requerido para atender las necesidades de salud de la población. Es una cualidad de los RHS que refleja su disponibilidad de acuerdo con las necesidades y expectativas de la población (Barja-Ore et al., 2021).

Talento Humano en Salud (THS): según lo establecido en el Artículo 1º de la Ley 1164 de 1004, se entiende por Talento Humano en Salud, todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud (Ministerio de Salud, 2007).



Trabajo colaborativo interprofesional: está caracterizado por el trabajo en equipo con articulación de los conocimientos y habilidades agrupadas con base en los valores y principios, con herramientas de comunicación asertiva y de forma transparente que posibilita la toma de decisiones. De esta forma, los elementos que integran el trabajo colaborativo interprofesional están relacionadas con la responsabilidad, la coordinación, la comunicación, la cooperación, la asertividad, la autonomía, la confianza y el respeto mutuos (Lajes Ugarte et al., 2021) (Barrios et al., 2022).

Trabajo digno y decente: concepto propuesto por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que establece las características que debe reunir una relación laboral con estándares laborales internacionales y en condiciones de libertad, igualdad, seguridad y dignidad humana. Adicionalmente, es ejercicio en condiciones con una remuneración adecuada, la protección social y la garantía de los derechos laborales individuales y colectivos (Teófila Díaz, s. f.).

1.2 Aspectos conceptuales para tener en cuenta para la construcción de una política pública

1.2.1 Los desafíos del sistema de salud y su relación con el campo de los RHUS

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 1946). Para promoverla, mantenerla y potenciarla, cuidar y atender a las personas cuando esta se deteriora, y para preservar el bien morir, las sociedades dieron origen a lo que denominamos sistemas de salud. Los resultados de estos sistemas pueden ser evaluados en términos de cobertura (¿cuántos cuida o atiende?); impacto (¿cuáles son los patrones de morbilidad y mortalidad de la población a la que cuida o atiende?); y satisfacción de los usuarios (¿con qué calidad y pertinencia se responde a las expectativas de las personas?) (Asociación Peruana de Facultades de Medicina, 2021).

Según la OMS, la capacidad de respuesta de los sistemas de salud ante la demanda de cuidados y atención por parte de la población depende, fundamentalmente, de la disponibilidad de recursos humanos en salud (RHUS) y que sus competencias profesionales y humanas estén adecuadas para brindar servicios de salud con eficacia, eficiencia, calidad técnica y pertinencia social. La fuerza de trabajo, elemento clave de todos los sistemas sanitarios, es fundamental para hacer progresar la salud. Abundan las pruebas de que el número y la calidad de los trabajadores sanitarios están efectivamente relacionados con la cobertura de inmunización, el alcance de la atención primaria

y la supervivencia de los lactantes, los niños y las madres. Se ha comprobado que la calidad de los médicos y la densidad de su distribución se correlacionan con resultados positivos en el ámbito de las enfermedades cardiovasculares. A la inversa, la malnutrición infantil ha empeorado con los recortes de personal durante las reformas del sector sanitario (Organización Mundial de la Salud, 2006). Complementariamente, para que el personal sanitario desarrolle todo su potencial, se requiere que las organizaciones de salud garanticen condiciones de empleo y trabajo decente, que promuevan el compromiso de los trabajadores de salud con los objetivos estratégicos del sector.

En suma, la capacidad de respuesta del sistema puede ser medido desde la perspectiva del grado de avance en lograr la cobertura universal en salud; de disminuir drásticamente el número de años de vida saludables perdidos por causas evitables; y aumentar el cuidado y atención de la salud con los más altos estándares de calidad con equidad. Lo que está influenciado de manera esencial por el accionar del personal de salud y, si consideramos que hay una fuerte correlación entre estos tres tipos de indicadores, se entiende que todas las acciones relevantes, como la generación de políticas públicas que aborden su problemática, tendrán un impacto en dicha capacidad de respuesta sistémica (Figura 1).

Figura 1. La gestión de los recursos humanos en salud y las interacciones con la educación y el trabajo



Fuente: Planificación estratégica de recursos humanos en salud/Mario Rovere. -Washington, D.C.: OPS, c1993-ix, 232 p. (Serie de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud; 96).



1.2.2 Dimensiones de la gestión de los recursos humanos en salud en el nivel estratégico

Para que todo sistema de salud tenga un desempeño idóneo, se requiere que las organizaciones de salud y los recursos humanos en salud desplieguen el máximo de sus capacidades profesionales y humanas, lo que les permitirá resolver los problemas de salud que enfrentan en un determinado ámbito con eficacia, eficiencia, calidad técnica y pertinencia social; para que ello suceda, se espera que los gestores del campo de los recursos humanos en salud, de un territorio o de una Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, garanticen determinados resultados.

Para que estos resultados se produzcan, se requiere planificar acciones, organizar procesos, conseguir y direccionar recursos, así como controlar los resultados para producir mejoras en la cadena de valor para mejorar los resultados anteriormente descritos. En dicho sentido, el despliegue de estas acciones debe organizarse para lograr resultados en las siguientes dimensiones: la numérica, cualitativa, institucional y rectora; sabiendo que los resultados de la gestión de las dos primeras dimensiones impactan directamente en los propios trabajadores o recursos humanos en salud, mientras que los resultados de las dos últimas lo hacen de manera indirecta: la institucional lo hace en el entorno de trabajo y, la rectora, en los factores externos que explican las condiciones de las tres dimensiones anteriores (factores educativos, de empleo, financieros, vinculados a las capacidades institucionales, etc.) Estas dimensiones pueden describirse de este modo (Lizardo Huamán, 2022):

- a) **Dimensión numérica del campo de RHUS.** – Medida expresada con la denominación de dotación de los recursos humanos en salud y que es producto del desarrollo de acciones de gestión para que, en un determinado territorio, los servicios de salud dispongan de un número crítico que permita mejorar las coberturas de atención de salud priorizadas, tanto en el plano de promoción de la salud, como en la prevención de riesgos, la atención del daño a la salud y su recuperación.

Objetivo de la gestión en el nivel estratégico: garantizar la disponibilidad de un número de recursos humanos en salud en un espacio sanitario determinado (país, un departamento, un distrito; región o red de salud), para lograr la cobertura de atención más amplia posible, en el marco de la estrategia de acceso y cobertura universal a la salud.

- b) **Dimensión cualitativa del campo de RHUS.** – Magnitud cualitativa expresada con la denominación de competencias de los recursos



humanos en salud y que es producto del despliegue de acciones de gestión que buscan que dichas competencias estén articuladas a las necesidades y demandas de salud de la población.

Objetivo de la gestión en el nivel estratégico: desarrollar las competencias profesionales y laborales de los recursos humanos en salud en función de las necesidades y demandas de salud de la población, que permita la implantación de un modelo de cuidado integral de salud en redes integradas de Salud, contribuyendo con la disminución de la mortalidad, morbilidad y discapacidad por causas evitables, en el marco de la construcción de un sistema de salud basado en la APS.

- c) **Dimensión institucional del campo.** – Dominio normativo-institucional expresado con la denominación de condiciones de empleo y trabajo en salud y que es producto de la ejecución de acciones de gestión que determinarán el grado de adherencia de los RHUS a los objetivos estratégicos del sector, para afrontar los desafíos sanitarios en dicho territorio.

Objetivo de la gestión en el nivel estratégico: optimizar los procesos del Sistema Administrativo de Recursos Humanos en las organizaciones de salud para la mejora equitativa de las condiciones de empleo y trabajo, que promuevan el compromiso de los recursos humanos en salud con los objetivos estratégicos del sector, contribuyendo con el aumento del grado de satisfacción de los usuarios, en el marco de la implementación progresiva los estándares de trabajo decente establecidos por la OIT en el sector salud.

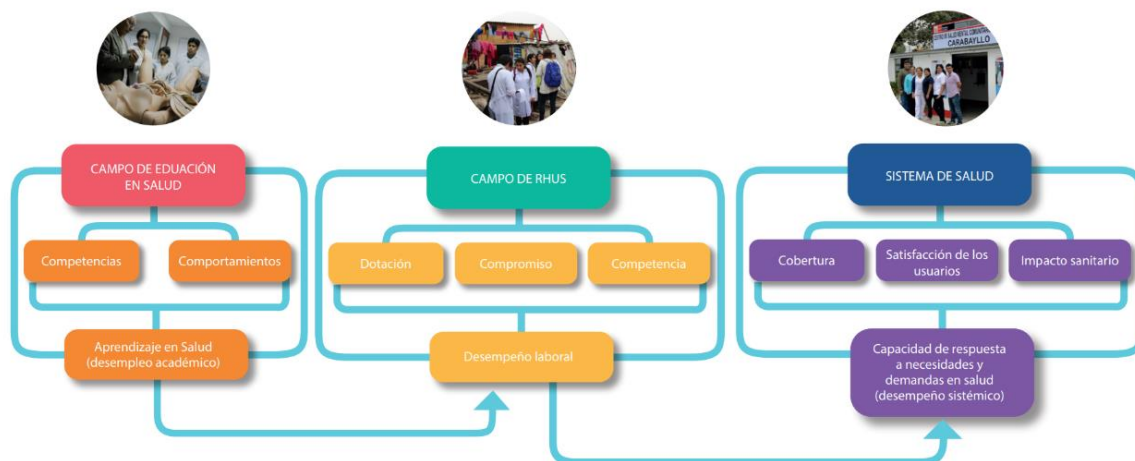
- d) **Dimensión rectora del campo.** Capacidad expresada con la denominación de rectoría del campo de los recursos humanos en salud y que es producto de la realización de acciones de gestión de la autoridad sanitaria de salud que permita el alineamiento de los objetivos de las distintas instituciones o actores sociales del citado campo, en función del cierre de brechas establecidas en las tres dimensiones anteriores, a nivel nacional.
- e) **Objetivo de la gestión en el nivel estratégico:** articular los objetivos de los distintos actores institucionales y sociales del campo de los recursos humanos en salud, que permita implementar políticas públicas para el cierre de las brechas existentes en dicho campo, mejorando la disponibilidad numérica y cualitativa, así como las condiciones de empleo

y trabajo, y contribuir con la mejora de la capacidad de respuesta del sistema de salud.

1.2.3 Relación entre resultados de la gestión estratégica del campo de los recursos humanos en salud y la capacidad de respuesta de los sistemas de salud

En síntesis, existe una fuerte correlación entre los resultados de la gestión de los recursos humanos en salud (que implica intervenciones en la esfera educativa, el mercado de trabajo y de los servicios de salud) y los resultados sanitarios (Figura 2).

Figura 2. Interacción de resultados del campo de RHUS y el sistema de salud



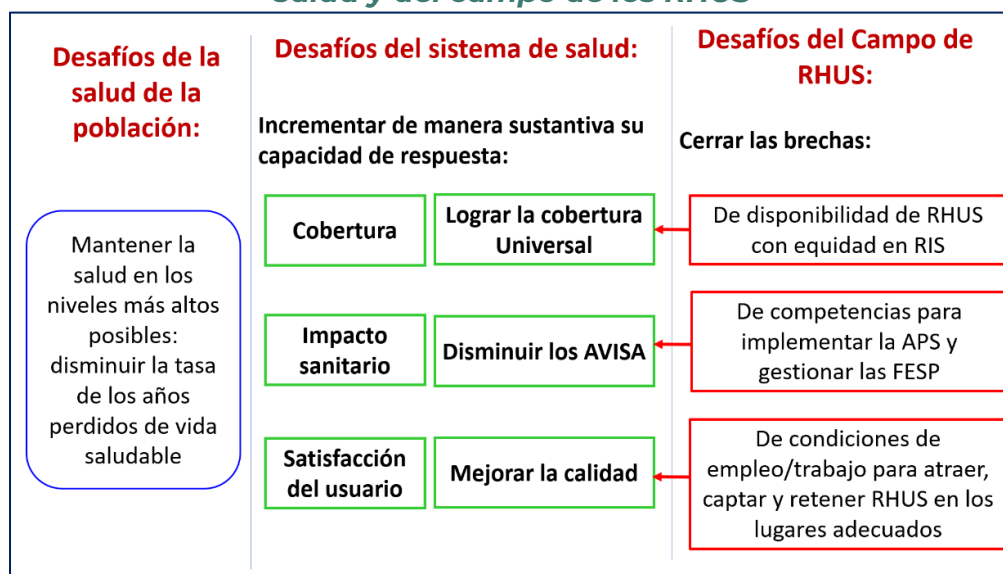
Fuente: Formación en Salud Pública de los Médicos en el Perú, Diagnóstico y propuesta para su fortalecimiento, ASPEFAM, 2020, p 32.

Esto implica que, en un sistema de salud, para mantener la salud en los niveles más altos posibles, se requiere incrementar de manera sustantiva su capacidad de respuesta: mejorar de manera sustantiva su capacidad de ampliar su cobertura con enfoque de equidad, para lograr la ansiada cobertura universal en salud; optimizar sus intervenciones en salud pública para impactar en la disminución, lo más posible, la tasa de los años perdidos de vida saludable por causas evitables; y, al mismo tiempo, mejorar la calidad de la atención que signifique el aumento de la satisfacción de los usuarios del sistema sanitario.

A su vez, cada uno de los resultados sistémicos mencionados anteriormente depende centralmente de los resultados de la gestión estratégica del campo de

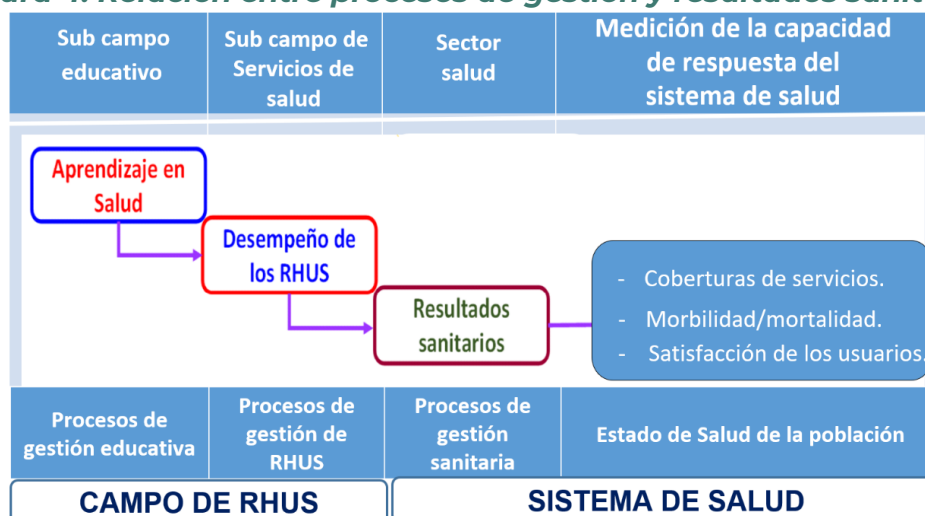
los RHUS; por ende, implica el cierre progresivo de brechas de disponibilidad (impactando en la cobertura); la de las competencias de los recursos humanos en salud para implementar la APS y gestionar las FESP (incidiendo en el impacto sanitario) y de las condiciones de empleo y trabajo decente (impactando en la calidad de la atención) (Figuras 3 y 4).

Figura 3. Relación existente entre los desafíos de la salud, el sistema de salud y del campo de los RHUS



Fuente: Huamán,L (2023).

Figura 4. Relación entre procesos de gestión y resultados sanitarios



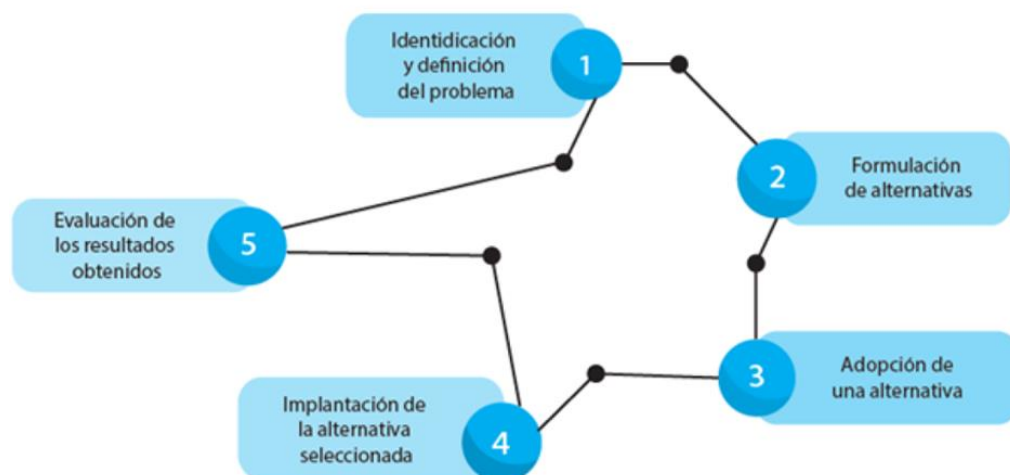
Fuente: Huamán,L (2023).

1.2.3 La gestión estratégica del campo de los recursos humanos en salud y la construcción de políticas públicas

1.2.3.1 Momentos del ciclo de la política pública

El punto de partida de la construcción de la política pública debe considerar al ciclo de la política pública con la secuencia lineal del ciclo (identificación; formulación; implementación; seguimiento) (Arias, 2019) establecida en la Guía para la Formulación, Implementación, Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas de Salud y Protección Social. (Ministerio de Salud y Protección Social Colombia, 2022). Incorpora una etapa clave: la etapa de formulación de alternativas, dado que para el abordaje de cada problema identificado no hay una única salida, sino se establecen un conjunto de alternativas y las mismas deben ser evaluadas y seleccionarse una de ellas para ponerse en acción (Figura 5):

Figura 5. Ciclo de la política pública



Fuente: R. Arias, Ciclo de las políticas en la enseñanza de las políticas públicas, p 5.

1.2.3.2 Adaptación del ciclo de política pública al diseño estratégico de una política pública del talento humano en salud

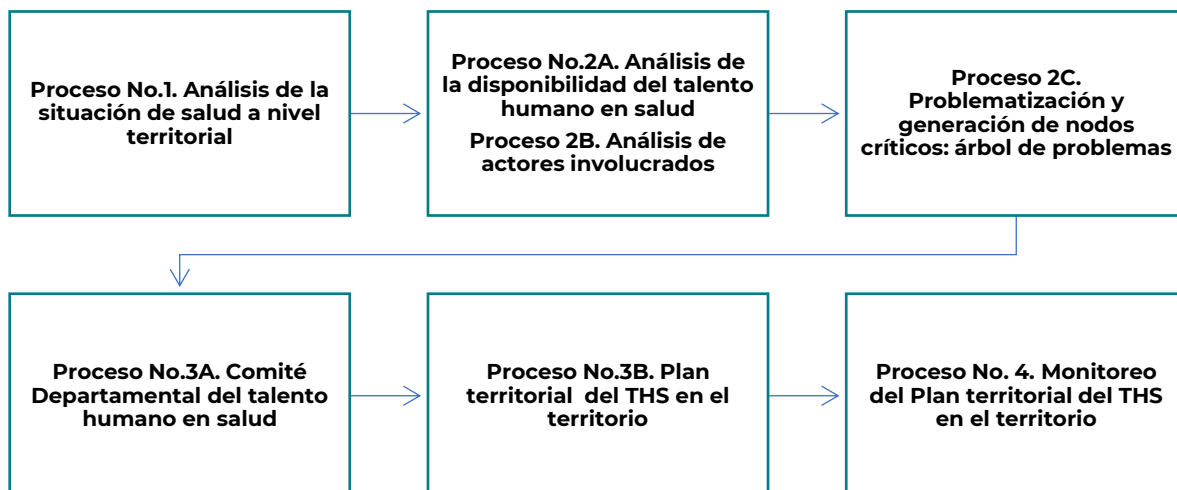
Asimismo, el equipo técnico de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud (DDTHS), plantea un conjunto de acciones para lograr el propósito de contar con una política nacional del Talento Humano en Salud (THS) acorde al gran desafío del Ministerio de Salud y Protección Social de

cara a la propuesta de Reforma del Sistema de Salud y la construcción de un sistema basado en la APS; entre ellas, una aproximación metodológica para la planificación y gestión del Talento Humano en Salud, con el objetivo de *“Orientar la gestión y planificación territorial del talento humano en salud de acuerdo con las necesidades específicas de los territorios relacionadas con suficiencia, disponibilidad, distribución y necesidades de formación formal y continua”* (Dirección de Desarrollo de THS, 2023), en el que proponen un conjunto de procesos y procedimientos que se resumen en la Figura 6.

En dicho marco, se propone complementar este enorme esfuerzo, incorporando a este proceso el enfoque de planeamiento estratégico del campo de los RHUS propuesto por Mario Rovere, quien manifiesta que (Rovere, 2006):

La planificación estratégica se comprende como una forma de abordaje, comprensión e intervención que las organizaciones y fuerzas sociales que concurren en un determinado campo —en nuestro caso el de recursos humanos en salud— aplican con el fin de optimizar el uso de sus recursos para alcanzar objetivos sociales valorados.

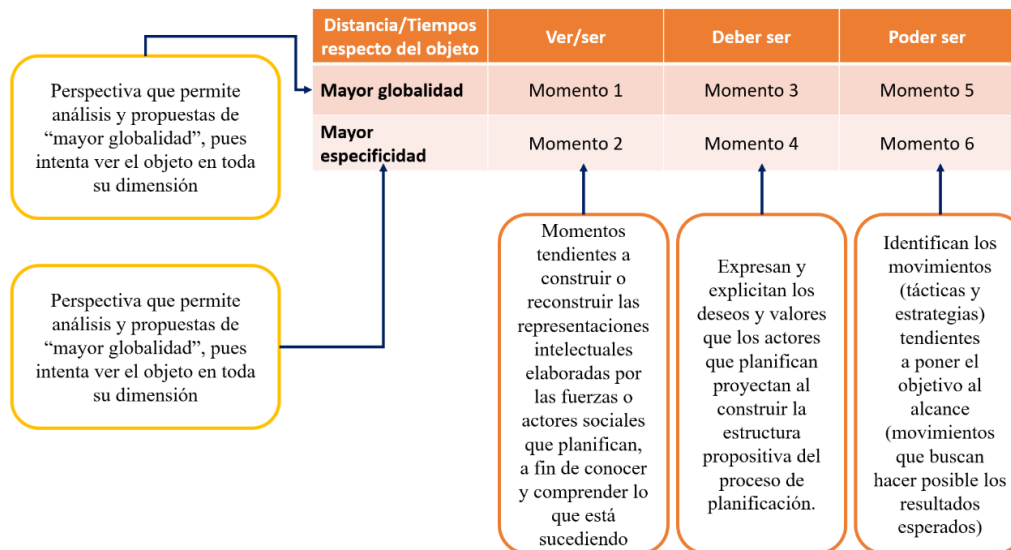
Figura 6. Procesos de planificación y gestión del talento humano en salud



Fuente: Elaboración propia, Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia, 2023.

Rovere, además, ilustra su propuesta, organizando las acciones en seis momentos de reflexión y diseño para la acción, caracterizándolos, “(...) *con el nombre que expresa su acción y/o efecto fundamental y constituyen representaciones (mapas) que un actor o fuerza social que planifica construye para la comprensión y transformación de la realidad que lo preocupa o de la que es parcial o totalmente responsable*” (Rovere, 2006) (Figura 7).

Figura 7. Perspectivas y momentos del planeamiento del Talento Humano en Salud (THS)



Fuente: Huamán, L (2023), basado en M. Rovere, Planificación estratégica de RHUS p 85-87.

Este importante aporte epistémico requiere, para su operacionalización, de elementos prácticos que permita el famoso “aterrizaje” entre la propuesta metodológica que articulen procesos (momentos), los aspectos procedimentales (pasos) e instrumentales (caja de herramientas). En dicho sentido, se toma como referencia un conjunto de desarrollos operativos derivados de la Metodología de Marco Lógico (MML), tomando en cuenta que la misma es:

“(...) una herramienta para facilitar el proceso de conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de proyectos. Su énfasis está centrado en la orientación por objetivos, la orientación hacia grupos beneficiarios y el facilitar la participación y la comunicación entre las partes interesadas. Puede utilizarse en todas las etapas del proyecto: En la identificación y valoración de actividades que encajen en el marco de los programas país, en la preparación del diseño de los proyectos de manera sistemática y lógica, en

la valoración del diseño de los proyectos, en la implementación de los proyectos aprobados y en el Monitoreo, revisión y evaluación del progreso y desempeño de los proyectos" (Edgar Ortegón et al., 2015).

Cuadro 1. Definición de los Momentos del planeamiento estratégico del Talento Humano en Salud (THS)

Distancia respecto del objeto	Momentos de análisis y síntesis de la realidad que queremos modificar	Momento de proyección de deseos y valores	Momentos de descubrir y/o abrir camino
	¿Qué está pasando?	¿Qué queremos lograr?	¿Cómo vamos a lograrlo?
Visión panorámica del campo de intervención como un todo	Momento 1: análisis de la situación (sirve para "cartografiar" la realidad a partir de un aquí y ahora definido desde la perspectiva del actor que planifica. Es un mapa físico —de lo objetos que la caracterizan—y, sobre todo de un mapa político: de los sujetos que habitan y disputan el control de parcelas de esa realidad. Se establecen problemas nucleares que deben ser investigados configurando una problemática constituida por un conjunto de problemas fuertemente vinculados entre sí)	Momento 3: Identificación de la visión (capacidad de colocar, en sentido proyectivo, la expectativa de cambio que se tiene sobre una situación analizada reflejada en una imagen de síntesis que concentre y brinde coherencia a los esfuerzos colectivos)	Momento 5: Construcción de viabilidad (momento caracterizado por un fuerte análisis interno y externo de dificultades y posibilidades. Un completo mapa de actores y factores, que deben ser considerados como punto de partida del rumbo elegido, permite identificar así como construir caminos —estrategias— que hagan posible las expectativas y las decisiones tomadas en los momentos anteriores)
Visión específica, una mirada intensificada sobre aspectos emergentes	Momento 2: investigación de problemas (Corresponde a la investigación en profundidad de los problemas nucleares — "Nudos críticos" — identificados en el momento 1. Es un momento clave de la planificación, siempre que se tenga presente que todo problema es parte de su contexto de descubrimiento y que por fuera de él es, en definitiva, otro problema. El vínculo entre ambos momentos quede constituido como una problemática: un listado de problemas priorizados entre sí y organizados de determinada manera.)	Momento 4: Diseño de programas y proyectos (Es el momento del desarrollo de un "taller" para el cálculo y la modelización de diferentes iniciativas de acción, tendientes a modificar o resolver los problemas planteados. Se espera que cada uno de los proyectos y programas y el conjunto seleccionado de ellos articulados en una verdadera "red programática" se orienten al alcance de la visión)	Momento 6: Desarrollo de capacidades operativas (momento clave, ya que en esta instancia se preparan las herramientas y dispositivos que harán posible la articulación entre planificación y realidad. Se trata de lograr un "aterrizaje" en la realidad lo más tranquilo y adecuado posible, teniendo en cuenta las diversas condiciones posibles que ofrezca dicha realidad, así como las complejidades y exigencias de los cursos de acción seleccionados.)

Fuente: Huamán, L (2023), basado en M. Rovere, Planificación estratégica de RHUS p 85-87.

Dentro de estos desarrollos, incorporamos como parte del apoyo procedimental e instrumental a lo siguiente: el análisis de involucrados, el árbol de problemas, su derivación en árbol de objetivos, la estructura analítica del proyecto y los componentes de la matriz de marco lógico que permita articular los distintos momentos y pasos, así como establecer los indicadores y las condiciones para su logro pleno.

1.2.3.3 El ciclo de la política nacional del campo de los RHUS

Considerando lo anterior, el ciclo de la política pública (Arias, 2019), la "Guía para la Formulación, Implementación, Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas de Salud y Protección Social" (Ministerio de Salud y Protección Social Colombia, 2022), la propuesta de Guía de Planificación y Gestión del THS y lineamientos de trabajo Política THS, desarrollada por el equipo de la DDTHS del Ministerio de Salud y Protección Social, se plantea

el siguiente esquema para la formulación de la política pública en el Talento Humano en Salud (THS) (Figura 8).

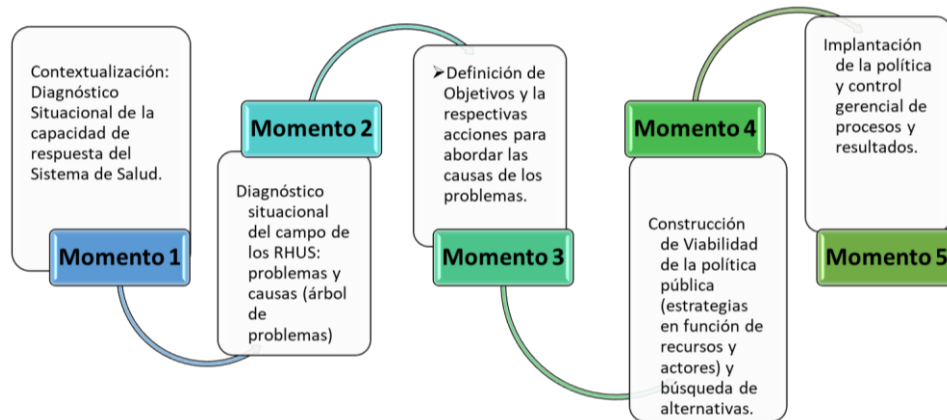
Figura 8. Perspectivas del planeamiento del Talento Humano en Salud (THS)



Fuente: Elaboración propia (2023), basado en M. Rovere, Planificación estratégica de los recursos humanos en salud. p 85-87.

Si consideramos esta propuesta en términos de ciclo de la política pública, en donde el punto de partida es el abordaje de la problemática del campo del talento humano en salud (diagnóstico situacional contextualizado con el diagnóstico de la capacidad de respuesta del sistema de salud (en términos de cobertura, impacto sanitario y satisfacción de los usuarios), sobre la base del cual se establezca un conjunto de objetivos y acciones que incidan en las causas de los problemas, resolviéndolos; para lo cual se debe, además, construir estrategias que permitan que las acciones de política propuesta sean viables, para, finalmente, establecer un curso de acción gubernamental que permita la implantación de la política y, a través de la función de rectoría de la autoridad sanitaria, conducir el proceso de implantación de la política así como su control gerencial para garantizar su continuidad y sostenibilidad en el tiempo (estableciendo hitos de monitoreo de procesos, evaluación de resultados y un proceso de asistencia técnica a los actores institucionales y sociales comprometidos con la política pública, tal como se resume en la Figura 9:

Figura 9. Ciclo de la política pública del Talento Humano en Salud (THS)



Fuente: Elaboración propia, adaptación de planeamiento estratégico del campo del Talento Humano en Salud (THS) (M. Rovere), ciclo de la política y metodología de marco lógico.

1.3 Marco de competencias del talento humano en salud pública

En este capítulo se describen las capacidades mínimas que deberá lograr el Talento Humano en Salud (THS) durante su formación técnica, tecnológica o profesional, y fortalecerá para su ejercicio y desempeño por medio de los procesos de educación/formación continua para el desarrollo de sus funciones y actividades en la salud pública.

En primer lugar, se debe tener en cuenta las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) planteadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desde la década de 1980, las cuales han sido consideradas herramientas conceptuales y de medición como respuesta a las reformas sectoriales de los países, haciendo énfasis en la capacidad rectora de las autoridades de salud. En este sentido, las FESP han sido una iniciativa regional para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y el avance hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Para su desarrollo plantearon cuatro pilares que fundamentaron el marco conceptual de las FESP (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2019):

- Pilar 1. Aplicar valores éticos de la salud pública para abordar las inequidades en relación con la salud y sus causas.
- Pilar 2. Abordar las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas que determinan la salud de las poblaciones.



- Pilar 3. Garantizar el acceso universal a servicios de salud pública integrales e integrados, individuales y colectivos.
- Pilar 4. Expandir la función de rectoría de las autoridades de salud para abordar los desafíos de la salud pública.

De manera complementaria, se resalta que el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) es una piedra angular para fortalecer la seguridad de la salud y ejercer la función rectora de las autoridades de salud de los países, teniendo en cuenta que es un instrumento internacional que el THS debe conocer, comprender y aplicar para la prevención y el abordaje de los riesgos en salud pública activando rápidamente todos los componentes básicos del sistema de salud: prestación de los servicios de salud, THS, recursos financieros, tecnológicos, entre otros (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2019). En este sentido, la naturaleza pluriétnica y multicultural del Estado-nación colombiano es recogida y reconocida en el abordaje intercultural y diferencial que se demanda como competencia transversal para el THS en salud pública.

De manera que las FESP están organizadas de acuerdo con las cuatro etapas planteadas en el Modelo integrado de la salud pública, con alta relevancia en la práctica y en el campo de conocimiento para la planificación, el diseño, el desarrollo, el monitoreo y seguimiento, y la evaluación de las intervenciones que realiza el Estado en conjunto con otros actores para mejorar la salud de la población colombiana, en el contexto de su diversidad étnica y cultural (Figura 10) (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2019).

Lo descrito anteriormente incide en las competencias esenciales en salud pública que debe tener el THS, teniendo en cuenta que en el 2008 se publicó un informe que corroboró la relación entre la disponibilidad de profesionales competentes en salud pública con la garantía de las funciones rectoras por las autoridades sanitarias. Por lo que en el 2010 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) conformó el Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública (MRCESP) con la participación de 12 países para la definición de conocimientos, habilidades y actitudes esenciales relacionadas con la salud pública, como un referente regional flexible y adaptativo a los contextos heterogéneos que plantean la transición de las FESP a los dominios sustantivos en competencias esenciales para el THS (Cuadro 2) (Conejero et al., 2013) (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Figura 10. Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) en el Modelo integrado de la salud pública



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Organización Mundial de la Salud.

Por esta razón, en este Anexo Técnico se plantea este marco orientador para la formación del THS en colaboración y en coherencia con los mínimos establecidos en la salud pública internacional, como estrategia complementaria de la Atención Primaria en Salud (APS), de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP), de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), entre otros (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Cuadro 2. Competencias Esenciales de la Salud Pública para el THS

1. Análisis de situación de la salud	• Implica la evaluación de la situación de salud de las poblaciones y sus tendencias, en función del análisis y la comprensión de los determinantes sociales de la salud. • Adopción y aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) para organizar la respuesta coordinada de los países frente a la aparición o reaparición de amenazas de enfermedades y otros riesgos en salud de alcance internacional. • Descentralización de los servicios de salud, incluyendo la redefinición de la estructura, acciones y roles de las unidades de epidemiología en la salud pública y la relevancia de la operación eficiente de los sistemas de información e inteligencia sanitaria. • Es una herramienta para la toma de decisiones y la definición de políticas públicas en salud.
2. Vigilancia y control de riesgos y daños	• Monitoreo continuo de la ocurrencia y propagación de riesgos y daños para la salud, que orienten su control efectivo en la población. • Investigación y vigilancia de brotes epidémicos y modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, los accidentes y violencias, teniendo en cuenta sus factores de origen y de comportamiento, incluyendo los agentes ambientales. • Vigilancia de los riesgos (químicos, físicos y biológicos) que pueden causar enfermedades y condiciones en salud • Es una herramienta que permite a los tomadores de decisión liderar y gestionar de forma efectiva.
3. Promoción de la salud y participación social	• Procesos y acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y las capacidades de las personas, las familias y las comunidades. • Modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas para mitigar su impacto en la salud pública e individual. • Alianzas intersectoriales e internacionales para acciones de promoción de la salud. • Facilitar y generar espacios de participación de la comunidad organizada en decisiones y acciones de programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud y conformación de entornos saludables.
4. Política, planificación, regulación y control	• Reforzar la infraestructura de la salud pública y fortalecer el liderazgo de la autoridad sanitaria en todos los niveles del Estado.

	• Abogar por la salud y negociar con otros sectores en pro de la salud de las personas, las familias y las comunidades. • Desarrollar estrategias de seguimiento y evaluación de decisiones en salud con procesos participativos. • Generar capacidad institucional para la gestión de sistemas de salud pública con visión estratégica. • Fomentar el liderazgo y la comunicación para la gestión de recursos.
5. Equidad en el acceso y calidad en los servicios individuales y colectivos	• Promover el acceso equitativo de la población a los servicios de salud de acuerdo con sus necesidades y prioridades en salud • Proveer servicios de salud con calidad y seguridad para las personas, las familias y las comunidades • Fomentar el trabajo intersectorial para la eliminación de todas las formas posibles de barrera para el acceso a los servicios de salud. • Desarrollar sistemas de evaluación de satisfacción de usuarios para la mejora del desempeño y calidad de los servicios.
6. Salud global e internacional	• Abordar y comprender la salud desde la perspectiva del derecho universal a la salud y el bienestar social. • Identificar necesidades y prioridades de servicios de salud y de salud pública. • Evaluar acciones de salud pública. • Comprender los determinantes sociales de la salud para la planeación de acciones transnacionales, regionales y globales. • Incorporar las relaciones entre las autoridades sanitarias nacionales y la cooperación técnica. • Desarrollar capacidades para el trabajo interprofesional, interinstitucional, intersectorial y multicultural

Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2013). Competencias esenciales en salud pública: Un marco regional para las Américas (p. 17). Organización Mundial de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9154>

De manera complementaria, la Asociación Colombiana de Salud de Colombia en articulación con la OPS/OMS Colombia para el 2023 realizaron una propuesta denominada “Gestión descentralizada de salud pública para territorios prioritarios de la OPS/OM”, cuyo objetivo estuvo relacionado la contribución al mejoramiento de las condiciones de acceso a los servicios de salud y transformar en forma progresiva las condiciones y calidad de vida de los residentes y comunidades en departamentos vulnerables de Colombia, a partir de la cual plantearon unos contenidos mínimos para formación de Equipos



interprofesionales de salud (Organización Panamericana de la Salud & Asociación Colombiana de Salud Pública de Colombia, 2023) (Figura 11).

Así mismo, en el mes de octubre de 2023 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó el documento relacionado con “Competencias esenciales para la docencia en salud pública: marco regional para las Américas” en el cual plantea recomendaciones en torno a las competencias docentes para el acompañamiento de la formación en salud pública en los diferentes niveles de formación. Como resultados principales se describe el *Marco Regional de Competencias Docentes en Salud Pública* organizadas en 10 dominios para lograr la integralidad de la formación en salud pública, lo cual también podría ser insumo orientador para la planificación, implementación y evaluación de programas de formación en salud pública y su calidad (Suárez Conejero et al., 2023):

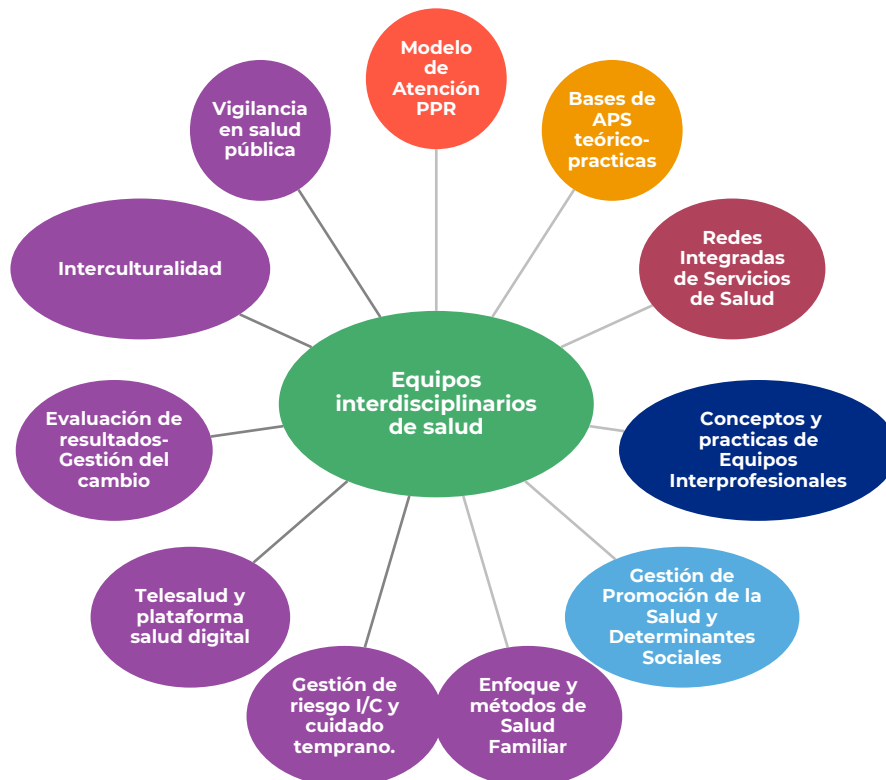
1. **Dominio disciplinar:** abarca los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para lograr una gestión efectiva y eficiente de los contenidos temáticos específicos de la salud pública, y que se requieren para promover, proteger y mejorar la salud de las poblaciones.
2. **Dominio pedagógico:** considera conocimientos, habilidades y actitudes vinculados con el quehacer formativo, con el propósito de formar profesionales competentes para promover la salud, prevenir las enfermedades, resolver los problemas de salud oportunamente y contribuir al desarrollo del individuo, la familia y la sociedad; así como para impulsar, diseñar, gestionar y evaluar programas de formación de recursos humanos que posibiliten fortalecer las capacidades de los sistemas de salud.
3. **Dominio social:** incluye todo lo relativo a las relaciones e interacciones que se desarrollan en el seno de las sociedades, en el entendido que los problemas de salud involucran soluciones más amplias que el control y curación de enfermedades, y se relacionan con múltiples variables sociales.
4. **Dominio transcultural y comunitario:** las necesidades de salud de una población están en relación con la cultura en la acepción más amplia del término. El docente en salud pública deberá tener una perspectiva holística, que integre los aspectos transculturales y comunitarios asociados a los problemas de salud.
5. **Dominio salud planetaria y global:** la pérdida de la biodiversidad y el cambio climático han puesto en riesgo la salud de las personas. La salud humana y la salud del planeta están en estrecha relación. Las competencias de los docentes en este dominio se orientan a promover



acciones y prácticas globales que contribuyan a enfrentar crisis ambientales, sociales y de salud.

6. **Dominio comunicacional:** la adquisición de las competencias de comunicación convierte al docente en un agente social que desarrolla en sus estudiantes actitudes orientadas hacia una comunicación efectiva, que coadyuve a la identificación, verificación y análisis de la información y mensajes transmitidos.
7. **Dominio digital:** hoy en día, las competencias digitales son indispensables para propiciar y favorecer un ciclo nuevo de formación de profesionales de la salud en un contexto de transformación digital.
8. **Dominio ético:** se vincula con la posesión de los valores docentes, así como con el reconocimiento autocrítico de los sesgos personales. Se relaciona con competencias relativas a la comprensión y respeto de las personas como sujetos de derecho.
9. **Dominio liderazgo:** visión de la salud pública que se traduzca en estrategias de cambio y transformación. Es el conjunto de competencias vinculadas con el pensamiento crítico y complejo, para propiciar una agenda futura ética y socialmente justa en los diferentes escenarios de actuación.
10. **Dominio epistemológico:** la salud pública avanza a partir de la deconstrucción de saberes, mediante la interacción con diferentes campos disciplinarios. Este dominio posiciona el interés del docente en la generación de conocimientos en áreas específicas de la salud pública, explora la lógica que permite determinar si surge un conocimiento nuevo, así como la validez y vigencia de los aceptados.

Figura 11. Propuesta de contenidos para formación de Equipos interprofesionales de salud, 2023



Fuente: Organización Panamericana de la Salud & Asociación Colombiana de Salud Pública de Colombia. (2023). Aportes y desafíos en el proceso de reforma del sector salud con énfasis en territorios prioritarios de Colombia.

De manera complementaria a lo anterior, en este capítulo se describen las capacidades culturales y de interculturalidad mínimas que deberá lograr el Talento Humano en Salud (THS) durante su formación técnica, tecnológica o profesional, y fortalecerá para el ejercicio y desempeño por medio de los procesos de educación/formación continua para el desarrollo de sus funciones y actividades en la atención integral y diferencial, en la prestación de los servicios de salud y de salud pública.

La competencia cultural es definida por Larry Purnell como “los conocimientos, actitudes, conductas e incluso políticas que capacitan a un profesional para trabajar en diferentes contextos interculturales” (Larry D. Purnell, 2009), a partir de la conciencia propia de la cultura del Talento Humano en salud”. En el marco



de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP), la competencia cultural del talento humano en salud garantiza el acceso a atención médica y acceso a las acciones de salud pública.

De los profesionales que conforman el ámbito de la salud se espera que pueda leer el contexto de las personas y que para ello emplee herramientas como la entrevista semiestructurada y la anamnesis- cuando se trata de espacio de consulta intramural- para conocer un contexto particular que debe reconocer cómo viven las personas -qué comen, cómo lo comen, donde viven, cómo viven, etc. y le permiten reconocer los elementos del contexto que pueden ser intervenidos y /o comprendidos, como lo pueden ser los motivos prácticos que explica una cosmogonía.

Los profesionales que conforman el ámbito de la salud no deben hacer juicios de valor sobre los estilos de vida de las personas y las poblaciones, sino procurar potenciar las prácticas que potencian un mejor estado de salud. En ese sentido, se espera el reconocimiento del pluralismo médico del país y la capacidad de articulación con otras formas terapéuticas. Los profesionales que conforman el ámbito de la salud deben poder emplear formas terapéuticas propias de las poblaciones con las que se trabaja y articularlo con la ciencia.

Así mismo, en el marco del reconocimiento y la intervención de los determinantes sociales de la salud –los factores contextuales– los profesionales que conforman el ámbito de la salud deben poder adecuar al contexto las estrategias de salud que se empleen para promover la salud y prevenir la enfermedad.

Como parte de la interculturalidad aplicada a través de los profesionales asistenciales está la aplicación de espacios de dialogo de saberes como metodología para la construcción de las acciones de salud pública y para la construcción conjunta de las adecuaciones culturales para cada población. Pueden usar cualquier otra metodología participativa como grupo focal, IAP, etnografía, etc. que les permita conocer el contexto sobre un tema particular y llegar a acuerdos con la comunidad. Esto implica que los profesionales deban tener contacto con las poblaciones que habitan en los territorios, es decir, los profesionales no pueden ser estáticos en el espacio clínico del hospital o del centro de salud.

De todo lo anterior se espera que el proceso de planeación, diseño- construcción conjunta, implementación y evaluación de las acciones en salud desemboque en la obtención de resultados en salud, es decir, lograr transformaciones benéficas a la comunidad en su estado de salud.

2. Diagnóstico

2.1 Panorama del talento humano en salud (THS)

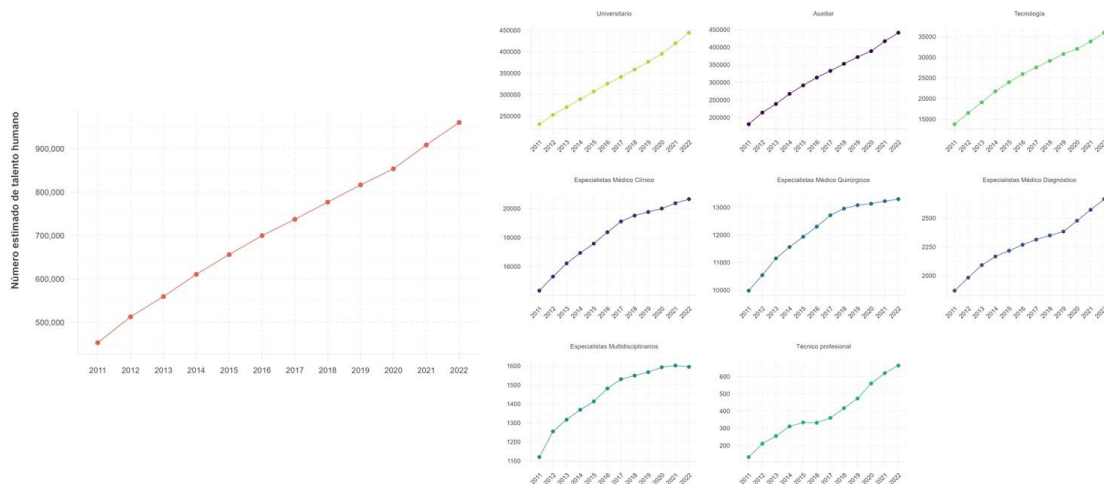
2.1.1 Caracterización del talento humano en salud (THS) en Colombia 2011-2022

2.1.1.1 Número y densidad del THS en Colombia

En el año 2022 Colombia contaba con 960.389 personas reconocidas como talento humano en salud, entre los cuales el 53 % correspondieron a profesionales y especialistas y 47 % a perfiles auxiliares, técnicos y tecnólogos. Entre los años 2011 y 2022 se observó un incremento sostenido del talento humano en salud en el país, con la incorporación promedio anual de 46.084 personas, lo que correspondió a una tasa promedio de crecimiento anual del 7 %.

Los perfiles universitarios, auxiliares, tecnólogos y especialidades diagnósticas han tenido un crecimiento sostenido que se proyecta a continuar con esta tendencia. En los últimos años, la curva de crecimiento de las especialidades médicas ha mostrado una tendencia a estabilizarse pasando de un incremento anual promedio del 4 % entre 2012 y 2017 a 1,2 % entre 2018 y 2022. Por su parte, el perfil técnico profesional tuvo un crecimiento menor entre los años 2015 y 2018, para los años posteriores ha venido aumentando hasta acercarse a la tendencia general (Figura 12).

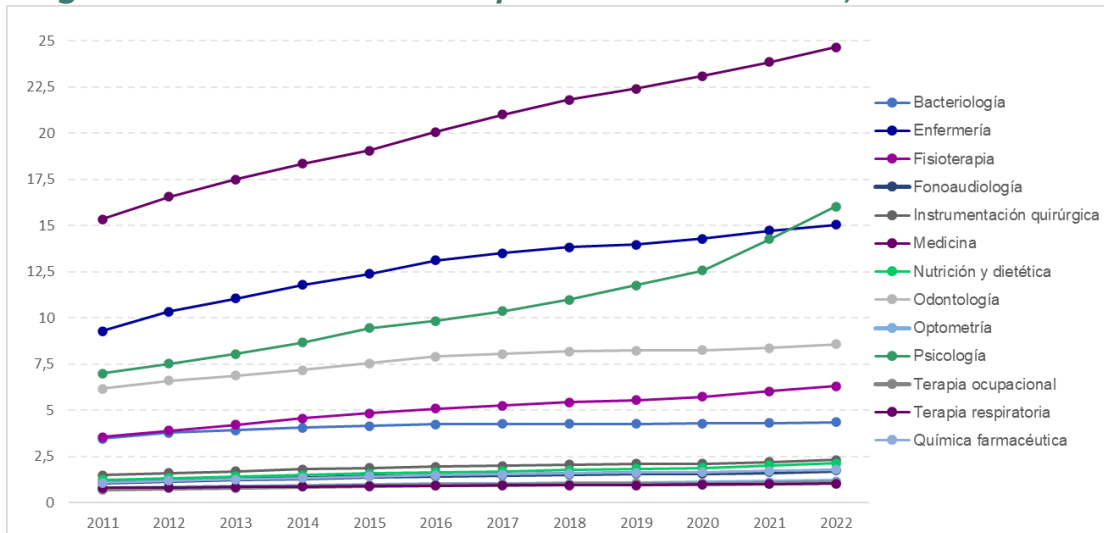
Figura 12. Número estimado del talento humano en salud, Colombia 2011-2022



Fuente: Elaboración propia con base en el Registro Único del Talento Humano en Salud ReTHUS (2023)

Entre los años 2011 y 2022 se observó un aumento en la densidad del talento humano disponible, principalmente en profesiones como la medicina, enfermería, odontología, fisioterapia y psicología, esta última mostrando un aumento más acelerado. Por su parte, profesiones como bacteriología, nutrición, instrumentación quirúrgica, fonoaudiología, optometría, terapia respiratoria y química farmacéutica han mostrado un menor crecimiento. (Figura 13, Anexo 5).

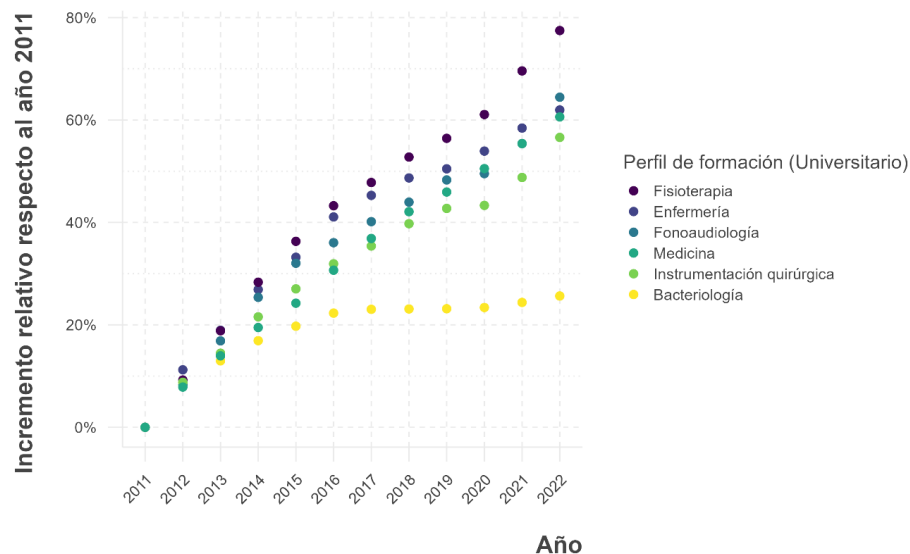
Figura 13. Densidad estimada profesionales en salud, Colombia 2011-2022



Fuente: Elaboración propia con base en el Registro Único del Talento Humano en Salud ReTHUS (2023)

Al comparar el incremento relativo anual de la densidad de THS se observó que profesiones como la fisioterapia, la enfermería y la fonoaudiología crecieron más del 50 % con respecto al 2011. La microbiología y la instrumentación quirúrgica mostraron los menores incrementos relativos (Figura 14, Anexo 5).

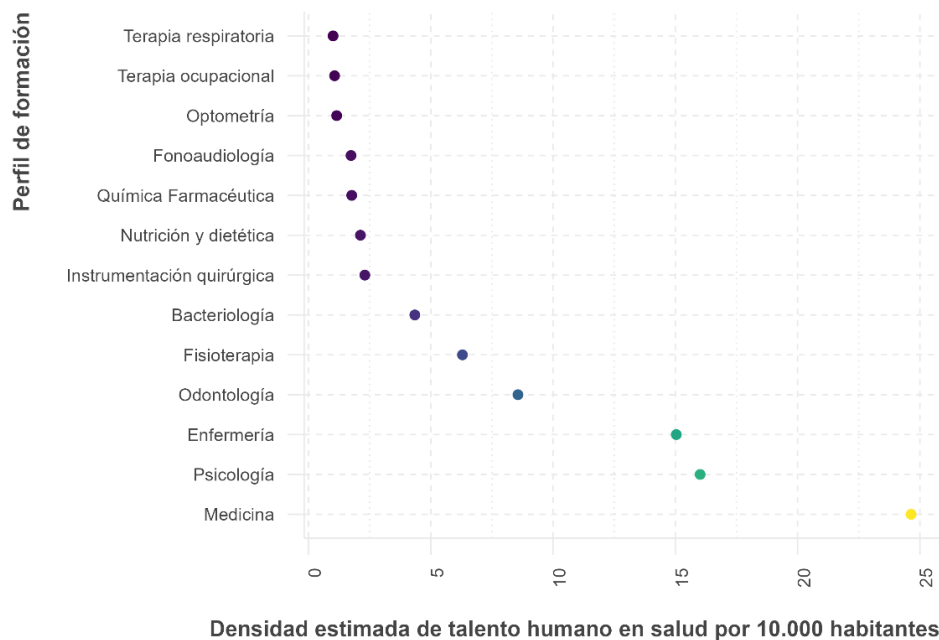
Figura 14. Incremento relativo profesionales en salud, 2011-2022



Fuente: Elaboración propia con base en el Registro Único del Talento Humano en Salud ReTHUS (2023)

La Figura 17 muestra que los profesionales de medicina representan la mayor densidad del talento humano en salud para el 2022, siendo de 24.6 por cada 10000 habitantes, seguido por los profesionales de psicología (16.02 X 10000/ hab.), de enfermería (15.04 X 10000/ hab.) y de odontología (5.57X 10000/ hab.). Los perfiles de terapeutas respiratorios y ocupacionales tuvieron las menores densidades (1 X 10000/ hab.).

Figura 15. Densidad estimada profesionales en salud, 2011-2022

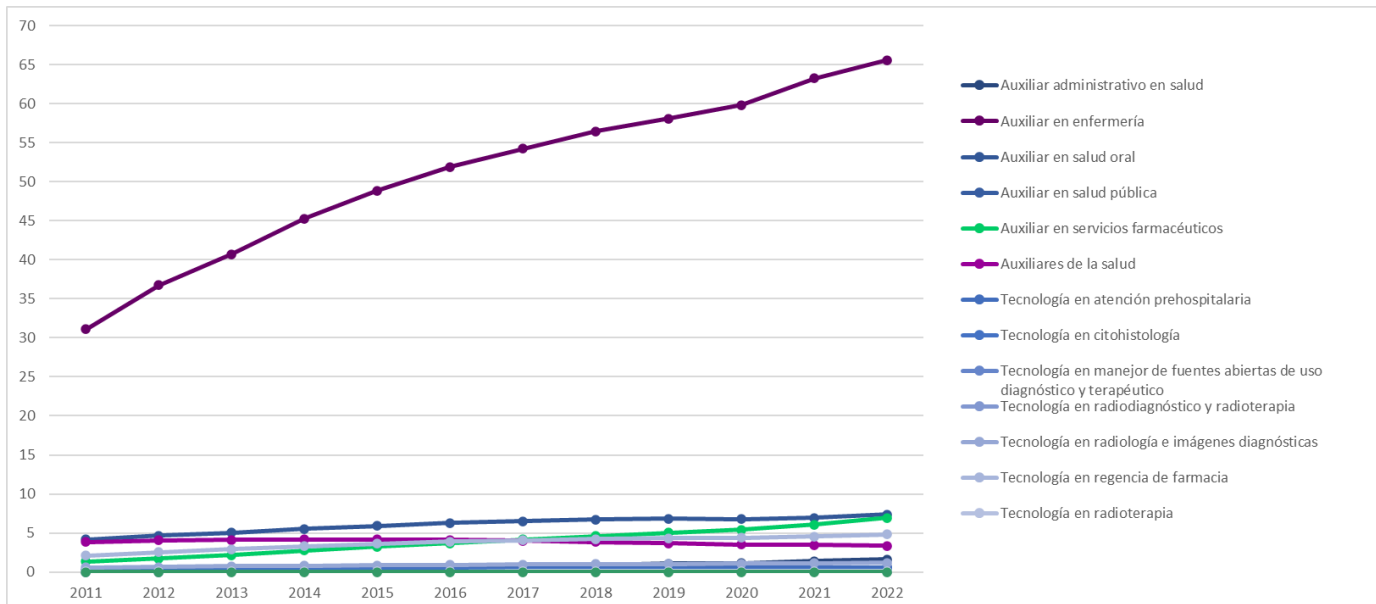


Fuente: Elaboración propia con base en el Registro Único del Talento Humano en Salud ReTHUS (2023)

La densidad estimada de perfiles auxiliares, técnicos y tecnólogos en salud ha aumentado entre 2011 y 2022, sin embargo, este crecimiento ha sido bajo en todos los perfiles a excepción de los auxiliares de enfermería (Figura 5, anexo 5). El incremento relativo anual fue mayor para los perfiles de auxiliar administrativo en salud, auxiliar de farmacia y auxiliar de enfermería (Figuras 16 y 17, Anexo 5)

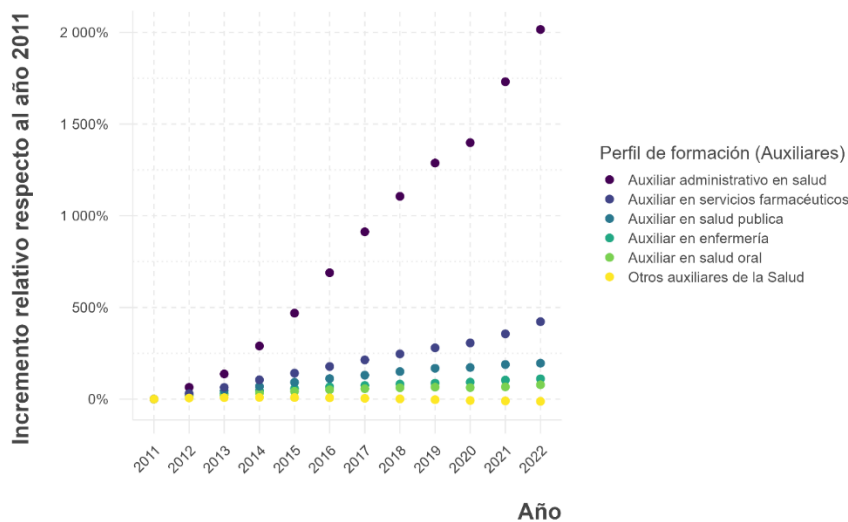
Para el año 2022 el país contaba con 65,6 auxiliares de enfermería por cada 10.000 habitantes; con 7,38 auxiliares en salud oral, 6,96 auxiliares de farmacia, y 4,8 tecnólogos en regencia de farmacia. Perfiles como auxiliares de salud pública, tecnólogos en atención prehospitalaria, técnicos y tecnólogos de las áreas de citohistología, imágenes diagnósticas y radioterapia tuvieron una densidad menor a 1 por cada 10.000 habitantes (Figura 18).

Figura 16. Densidad estimada auxiliares, técnicos y tecnólogos en salud, Colombia 2011-2022



Fuente: Elaboración propia con base en el Registro Único del Talento Humano en Salud ReTHUS (2023)

Figura 17. Incremento relativo auxiliares, técnicos y tecnólogos en salud, 2011-2022.



Fuente: Elaboración propia con base en el Registro Único del Talento Humano en Salud ReTHUS (2023)

Figura 18. Densidad estimada técnicos y tecnólogos en salud, 2011-2022.

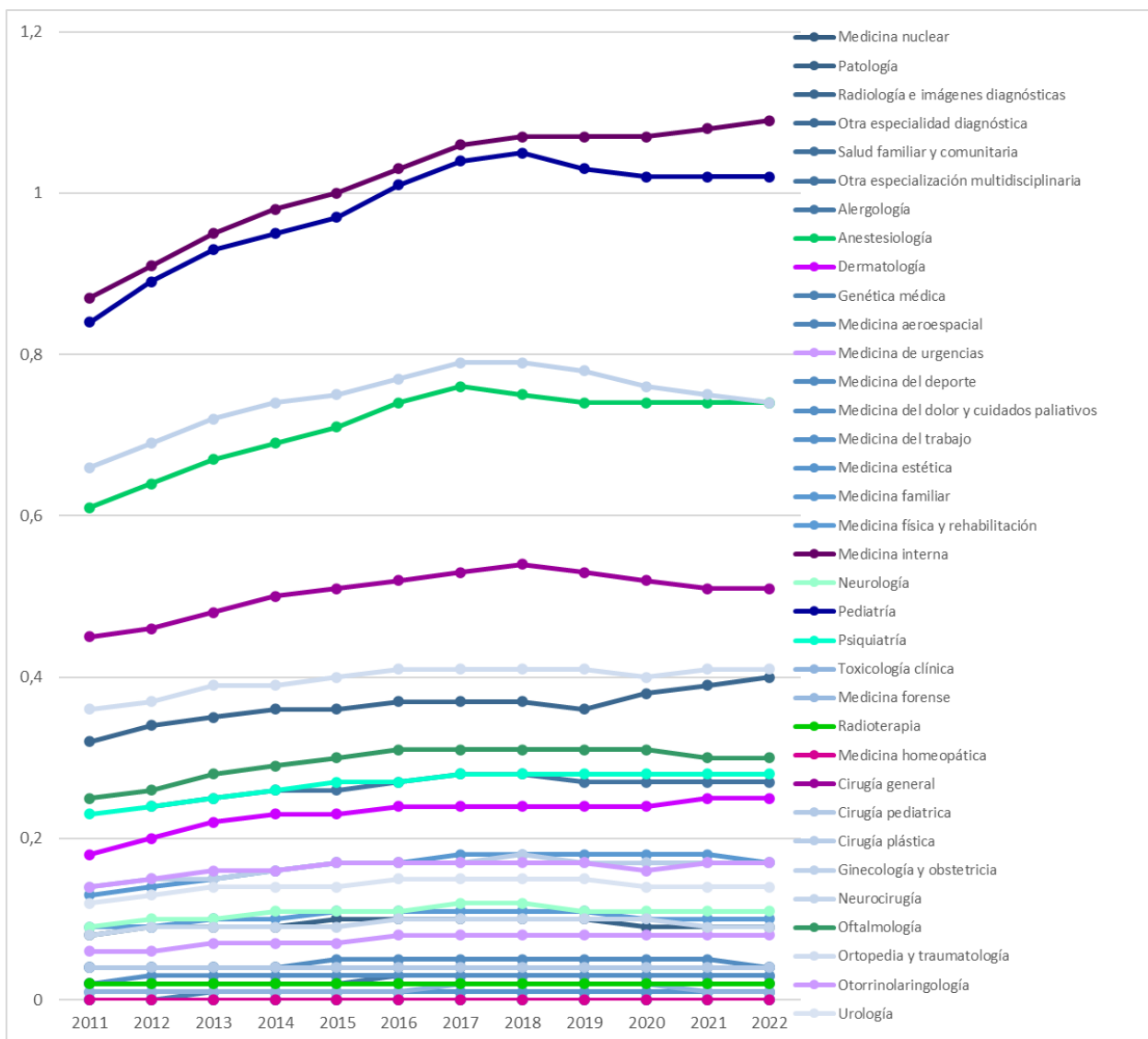


Fuente: Elaboración propia con base en el Registro Único del Talento Humano en Salud ReTHUS (2023)

Las especialidades médicas más frecuentes en el país son la ginecología y obstetricia, la anestesiología, medicina interna, y pediatría, estas dos últimas han mostrado densidades cercanas a 1 especialista por cada 10.000 habitantes; el resto de las especialidades médicas se han mantenido por debajo de 1 y su curva de crecimiento a lo largo del tiempo muestra un crecimiento lento. En especialidades como la ortopedia, la dermatología, la urología, la otorrinolaringología, la neurología y la medicina física y rehabilitación no se observó crecimiento significativo entre años (Anexo 5).

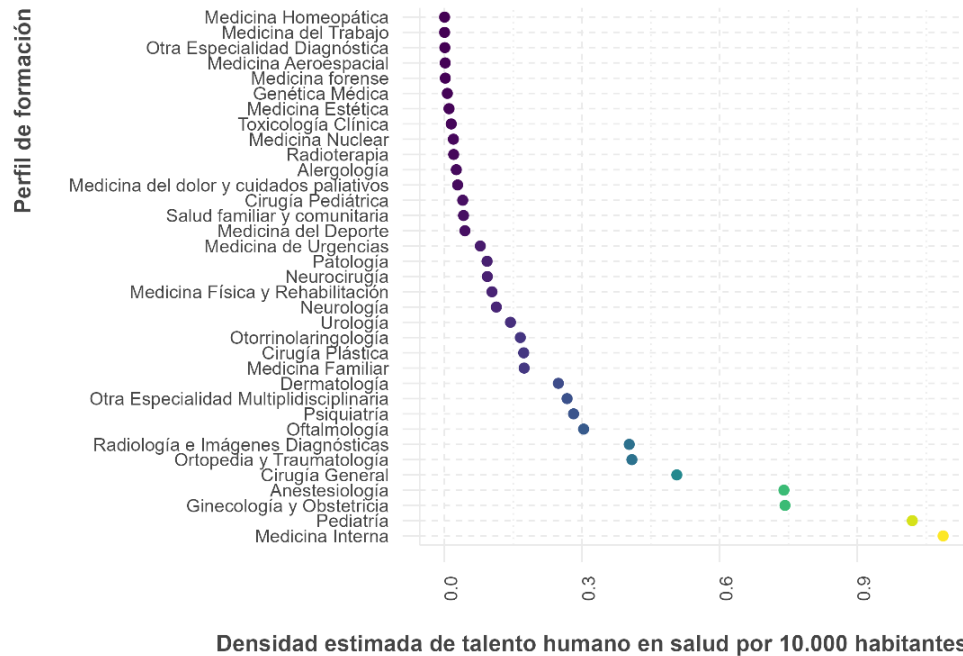
En el año 2022 Colombia contaba con 1,09 especialistas en medicina interna por cada 10000 habitantes, con 1,02 pediatras, 0,74 ginecobstetras, y 0,74 especialistas en anestesiología. La densidad comienza a decrecer en campos como el de la cirugía general (0,51 * 10000/hab.), la ortopedia (0,41 * 10000/hab.), radiología (0,40 * 10000/hab.), oftalmología (0,30 * 10000/hab.) y psiquiatría (0,28 * 10000/hab.). Las especialidades con menor disponibilidad del talento humano fueron la medicina homeopática y la medicina del trabajo (Figura 19 y 20).

Figura 19. Densidad de especialidades médicas. Colombia, 2011-2022.



Fuente: Elaboración propia con base en el Registro Único del Talento Humano en Salud ReTHUS (2023)

Figura 20. Densidad estimada especialidades médicas, 2022.



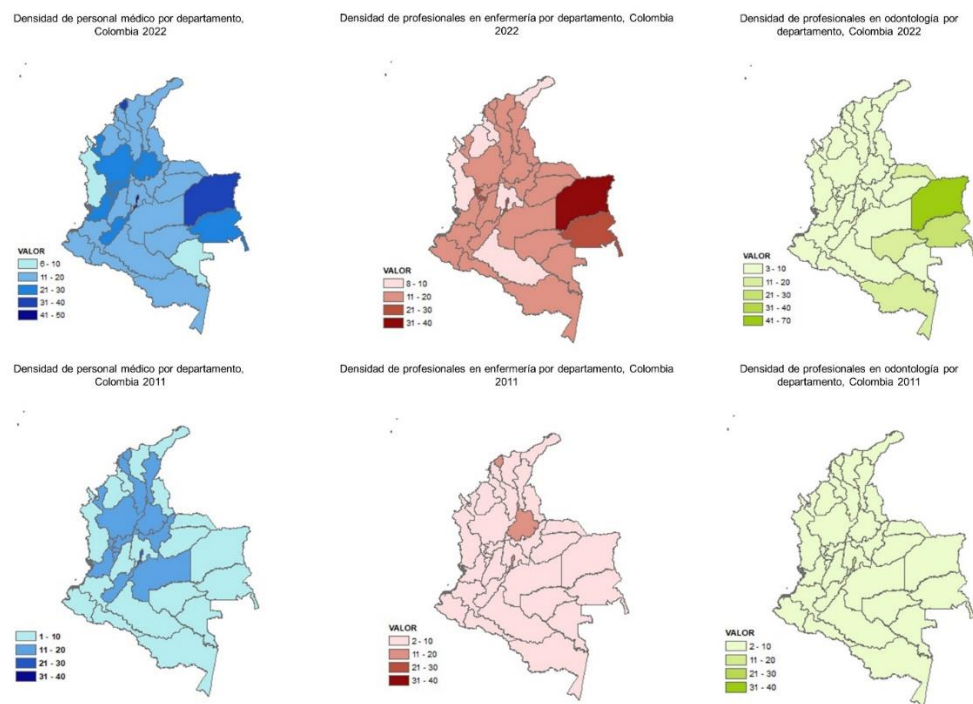
Fuente: Elaboración propia con base en el Registro Único del Talento Humano en Salud ReTHUS (2023)

Al comparar la densidad del talento humano en los perfiles más predominantes de cada nivel educativo por departamento se observó que entre el 2011 y el 2022, tal y como se describió en las secciones anteriores, la densidad del talento humano disponible ha aumentado en los diferentes perfiles, pero este aumento ha sido principalmente en departamentos como Santander, Antioquia, Quindío, Atlántico y Bogotá D.C. En contraste, se observó que para departamentos como Chocó, Vaupés, La Guajira y Cauca la densidad del talento humano disponible no ha tenido los cambios significativos, como sí los han tenido los demás departamentos en 11 años. (Figura 21).

Si bien el país en los últimos años ha cumplido con el estándar de la OMS que define una densidad mínima de 24,5 médicos por cada 10.000 habitantes, al evaluar esta distribución por departamento en 2022, se observan desigualdades territoriales. En departamentos como Putumayo, Caquetá, Vaupés, Chocó, la guajira y Cundinamarca, la densidad estimada de médicos estuvo entre 6 y 13 médicos por cada 10.000 habitantes. Un comportamiento similar se observó al analizar la disponibilidad de personal

de enfermería profesional, sin embargo, además de concentrarse las menores densidades en los departamentos mencionados también se sumaron Magdalena, Norte de Santander, Sucre, Córdoba y Cauca al grupo de departamentos con mayor déficit de este perfil profesional. Para el perfil de odontólogo, se observó un patrón similar que concentra las mayores densidades en la zona central del país y en departamentos como Antioquia, Caldas, Tolima, Santander y Valle del Cauca. Adicionalmente, se observó que las especialidades médicas más frecuentes en el país se concentraron en la región Andina y Caribe.

Figura 21. Densidad de profesionales en salud por departamento, Colombia 2011 y 2022

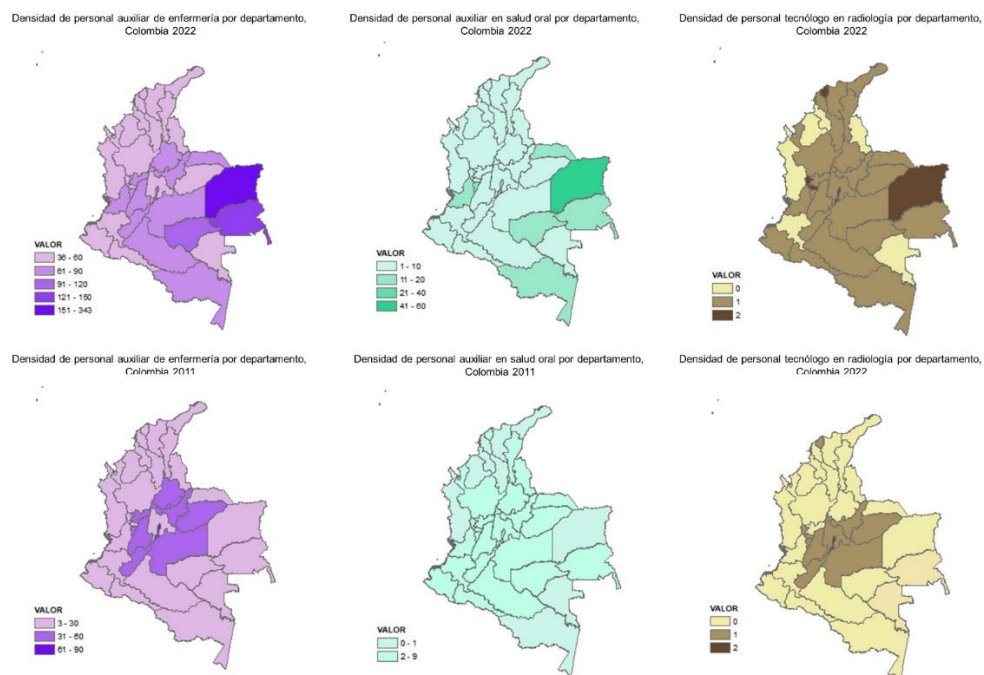


Fuente: Elaboración propia con base en el Registro Único del Talento Humano en Salud ReTHUS (2023)

En el caso de departamentos del sur y occidente del país, entre ellos Guainía y Vichada, los indicadores de densidad indican que estos territorios, aunque son de los menos poblados, más dispersos y con mayores dificultades de acceso geográficos del país, tienen las más altas densidades del Talento Humano en Salud, lo que concuerda con lo publicado por el Observatorio del Talento Humano en Salud.

En 2022, las mayores densidades de auxiliares de enfermería se encontraron principalmente en los departamentos donde la densidad de médicos fue menor. Caribe es la región con menor disponibilidad de auxiliares en salud oral. Los departamentos periféricos del país como Chocó, Córdoba, Sucre, Cauca y Vaupés tuvieron las menores densidades de técnicos profesionales en radiología e imágenes diagnósticas (Figura 22).

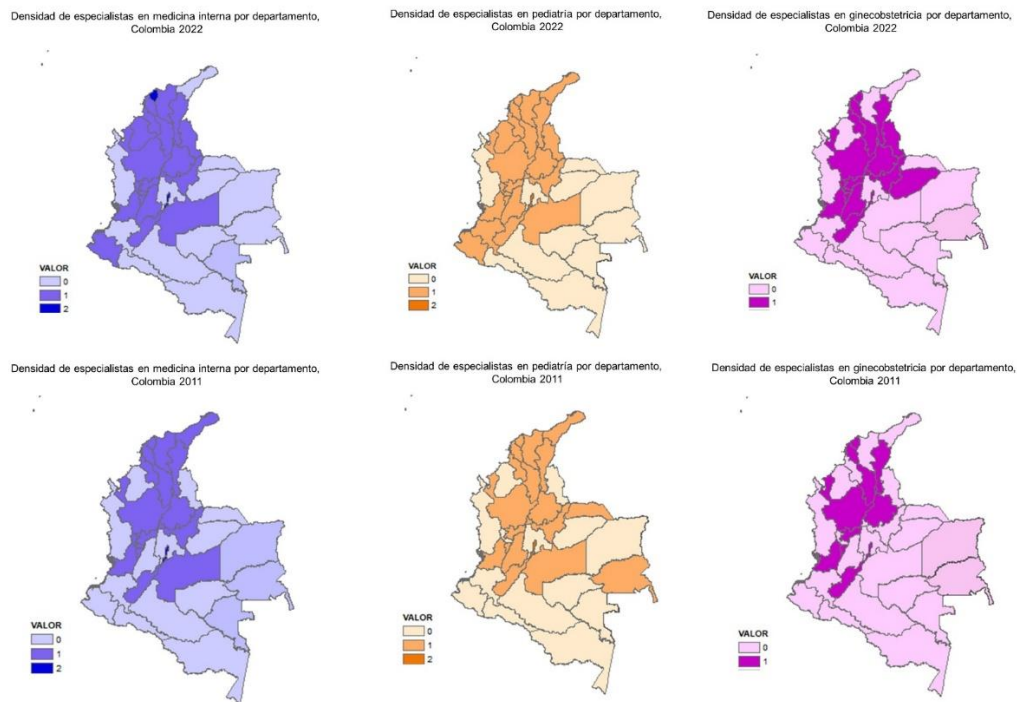
Figura 22. Densidad de auxiliares, técnicos y tecnólogos en salud por departamento, Colombia 2011 y 2022



Fuente: Elaboración propia con base en el Registro Único del Talento Humano en Salud ReTHUS (2023)

La densidad por departamento de las especialidades médicas predominantes en el país tuvo un patrón que, según lo observado, no ha cambiado en la última década en el país; los departamentos periféricos no han logrado llegar a contar con al menos 1 especialista en medicina interna o pediatría o ginecobstetricia por cada 10.000 habitantes a excepción de algunos aumentos para el 2022 orientados hacia la Costa Caribe y el norte del país, por ejemplo, en la disponibilidad de un pediatra por cada 10.000 habitantes (Figura 23).

Figura 23. Densidad de especialistas médicos por departamento, Colombia 2011 y 2022

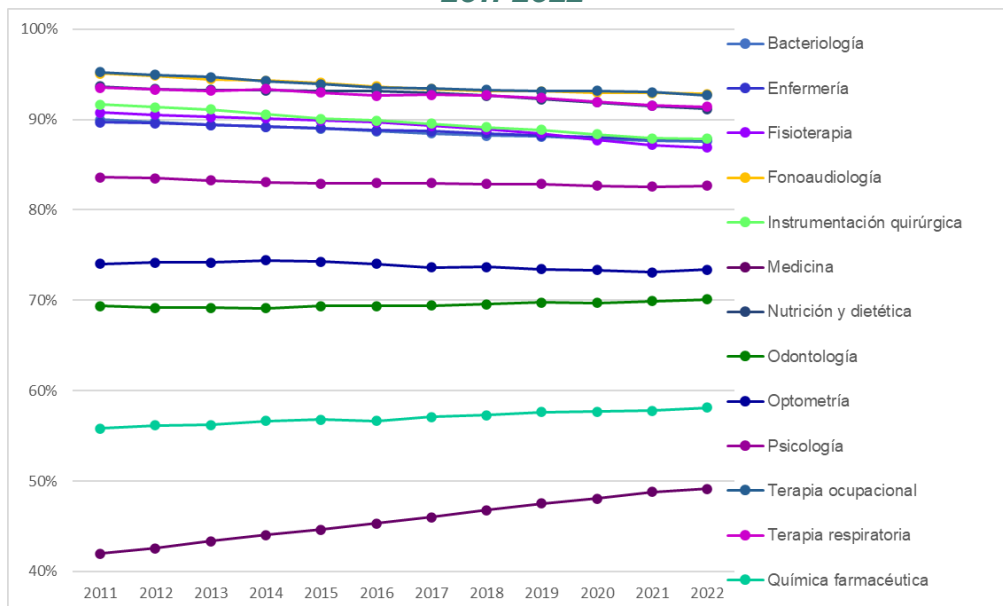


Fuente: Elaboración propia con base en el Registro Único del Talento Humano en Salud ReTHUS (2023)

2.1.1.2 Proporción de mujeres que conforman el THS

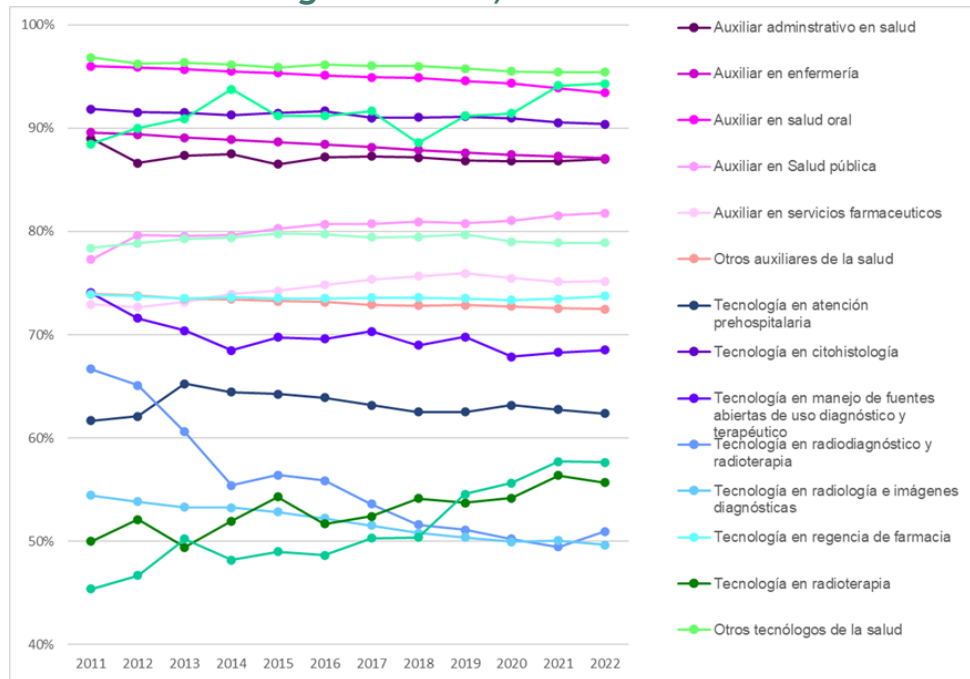
En Colombia, el talento humano en salud está, y ha estado configurado en la última década por una mayor proporción de mujeres. Los perfiles profesionales en salud, la enfermería, la bacteriología, terapia respiratoria, son ejercidos en su mayoría por mujeres (Cerca del 90% en 2022); esta proporción disminuye en carreras como la medicina (Menos del 50% en 2021) y la química farmacéutica (Menos del 60% en 2022). (Figura 24). En cuanto a los perfiles auxiliares, técnicos y tecnólogos, las mujeres son más del 80% entre quienes ejercen como auxiliares de salud oral, auxiliares de enfermería, y auxiliares administrativas; así mismo, la proporción de mujeres disminuye en perfiles como auxiliares, técnicos y tecnólogos en radioterapia y radiología e imágenes diagnósticas (Figura 25). En relación con las especialidades médicas, las mujeres son parte mayoritaria en dermatología, pediatría, psiquiatría y medicina familiar; su representación más baja se concentra en especialidades como la ortopedia, la urología y la cirugía general. (Figura 24 a 26).

Figura 24. Proporción de mujeres entre los profesionales en salud, Colombia 2011-2022



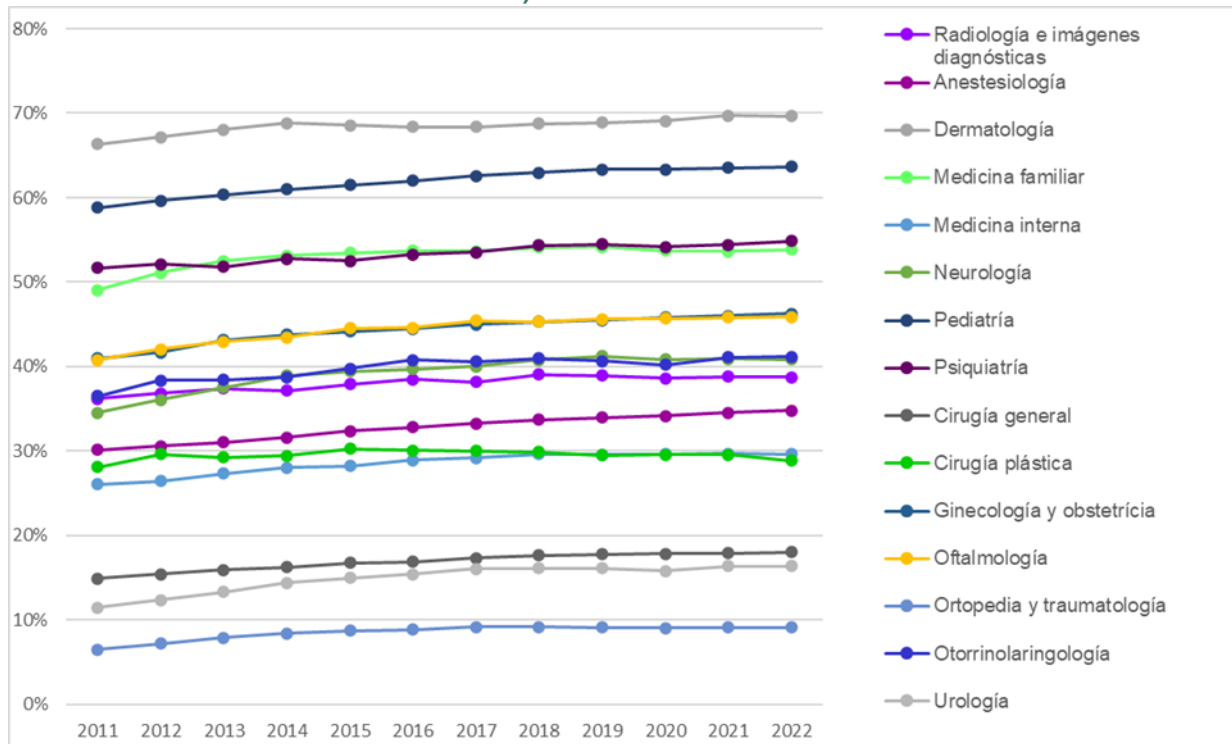
Fuente: Elaboración propia con base en el Registro Único del Talento Humano en Salud ReTHUS (2023)

Figura 25. Proporción de mujeres entre los perfiles auxiliares, técnicos y tecnólogos en salud, Colombia 2011-2022



Fuente: Elaboración propia con base en el Registro Único del Talento Humano en Salud ReTHUS (2023)

Figura 26. Proporción de mujeres entre las especializaciones médicas más frecuentes, Colombia 2011-2022



Fuente: Elaboración propia con base en el Registro Único del Talento Humano en Salud ReTHUS (2023)

2.1.1.3 Brecha salarial entre hombres y mujeres que conforman el THS

Entre los perfiles auxiliares en salud, se observaron predominantemente valores positivos, lo que indica que en términos generales los hombres tienen IBC más altos, la brecha fue más amplia en perfiles como auxiliares de enfermería, y otros auxiliares en salud (Entre 10 y 15%) este comportamiento no ha tenido cambios significativos en una década. Para el año 2022 las mujeres que ejercían como auxiliares administrativas en salud ganaban 10% más que los hombres y 15% más, las que ejercían como técnicas en salud oral (Anexo 5).

Entre los especialistas médicos clínicos se observó que, en general, los hombres ganan más que las mujeres, que este es un comportamiento generalizado en todas estas especialidades, a excepción de algunos años en que las mujeres tuvieron más ganancias en el campo de la medicina forense. Es importante destacar que la brecha se ha reducido en los últimos



años, sin embargo, al 2022 los hombres ganaban en promedio 26% más que las mujeres (Anexo 5).

En el grupo de las especialidades diagnósticas, se observó que en campos como la radiología la brecha se amplía cada vez más a favor de los hombres, para el 2022 tenían un ingreso base 42% más alto que las mujeres. La brecha es más paritaria en el campo de la medicina nuclear; entre el 2011 y el 2015, en este campo las mujeres tenían mayores ingresos, en los últimos años se ha igualado hasta que en 2022 la brecha casi ha desaparecido.

Dentro de las especialidades médico-quirúrgicas se observaron las mayores brechas de género, hasta el 2018 los hombres tenían un ingreso base de 50% más alto que las mujeres en los últimos años ha decrecido, para el 2022 la brecha era del 35%. La brecha es notoriamente más alta en campos como la urología y la ortopedia y ha cedido un poco más en favor de las mujeres en campos como la neurocirugía, la cirugía plástica y la otorrinolaringología, sin embargo, en ninguna especialidad quirúrgica las mujeres tienen un ingreso base mayor que los hombres (Anexo 5).

Para los perfiles técnicos y tecnológicos los hombres presentaron mayores ingresos base en campos como la atención prehospitalaria, la citohistología, la radiología y la radioterapia, similar a los demás grupos de personal de salud, los hombres tuvieron mayores ingresos que las mujeres, sin embargo, la brecha ha ido disminuyendo y para 2022 fluctuó entre 10 y 16% a favor de los hombres en este grupo.

Entre los profesionales en salud, se observó una brecha que ha crecido sostenidamente desde 2011 cuyo punto más alto es en el 2022; entre los profesionales médicos, para este año, los hombres tenían un ingreso base 40% mayor que las mujeres. La brecha de género es menor entre quienes ejercen la enfermería, la fonoaudiología y la nutrición. Al igual que el comportamiento general, los hombres tienen mayores IBC y la brecha ha disminuido entre 2011 y 2022 (Anexo 5).

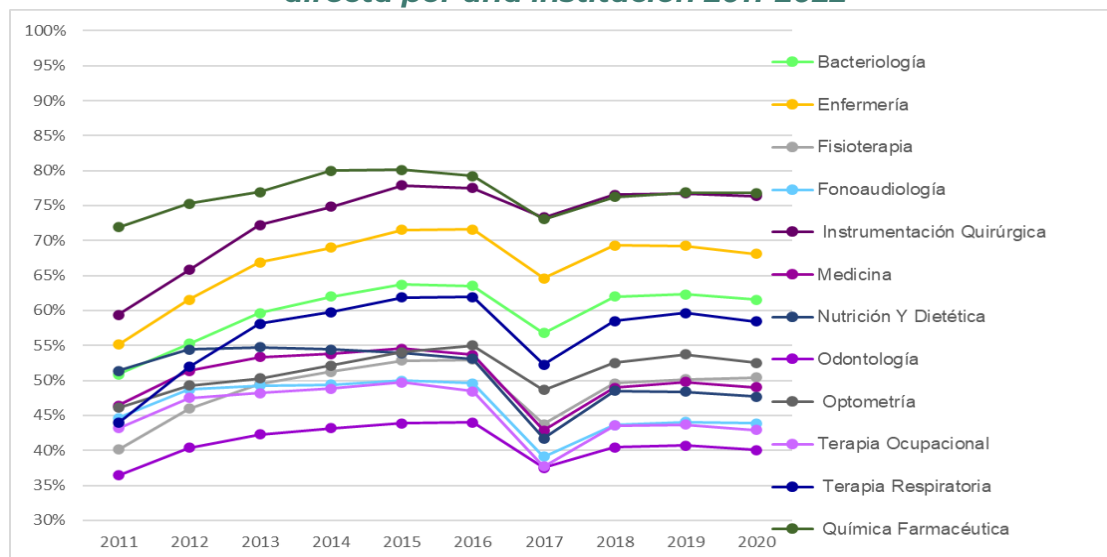
2.1.1.4 Proporción de THS vinculado directamente con la institución contratante

Al analizar el comportamiento histórico de la contratación directa del talento humano en salud por parte de las instituciones de salud se observó un decrecimiento sostenido de esta modalidad de contratación, sin embargo, en el año 2017 se observó una disminución más acelerada que en

los años anteriores y posteriores, lo que indicó una mayor proporción de tercerización laboral en dicho año.

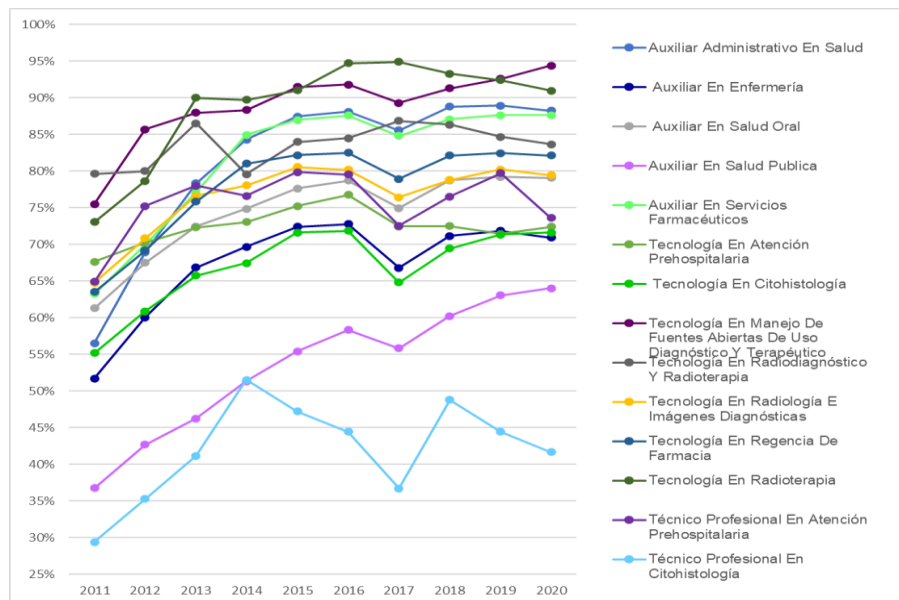
Dentro de los profesionales en salud, las mayores proporciones de contratación directa se encontraron en los perfiles de química farmacéutica e instrumentación quirúrgica (más del 70 % en 2022) y las menores proporciones en perfiles como la odontología, la terapia ocupacional y la fonoaudiología (menos del 45 % en 2022) (Figura 27). Los perfiles auxiliares, técnicos y tecnólogos concentraron, en general, la mayor proporción de contratación directa, llegando a más del 90 % en 2022 entre quienes ejercen como tecnólogos en radioterapia y en manejo de fuentes abiertas de uso diagnóstico y tratamiento; y fue menor entre quienes ejercen como auxiliares en salud pública y técnicos en citohistología. La contratación directa de personal médico especialista fue menos frecuente en todos los años de estudio; pues, entre el 45 % y el 50 % de los especialistas en medicina familiar y en psiquiatría estaban contratados directamente en 2022. Dichaa proporción fue menor entre especialistas en otorrinolaringología y cirugía plástica (entre 25 % y 30 % en 2022) (Figuras 27 a 29).

Figura 27. Proporción de profesionales en salud contratados de manera directa por una institución 2011-2022



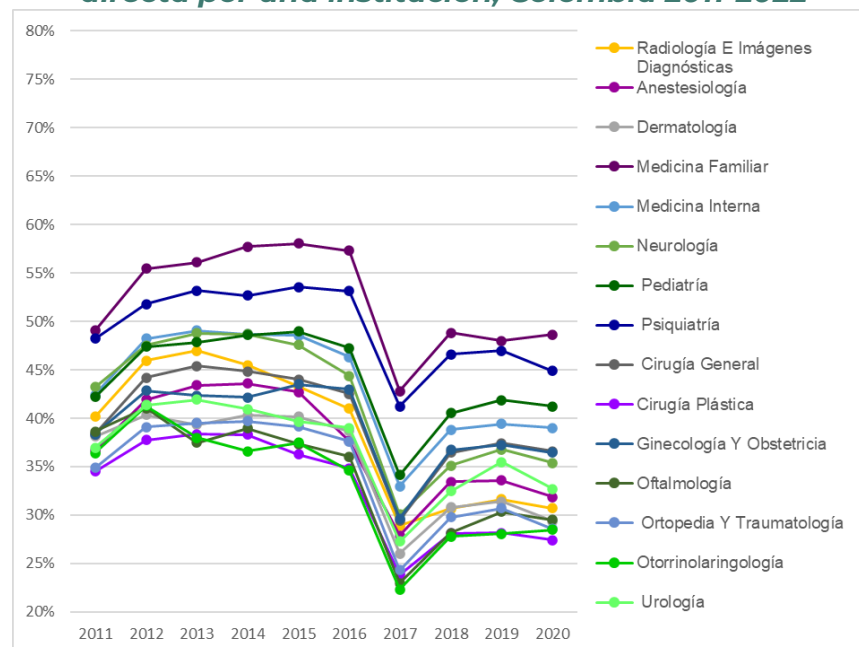
Fuente: Elaboración propia con base en el Registro Único del Talento Humano en Salud ReTHUS (2023)

Figura 28. Proporción de auxiliares, técnicos y tecnólogos en salud contratados de manera directa por una institución 2011-2022



Fuente: Elaboración propia con base en el Registro Único del Talento Humano en Salud ReTHUS (2023)

Figura 29. Proporción de especialistas médicos contratados de manera directa por una institución, Colombia 2011-2022



Fuente: Elaboración propia con base en el Registro Único del Talento Humano en Salud ReTHUS (2023)

2.1.1.5 Ingreso base de cotización (IBC) al sistema de seguridad social del talento humano en salud

El ingreso base de cotización entre los perfiles auxiliares, técnicos y tecnólogos en salud ha mostrado un aumento sostenido entre el 2011 y el 2022. En algunos perfiles como la tecnología en radioterapia, tecnología en radiodiagnóstico, tecnología en manejo de fuentes abiertas de uso diagnóstico y terapéutico y la tecnología en radiología e imágenes diagnósticas ha sido notoriamente mayor y ha aumentado a casi el doble entre en 2011 y el 2022 además de que concentran los mayores rangos de ingresos. Otros perfiles como los auxiliares en salud oral, auxiliares en salud pública, auxiliares en servicios farmacéuticos y auxiliares de enfermería además de que se encuentran entre los más bajos rangos de ingresos su crecimiento ha sido más lento. (Figura 30) Entre los profesionales en salud, la química farmacéutica y la medicina han tenido los mayores ingresos, especialmente la química farmacéutica ha tenido un crecimiento más mayor en los últimos años.

La fonoaudiología, la terapia ocupacional y la fisioterapia tienen los menores ingresos dentro de los profesionales en salud y su crecimiento en los últimos 10 años ha sido menor que el de otros perfiles. (Figura 31). Especialidades médicas como la radioterapia, cirugía pediátrica, medicina nuclear y la neurocirugía tienen los mayores índices de ingresos y si IBC ha crecido significativamente en los últimos años. Especialidades como la medicina en el trabajo, medicina aeroespacial y medicina del deporte presentan los menores IBC especialmente la medicina del trabajo, que ha tenido una caída abrupta desde el 2017. (Figura 30)

Al analizar el comportamiento del IBC-2022 por departamentos, entre los perfiles de auxiliares se observaron valores más altos entre quienes se agruparon como “otros auxiliares en salud” y entre los auxiliares de enfermería. Los departamentos que presentaron mayores valores para este grupo fueron Antioquia, Bogotá, Caquetá y Valle del Cauca. En Vichada, Vaupés, Guainía, Chocó y San Andrés y Providencia se observaron los rangos más bajos de IBC para auxiliares en salud. (Anexo 5).

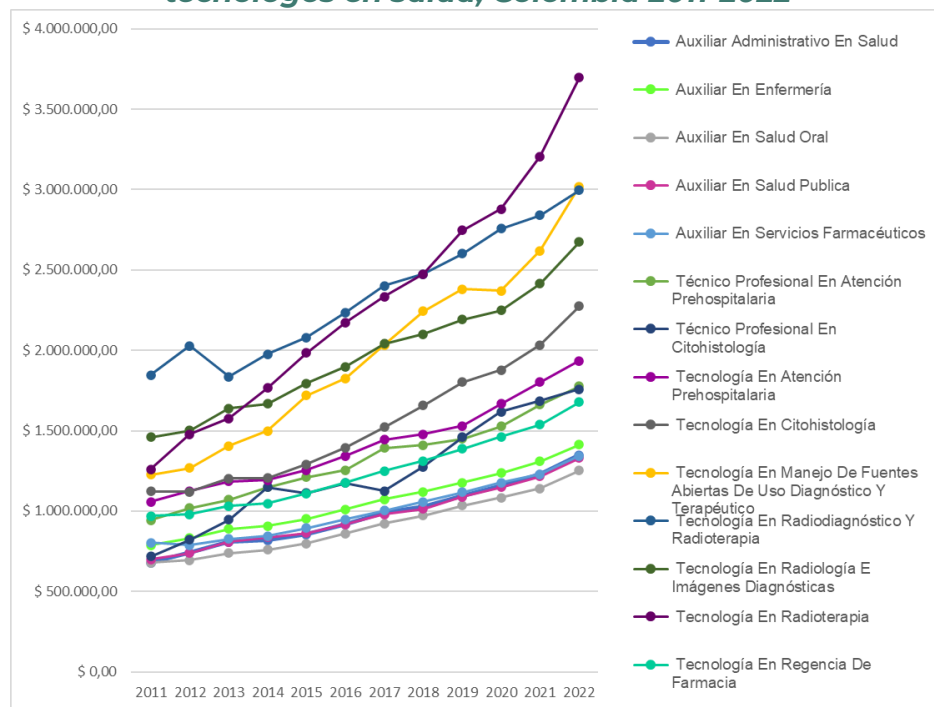
Entre los técnicos y tecnólogos en salud, los perfiles de radioterapia y apoyo diagnóstico tuvieron los mayores IBC. Las tecnologías en regencia de farmacia y atención prehospitalaria tuvieron los menores IBC. Las mejores condiciones para los técnicos y tecnólogos en salud se encontraron en Antioquia, Bogotá, Bolívar, Boyacá, Caldas, Santander y Valle del Cauca; en

contraste, los menores valores del IBC se observaron en Vichada, Vaupés, Cundinamarca, San Andrés y Providencia y Amazonas. (Anexo 5).

Para el grupo de profesionales en salud, la medicina y la química farmacéutica tuvieron los mayores IBC en todos los departamentos, los menores se observaron entre los fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos y odontólogos. Los departamentos con IBC más altos para los profesionales en salud fueron Antioquia, Bogotá, Santander y Valle del Cauca, los IBC más bajos se observaron en Vichada, Vaupés, Guainía, Chocó, Arauca, San Andrés y Providencia y Amazonas (figura 31). (Anexo 5)

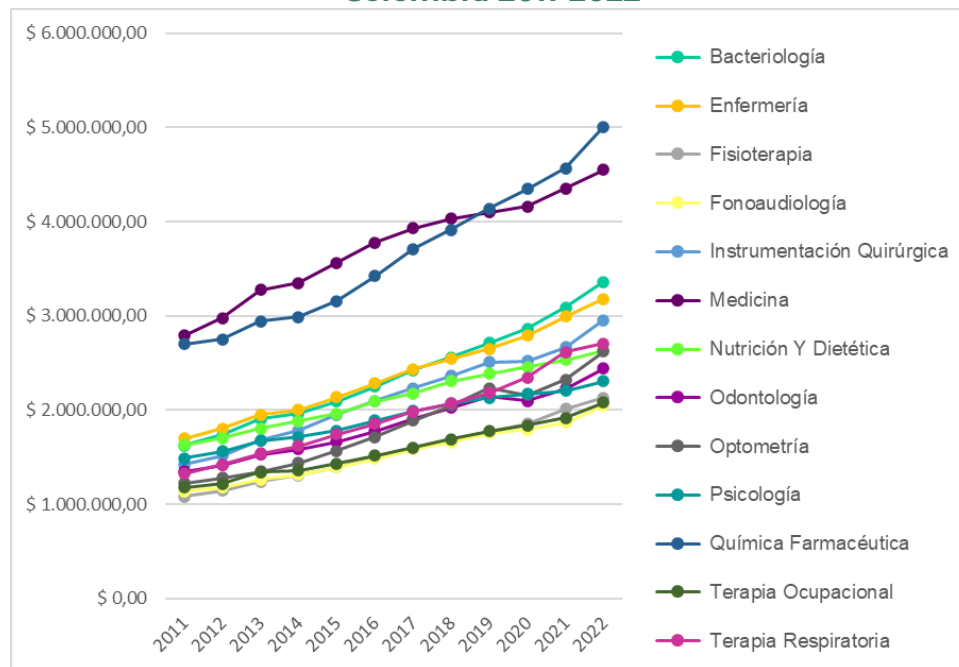
Entre las especialidades médicas los mayores rangos de IBC se agruparon entre radiología, cirugía general, neurocirugía y urología; en contraste, los menores valores estuvieron entre las especialidades en salud familiar y comunitaria, psiquiatría y pediatría (figura 32). El análisis por departamento para este grupo no mostró patrones tan claros como los anteriores, esto puede deberse a características particulares en las características laborales de este grupo (Anexo 5).

Figura 30. Comportamiento del IBC entre los perfiles auxiliares, técnicos y tecnólogos en salud, Colombia 2011-2022



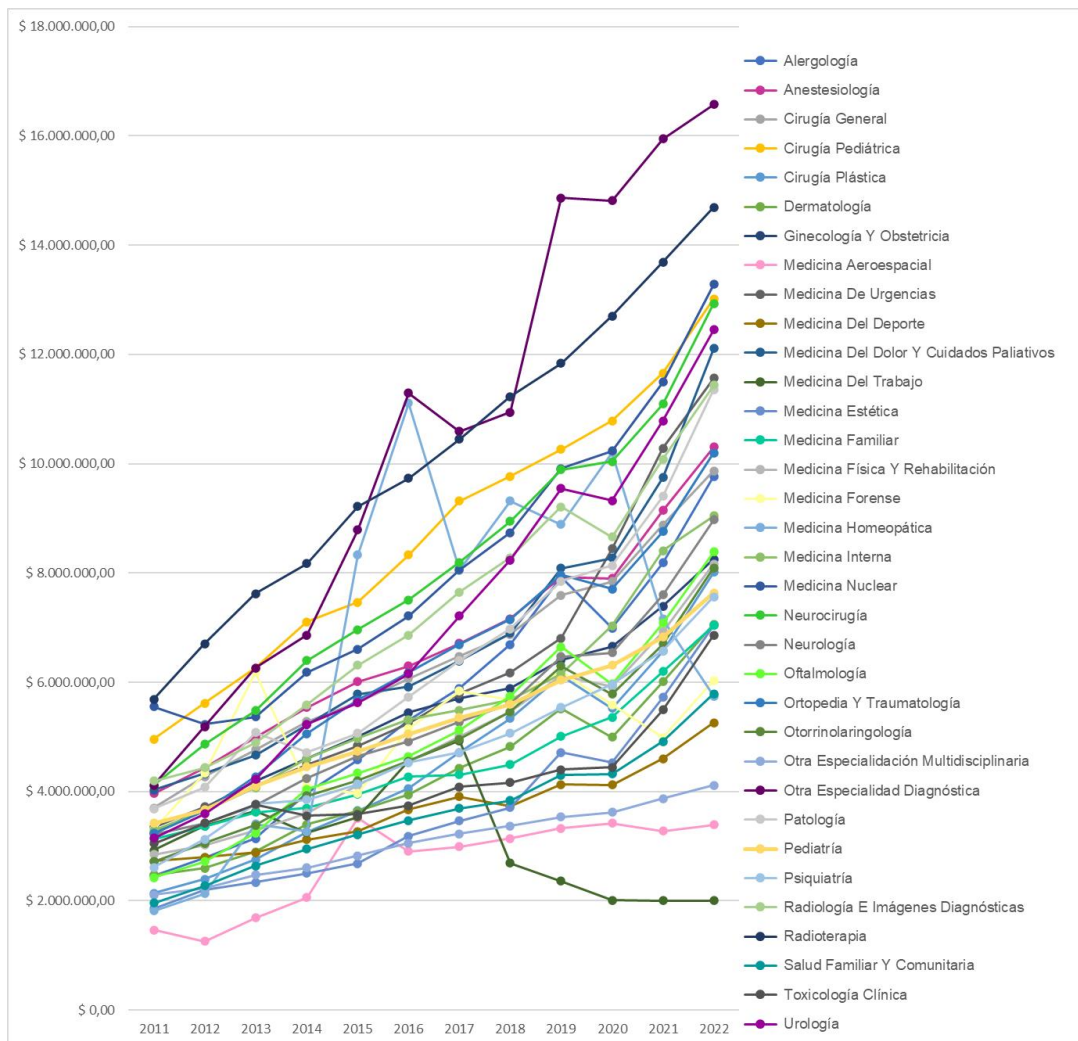
Fuente: Elaboración propia con base en el Registro Único del Talento Humano en Salud ReTHUS (2023)

Figura 31. Comportamiento del IBC entre los perfiles profesionales en salud, Colombia 2011-2022



Fuente: Elaboración propia con base en el Registro Único del Talento Humano en Salud ReTHUS (2023)

Figura 32. Comportamiento del IBC entre las especialidades médicas, Colombia 2011-2022

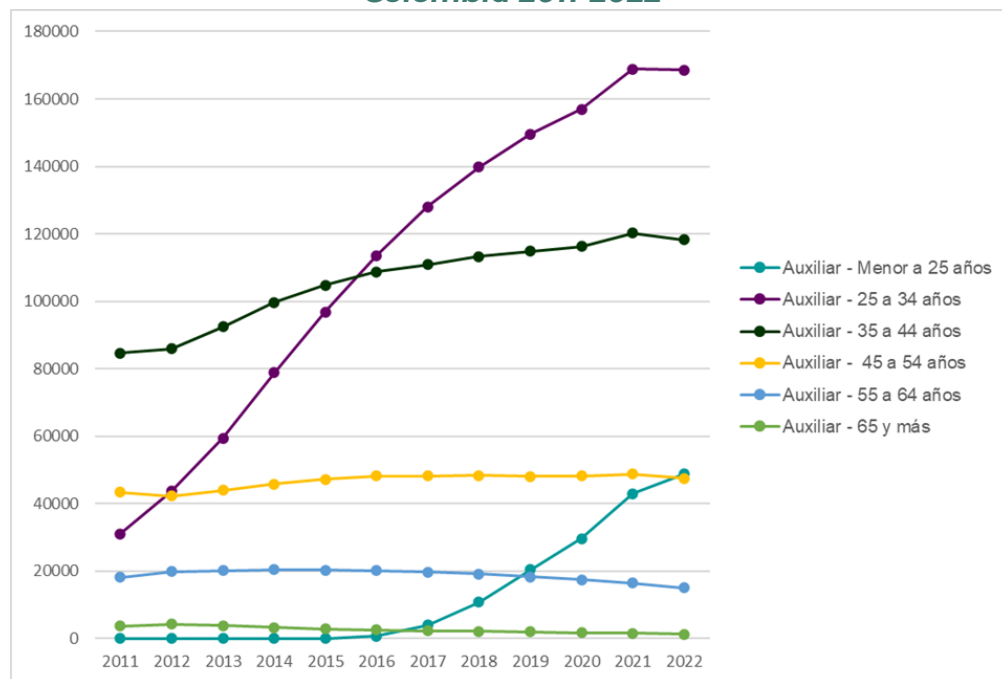


Fuente: Elaboración propia con base en el Registro Único del Talento Humano en Salud ReTHUS (2023)

2.1.1.6 Número estimado del talento humano en salud por perfil y grupo de edad

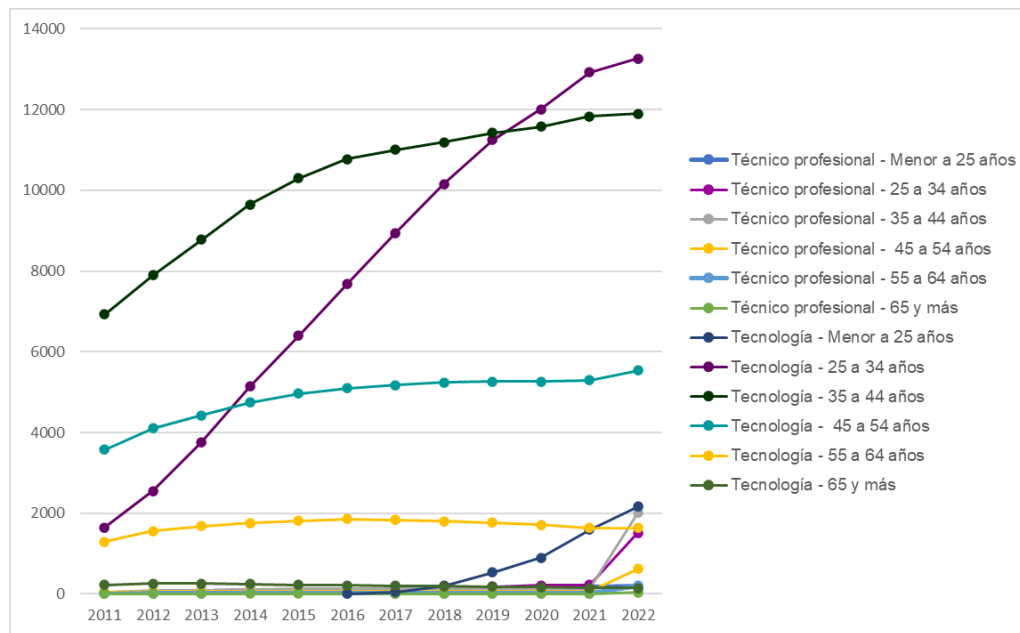
Actualmente, el talento humano en salud del país está conformado principalmente por jóvenes y adultos jóvenes menores de 44 años. La tendencia observada en perfiles de formación profesionales, auxiliares, técnicos y tecnólogos es que el personal de salud activo en el país es cada vez más joven, con predominancia de los grupos entre 25 y 34 años y menores de 25. El perfil de especialista medico concentra las mayores frecuencias en el grupo entre 35 y 44 años. (Figura 33-36).

Figura 33. Número estimado de auxiliares en salud según grupo de edad, Colombia 2011-2022



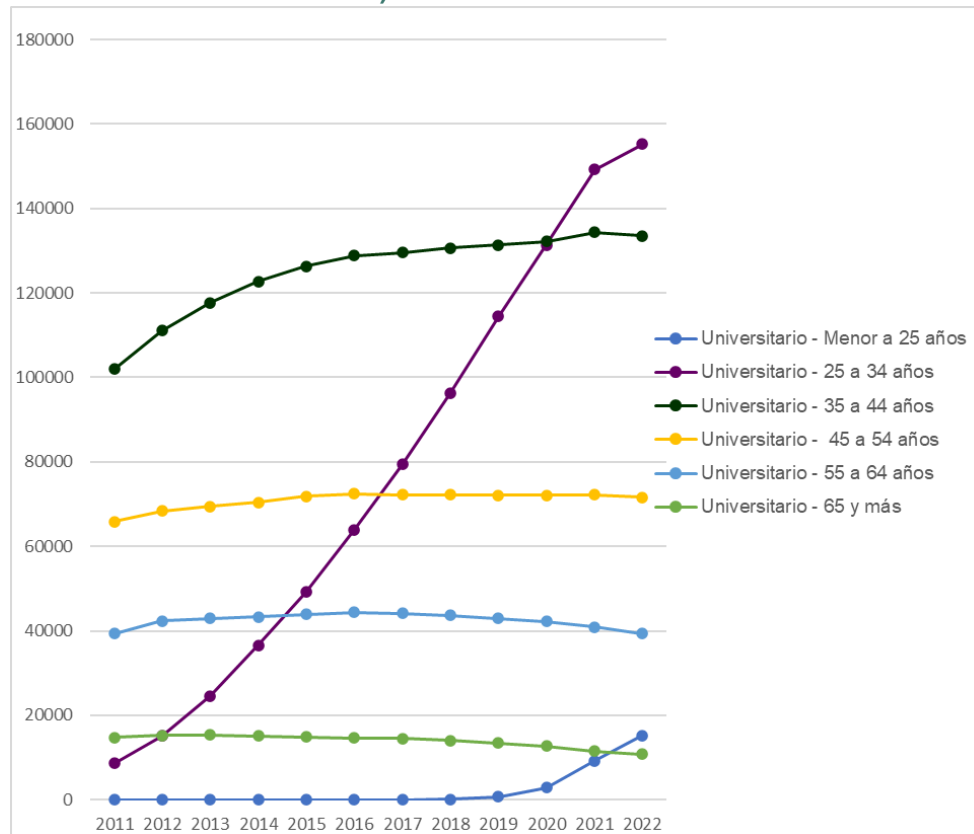
Fuente: Elaboración propia con base en el Registro Único del Talento Humano en Salud ReTHUS (2023)

Figura 34. Número estimado de técnicos y tecnólogos en salud según grupo de edad, Colombia 2011-2022



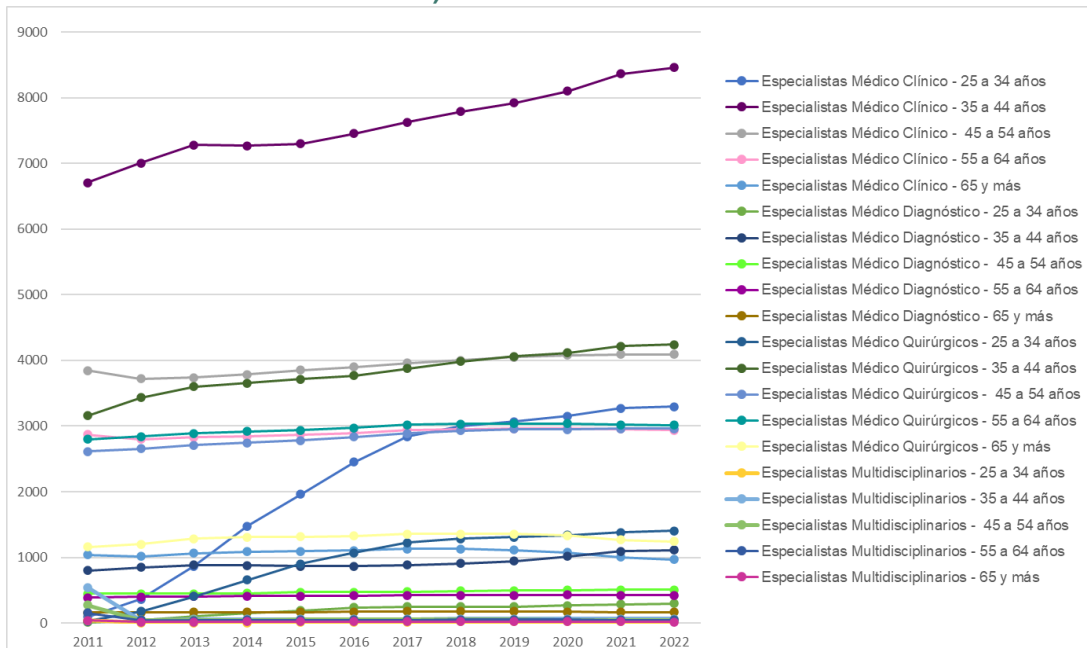
Fuente: Elaboración propia con base en el Registro Único del Talento Humano en Salud ReTHUS (2023)

Figura 35. Número estimado de profesionales en salud según grupo de edad, Colombia 2011-2022



Fuente: Elaboración propia con base en el Registro Único del Talento Humano en Salud ReTHUS (2023)

Figura 36. Número estimado de especialistas médicos según grupo de edad, Colombia 2011-2022

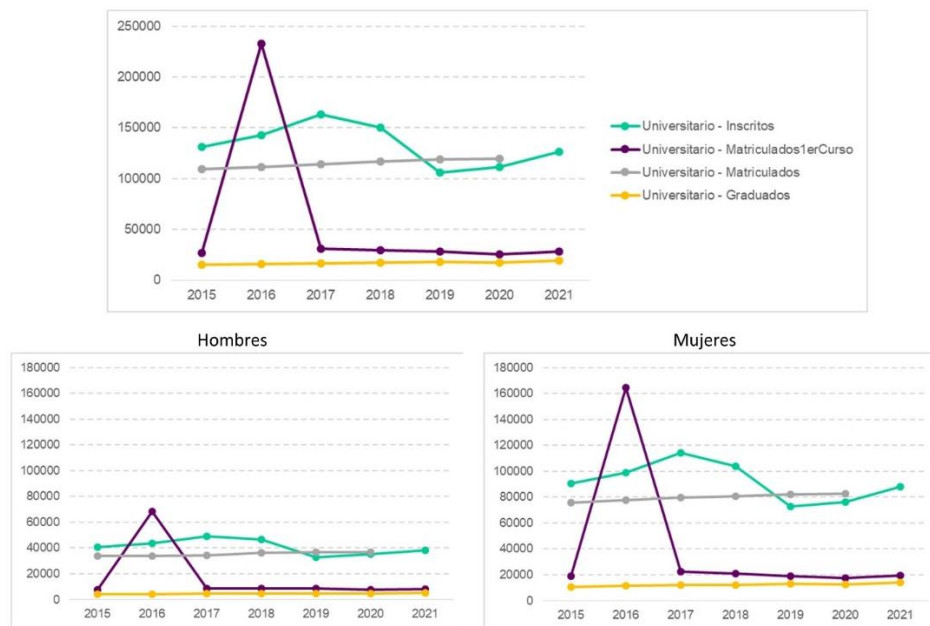


Fuente: Elaboración propia con base en el Registro Único del Talento Humano en Salud ReTHUS (2023)

2.1.1.7 Sistema educativo y talento humano en salud

Entre el año 2015 y 2021 el comportamiento de las inscripciones a carreras universitarias en salud ha fluctuado, pero con una tendencia general a la disminución, con su pico más bajo en el año 2019. La diferencia entre los inscritos y los matriculados en el primer curso en el mismo año fue amplia a excepción del año 2016, donde se observó un pico en las matrículas a primer curso. Las frecuencias de quienes logran graduarse de un programa profesional en salud se han mantenido estables en la última década en el país. Se observó una clara predominancia de mujeres que se inscriben, se matriculan y se gradúan como profesionales en salud (Figura 37).

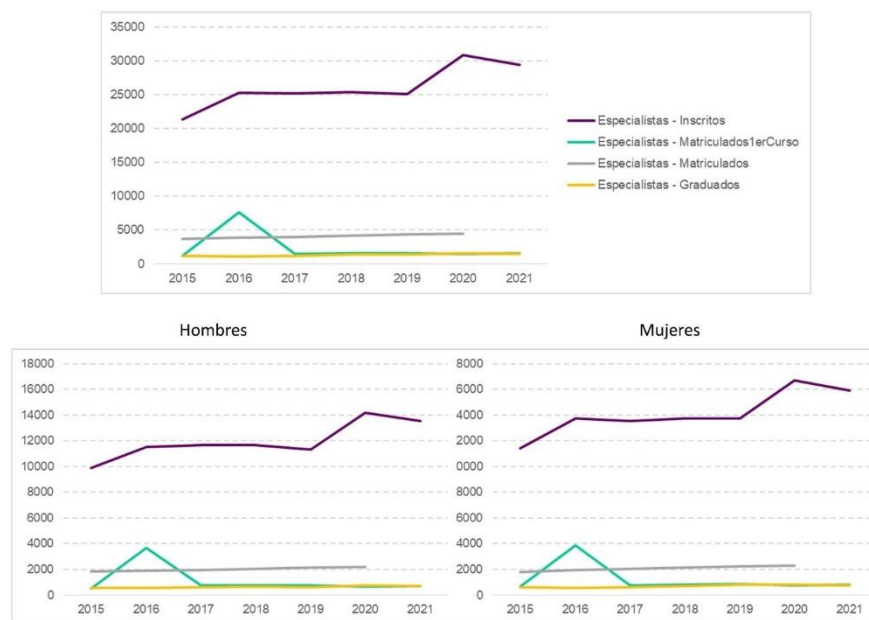
Figura 37. Características de vinculación al sistema educativo del Talento humano en salud con perfil universitario, Colombia 2015-2021



Fuente: Elaboración propia con base en el Registro Único del Talento Humano en Salud ReTHUS (2023)

En relación con las especialidades médicas, en los últimos años han aumentado las inscripciones especialmente en los años 2016 y 2020. El porcentaje de matriculados al primer curso es muy bajo en comparación con las inscripciones, siendo estas cerca de 4 veces mayor. El número de especialistas que logran graduarse no ha tenido incrementos significativos en los últimos años, más bien se ha mantenido estable y no se observa que esta tendencia concuerde con el crecimiento demográfico en el país ni con la densidad del talento humano disponible (Figura 38).

Figura 38. Características de vinculación al sistema educativo del Talento humano en salud con perfil médico especializado, Colombia 2015-2021



Fuente: Elaboración propia con base en el Registro Único del Talento Humano en Salud ReTHUS (2023)

El porcentaje de profesionales en salud que cotizaron a la seguridad social en el año siguiente a su graduación es un posible indicador de inserción laboral de este personal, o de condiciones laborales. Se observó que los profesionales en medicina, química farmacéutica, nutrición y dietética y enfermería podrían tener mejor inserción al mercado laboral que otros perfiles como la fisioterapia, y especialmente la odontología, pues este perfil mostró los menores porcentajes de cotización entre sus recién graduados, con su pico más bajo en 2020, año en que el 42.5% de sus recién graduados no cotizaron seguridad social.

Entre los especialistas médicos, los porcentajes de cotización en el primer año de ejercicio fueron más altos que en los perfiles profesionales. Las especialidades multidisciplinarias como la medicina familiar y comunitaria presentaron los menores porcentajes, cerca del 10% de los recién graduados no cotizaron a la seguridad social en 2017 y 2019 (Tabla 1).

Tabla 1. Porcentaje de profesionales en salud cotizantes a la seguridad social en su primer año de ejercicio, Colombia 2017-2020

Perfil universitario	Año			
	2017	2018	2019	2020
Bacteriología	87.5	83.3	87.5	88.8
Enfermería	91.9	91.4	91.9	91.0
Fisioterapia	80.3	77.4	80.3	71.4
Fonoaudiología	86.1	79.4	86.1	74.5
Instrumentación quirúrgica	85.9	84.7	85.9	78.0
Medicina	93.2	94.9	93.2	92.5
Nutrición y dietética	96.7	95.5	96.7	88.5
Odontología	68.0	65.1	68.0	58.5
Optometría	83.5	85.2	83.5	82.5
Terapia ocupacional	87.7	83.4	87.7	85.0
Terapia respiratoria	86.4	88.0	86.4	85.9
Química farmacéutica	97.2	90.3	97.2	90.0

Fuente: Elaboración propia con base en el Registro Único del Talento Humano en Salud ReTHUS (2023)

Tabla 2. Porcentaje de especialistas médicos cotizantes a la seguridad social en su primer año de ejercicio, Colombia 2017-2019

Grupo de especialidades	Año		
	2017	2018	2019
Especialidades clínicas	97.1	94.5	97.1
Especialidades diagnósticas	96.9	100.0	96.9
Especialidades quirúrgicas	95.2	95.8	95.2
Especialidades multidisciplinarias	88.3	91.6	88.3

Fuente: Elaboración propia con base en el Registro Único del Talento Humano en Salud ReTHUS (2023)

En general, la mayoría del talento humano en salud obtuvo su título académico en el país. Los porcentajes son más altos entre el personal auxiliar, técnico, tecnólogo, universitario y especialistas multidisciplinarios, para las demás especialidades, entre el 20 y el 40% obtuvieron su título en el exterior (Tabla 3).

Tabla 3. Porcentaje del talento humano en salud que obtuvo su título en el país, Colombia 2015-2022

Perfil	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Auxiliar	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Especialistas Medico Clínico	75,8%	81,5%	73,6%	71,9%	67,2%	79,7%	96,0%	96,0%
Especialistas Medico Diagnóstico	62,3%	60,3%	54,3%	65,5%	56,3%	60,3%	99,0%	98,9%
Especialistas Medico Quirúrgicos	72,2%	65,2%	62,1%	73,9%	74,6%	74,6%	97,0%	97,1%
Especialistas Multidisciplinarios	99,9%	99,9%	99,0%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
Técnico profesional	100%	100%	100%	100%	10,0%	100%	100%	100%
Tecnología	85,7%	71,4%	98,1%	100%	100%	100%	99,9%	99,9%
Universitario	91,0%	89,5%	69,4%	9,8%	90,8%	90,6%	99,7%	99,7%

Fuente: Elaboración propia con base en el Registro Único del Talento Humano en Salud ReTHUS (2023)

2.1.1.8 Caracterización del servicio social obligatorio (SSO) para profesionales en salud

Se observó que entre el 2017 y 2022, en el país ha decrecido el número de plazas dispuestas para la prestación de servicio social obligatorio por parte de los profesionales en salud. Al evaluar cuales de las plazas fueron asignadas se encontró que el porcentaje de asignación ha crecido sostenidamente en los cuatro perfiles evaluados, especialmente en la medicina y la odontología (Tabla 4).

Tabla 4. Número de plazas para la prestación del Servicio Social Obligatorio (SSO) según profesión, Colombia, 2017-2022 en el país, Colombia 2015-2022

Año	Medicina				Enfermería				Odontología				Bacteriología			
	Plazas asignadas	Plazas disponibles	Total plazas	Porcentaje de asignación	Plazas asignadas	Plazas disponibles	Total plazas	Porcentaje de asignación	Plazas asignadas	Plazas disponibles	Total plazas	Porcentaje de asignación	Plazas asignadas	Plazas disponibles	Total plazas	Porcentaje de asignación
2017	3493	989	4482	77.9	666	173	839	79.4	516	117	633	81.5	323	86	409	79.0
2018	3170	896	4066	78.0	580	163	743	78.1	457	109	566	80.7	280	72	352	79.5
2019	2878	963	3841	74.9	511	187	698	73.2	420	112	532	78.9	260	69	329	79.0
2020	3043	859	3902	78.0	532	167	699	76.1	404	94	498	81.1	246	65	311	79.1
2021	3185	675	3860	82.5	560	127	687	81.5	378	81	459	82.4	253	52	305	83.0
2022	3610	346	3956	91.3	645	60	705	91.5	407	39	446	91.3	272	30	302	90.1

Fuente: Elaboración propia con base en el Base de datos Servicio Social Obligatorio (2023)

Al evaluar características de las plazas disponibles en el país se encontró que la mayoría son en instituciones públicas, en las instituciones privadas y de las Fuerzas Armadas ha crecido la disponibilidad de plazas para profesionales en medicina y enfermería especialmente. En general, los profesionales que prestan su SSO tienen contrato legal reglamentario, cerca del 10 % son contratados por medio de contrato de trabajo y el contrato de

prestación de servicio es prácticamente nulo entre quienes prestan SSO. En general, este personal es contratado para prestar servicios de salud y en bajas proporciones para investigación en salud, salud pública e intervenciones colectivas y para programas de atención a población vulnerable (Tabla 5).

Tabla 5. Número de plazas para la prestación del Servicio Social Obligatorio (SSO) según profesión, Colombia, 2017-2022 en el país, Colombia 2015-2022

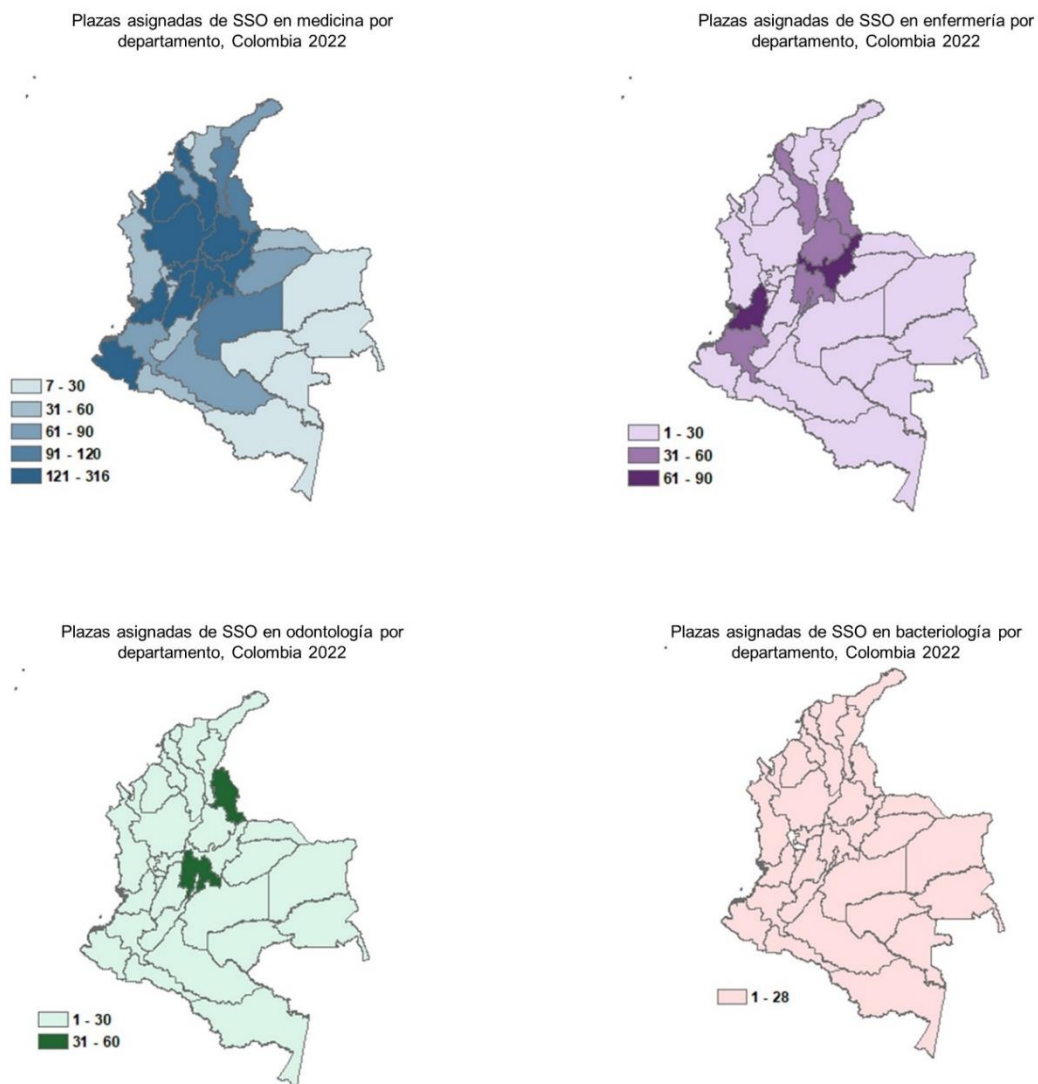
	Carácter de la institución			Tipo de contratación			Modalidad			
	Pública	Privada	Fuerzas armadas e inst mixtas	Contractual de prestación de servicios	Contrato de trabajo	Relación legal y reglamentaria	Investigación en salud	Planes de salud pública de intervenciones colectivas o programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad	Prestación de servicios	Programa salud población vulnerable
Bacteriología										
2017	215	26	82		28	295	5	17	299	2
2018	183	16	81		17	263	3	14	260	3
2019	170	6	84		7	253	1	14	243	2
2020	157	7	82		8	238	2	15	226	3
2021	148	22	83		23	230	3	14	233	3
2022	164	26	82		27	245	3	12	254	3
Enfermería										
2017	444	127	95		130	536	4	21	637	4
2018	406	80	94		83	497	2	20	551	7
2019	358	57	96		59	452	1	20	482	8
2020	373	61	98		63	469		24	503	5
2021	373	91	96		93	467	3	21	531	5
2022	450	94	101		96	549	4	21	615	5
Medicina										
2017	2557	702	234		713	2780	88	109	3273	23
2018	2380	546	244		555	2615	60	106	2979	25
2019	2241	396	241	1	405	2472	39	118	2697	24
2020	2324	447	272	2	476	2565	49	129	2834	31
2021	2394	519	272		546	2639	60	123	2972	30
2022	2691	648	271		668	2942	94	112	3371	33
Odontología										
2017	358	23	135		25	491	1	24	486	5
2018	308	16	133		18	439	1	18	432	6
2019	269	16	135		18	402	1	18	397	4
2020	260	11	133		13	391	1	18	381	4
2021	235	11	132		13	365	1	18	354	5
2022	262	16	129		18	389	1	14	386	6

Fuente: Elaboración propia con base en el Base de datos Servicio Social Obligatorio (2023)

En el año 2022 las plazas de SSO de medicina asignadas se concentraron en la zona central del país, en departamentos como Antioquia, Santander, Boyacá, Caldas, Cundinamarca, Tunja, Tolima, Valle del Cauca y Risaralda y en departamentos del norte del país como Bolívar y Córdoba. Los

departamentos de las regiones amazónicas y Orinoquía tuvieron las menores frecuencias de médicos que prestaron SSO en estos territorios. Las proporciones de personal de enfermería, odontología y bacteriología que prestaron SSO son bajas en todo el país (Figura 39).

Figura 39. Características de vinculación al sistema educativo del Talento humano en salud con perfil médico especializado, Colombia 2015-2021



Fuente: Elaboración propia con base en el Base de datos Servicio Social Obligatorio (2023)



En cuanto a la remuneración asignada a los profesionales que prestan SSO, se observaron valores más altos en la medicina, seguido de la odontología, la bacteriología y por último la enfermería. Los departamentos en donde en general las remuneraciones fueron más altas en 2022 fueron Amazonas, Guaviare, Norte de Santander, Valle del Cauca y Vichada (Tabla 6).

Tabla 6. Remuneración mensual en las plazas asignadas para SSO por departamento, Colombia 2022

Departamento	Bacteriología	Enfermería	Medicina	Odontología
amazonas	\$ 3,743,160	\$ 3,653,464	\$ 4,037,411	\$ 3,838,866
antioquia	\$ 2,719,217	\$ 2,914,088	\$ 4,447,734	\$ 3,373,800
arauca	\$ 2,811,453	\$ 2,829,883	\$ 3,873,444	\$ 3,125,444
san andrés. providencia y santa catalina	\$ 2,572,023	\$ 2,547,625	\$ 3,896,098	\$ 3,051,687
atlántico	\$ 2,703,312	\$ 2,620,042	\$ 2,955,606	\$ 2,876,201
bogotá. d.c.	\$ 2,697,610	\$ 2,712,870	\$ 3,358,785	\$ 3,256,618
bolívar	\$ 2,564,518	\$ 2,486,644	\$ 3,309,891	\$ 2,775,921
boyacá	\$ 2,491,007	\$ 2,498,636	\$ 3,269,164	\$ 2,754,175
caldas	\$ 2,798,005	\$ 2,608,619	\$ 2,725,982	\$ 2,995,330
caquetá	\$ 2,940,449	\$ 2,854,600	\$ 4,567,730	\$ 3,584,975
casanare	\$ 2,665,862	\$ 2,400,906	\$ 3,441,811	\$ 2,813,803
cauca	\$ 2,506,699	\$ 3,206,202	\$ 3,335,925	\$ 3,238,290
cesar	\$ 2,586,691	\$ 2,754,047	\$ 3,310,796	\$ 2,828,313
chocó	\$ 2,589,861	\$ 2,668,409	\$ 4,027,300	\$ 3,087,249
córdoba	\$ 2,804,989	\$ 2,815,746	\$ 3,748,473	\$ 3,031,897
cundinamarca	\$ 2,663,199	\$ 2,578,304	\$ 3,494,369	\$ 3,449,911
guainía	\$ 2,941,431	\$ 2,883,527	\$ 4,793,465	\$ 2,991,523
guaviare	\$ 3,762,680	\$ 3,976,787	\$ 5,626,827	\$ 2,792,588
huila	\$ 3,219,725	\$ 3,146,643	\$ 3,787,043	\$ 2,757,072
la guajira	\$ 2,817,627	\$ 2,986,978	\$ 3,619,729	\$ 3,025,308
magdalena	\$ 3,121,892	\$ 2,565,228	\$ 3,546,365	\$ 2,932,768
meta	\$ 2,721,574	\$ 2,785,516	\$ 3,348,989	\$ 2,751,912
nariño	\$ 2,603,335	\$ 2,849,775	\$ 3,619,979	\$ 2,965,681
norte de santander	\$ 3,138,217	\$ 3,126,439	\$ 3,837,458	\$ 3,480,915
putumayo	\$ 2,808,635	\$ 2,814,914	\$ 3,878,161	\$ 2,939,719
quindío	\$ 2,833,743	\$ 2,833,743	\$ 3,146,559	\$ 2,995,330
risaralda		\$ 2,542,265	\$ 4,437,282	\$ 2,721,555
santander	\$ 2,503,068	\$ 2,331,242	\$ 3,113,988	\$ 2,688,696
sucre	\$ 2,911,465	\$ 2,621,005	\$ 3,515,933	\$ 3,056,196
tolima	\$ 2,693,683	\$ 2,719,637	\$ 3,738,413	\$ 3,204,219
valle del cauca	\$ 2,937,435	\$ 3,194,222	\$ 3,784,591	\$ 3,527,897
vaupés	\$ 2,457,055	\$ 2,417,437	\$ 4,952,057	
vichada	\$ 3,169,957	\$ 3,100,660	\$ 5,010,105	\$ 3,366,481

Fuente: Elaboración propia con base en el Base de datos Servicio Social Obligatorio (2023)



2.1.2 Caracterización del talento humano en salud pública

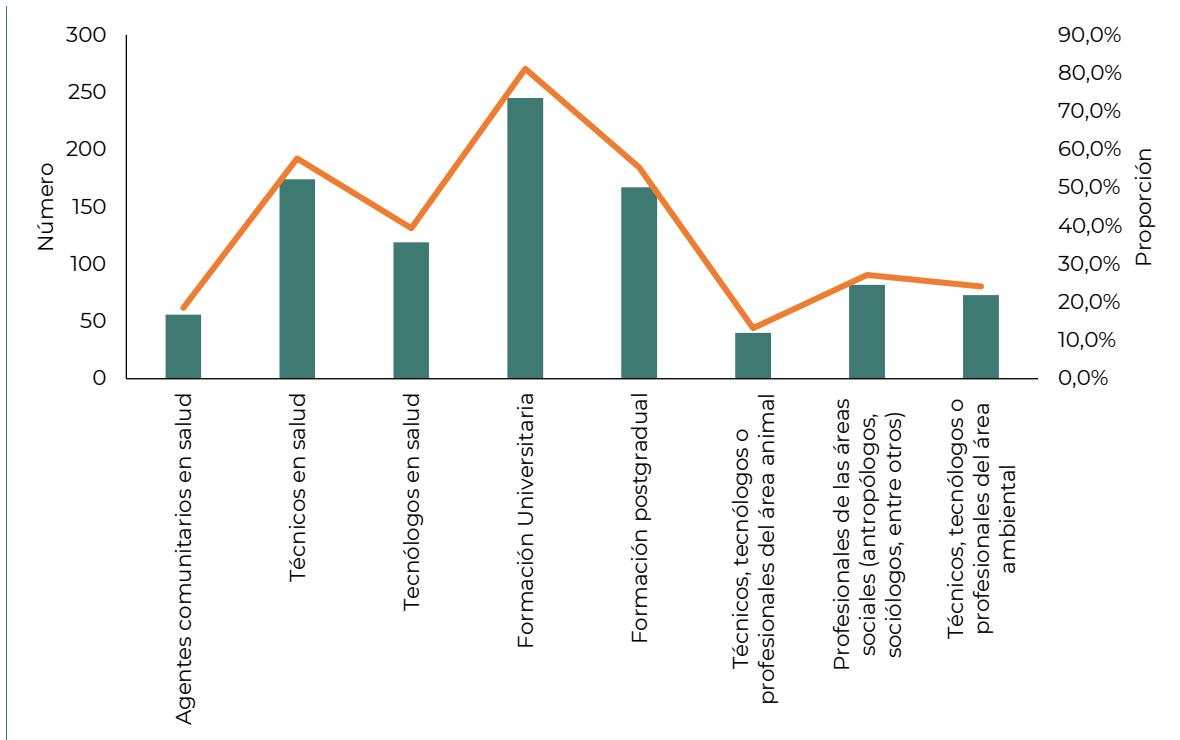
La Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud (DDTHS) del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) en conjunto con el equipo técnico conformado para el desarrollo del capítulo, construyó un formulario de Google Forms con el objetivo de explorar el panorama del Talento Humano en Salud Pública para el país en torno a la planificación, gestión, ejecución y evaluación; las funciones que desarrollan en los territorios, los tipos de contrato y las categorías salariales de acuerdo con el nivel de formación. Este formulario se puso a disposición de las Secretarías Departamentales, Distritales y Municipales de Salud del país. Esta exploración permite dar cuenta del panorama actual para la transformación y cualificación del THS en el área de la salud pública, orientar esfuerzos y oportunidades para la gestión y operacionalización de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) y alinear los retos con los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

De esta forma se aclara que la participación fue voluntaria y no punitiva en el marco de la actualización de la Política del Talento Humano en Salud. Desde los aspectos éticos, las preguntas abordaron aspectos relevantes para la definición de prioridades en organización, capacitación y fortalecimiento del THS en el área de la Salud Pública. No se identificaron aspectos sensibles, ni de caracterización personal de los participantes de la encuesta. Dentro de la estructura se adapta a lineamientos de investigación nacional y acoge aspectos internacionales para garantizar protección de datos y aspectos éticos.

Durante el periodo de tiempo de agosto 12 de 2023 a septiembre 14 de 2023, se logró recabar 302 respuestas, principalmente de las Secretarías Departamentales, Distritales y Municipales de Salud de Boyacá, Caldas, Nariño, Norte de Santander, Risaralda, Meta, Arauca, Putumayo, Guaviare, Antioquia, Atlántico, Amazonas, Valle del Cauca, Guainía, Caquetá, Vichada, Casanare y Huila.

Con respecto a los perfiles del Talento Humano en Salud que hacen parte de la planificación, gestión, ejecución y evaluación de acciones en salud pública, el 81,1 % (n=245) tienen formación universitaria, el 57,6 % (174) con técnicos en salud, el 55,3 % (n=167) cuentan con formación posgradual (especialidades, especializaciones, maestrías y doctorados), el 27,2 % (n=82) correspondían a profesionales de las áreas sociales (antropólogos, sociólogos, entre otros) (Figura 40). Este panorama coincide con lo descrito por Gloria Molina Marín et al., (2014).

Figura 40. Distribución del talento Humano en Salud en los entes territoriales de salud-Colombia 2023



Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta de Caracterización del Talento Humano en Salud para acciones de Salud Pública. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud (2023)

Con respecto a las actividades que desarrolla este THS que hace parte de la planificación, gestión, ejecución y evaluación de acciones en Salud Pública, se categorizó de acuerdo con el perfil en mayor participación, participación intermedia y baja participación. En este sentido, para las actividades desarrolladas en el marco de las FESP, la mayor participación la asume THS Salud Pública con formación universitaria entre el 69,0 % hasta el 80,0 %. La baja participación se registró en los perfiles relacionados con técnicos, tecnólogos o profesionales del área animal con una proporción inferior al 5,0 %, seguido de los Técnicos, tecnólogos o profesionales del área ambiental y de los Profesionales de las áreas sociales (antropólogos, sociólogos, entre otros) (Tabla 3).

Adicionalmente, se identificó que la asignación de las FESP se realiza principalmente al THS con formación universitaria con una participación entre el 69,0 % y el 80,0 %. En menor proporción se asignan estas funciones a

profesionales con formación posgradual (especialidades, especializaciones, maestrías, doctorados) y a técnicos de salud (Tabla 7).

Tabla 7. Nivel de participación en actividades asignadas al Talento Humano en Salud en los entes territoriales de salud. Colombia 2023

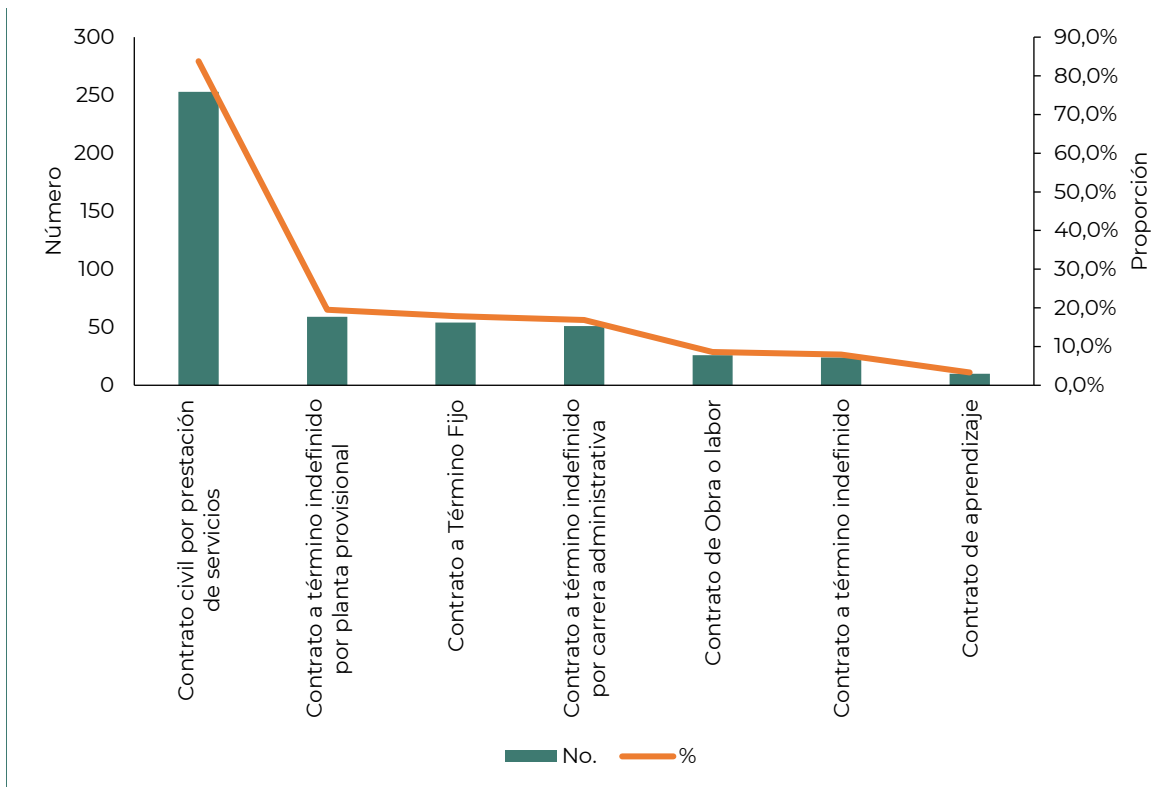
Actividad	Mayor participación	Participación intermedia	Baja participación
Monitoreo y evaluación de la salud y el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y el desempeño e impacto de los sistemas de salud (1)	77,2 % Formación Universitaria	39 % Formación Posgradual (especialidades, especializaciones, maestrías, doctorados)	2,6 % Técnicos, tecnólogos o profesionales del área animal
Vigilancia en la salud pública (2)	74,8 % Formación Universitaria	37,8 % Técnicos en salud y Formación Posgradual (especialidades, especializaciones, maestrías, doctorados)	4,6 % Técnicos, tecnólogos o profesionales del área animal
Control y la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias (3)	72,8 % Formación Universitaria	35 % Técnicos en salud y Formación Posgradual (especialidades, especializaciones, maestrías, doctorados)	• 4,3 % Profesionales de las áreas sociales (antropólogos, sociólogos, entre otros) • 2,9 % Técnicos, tecnólogos o profesionales del área animal
Promoción y gestión de la investigación y el conocimiento en el ámbito de la salud (4)	76,4 % Formación Universitaria	45,3 % Formación Posgradual (especialidades, especializaciones, maestrías, doctorados)	• 5,2 % Técnicos, tecnólogos o profesionales del área ambiental • 2,31 % Técnicos, tecnólogos o profesionales del área animal
Implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población (5)	78,4 % Formación Universitaria	45,3 % Formación Posgradual (especialidades, especializaciones, maestrías, doctorados)	• 5,3 % Técnicos, tecnólogos o profesionales del área ambiental • 2,9 % Técnicos, tecnólogos o profesionales del área animal
Desarrollo de recursos humanos para la salud (6)	75,1 % Formación Universitaria	41,0 % Formación Posgradual (especialidades, especializaciones, maestrías, doctorados)	• 3,6 % Técnicos, tecnólogos o profesionales del área ambiental • 1,9 % Técnicos, tecnólogos o profesionales del área animal
Medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales de calidad, seguras y eficaces (7)	68,8 % Formación Universitaria	28,8 % Formación Posgradual (especialidades, especializaciones, maestrías, doctorados) y 26,1 % Técnicos en salud	• 1% Profesionales de las áreas sociales (antropólogos, sociólogos, entre otros) • 1,9 % Técnicos, tecnólogos o profesionales del área animal
Financiamiento de la salud (8)	71,1 % Formación Universitaria	46,0 % Formación Posgradual (especialidades, especializaciones, maestrías, doctorados)	• 0,9 % Técnicos, tecnólogos o profesionales del área ambiental • 1,3 % Técnicos, tecnólogos o profesionales del área animal • 2,6 agentes comunitarios
Servicios de salud integrales y de calidad (9)	79,1 % Formación Universitaria	42,7 % Formación Posgradual (especialidades, especializaciones, maestrías, doctorados) y 27,4 % Técnicos en salud	• 1,9 % Técnicos, tecnólogos o profesionales del área animal • 3,3 % Técnicos, tecnólogos o profesionales del área ambiental
Intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables (10)	79,4 % Formación Universitaria	44,7 % Técnicos de salud y 38,4 % Formación Posgradual (especialidades, especializaciones, maestrías, doctorados)	• 6,9 % Profesionales de las áreas sociales (antropólogos, sociólogos, entre otros) • 4,6 % Técnicos, tecnólogos o profesionales del área animal

Actividad	Mayor participación	Participación intermedia	Baja participación
Gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud (11)	80,1 % Formación Universitaria	43,7 % Formación Posgradual (especialidades, especializaciones, maestrías, doctorados) y 41,0 % Técnicos en salud	• 6,6 % Profesionales de las áreas sociales (antropólogos, sociólogos, entre otros) • 3,6 % Técnicos, tecnólogos o profesionales del área animal

Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta de Caracterización del Talento Humano en Salud para acciones de Salud Pública. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud (2023)

Por otro lado, se identificó que la mayoría del TH que participa de la planificación, gestión, ejecución y evaluación de acciones en salud pública están siendo contratados principalmente por prestación de servicios con el 83,8 % (253). Los contratos indefinidos por carrera administrativa corresponden al 16,9 % (51) y los contratos a término indefinido por planta provisional corresponden con el 19,5 % (59). El contrato a término fijo corresponde al 17,9 % (54) y la menor contratación corresponde al contrato de aprendizaje con un 3,3 % (10). De esta forma, el predominio de la contratación por prestación de servicios refleja una estructura fluctuante en el desarrollo de los procesos, estrategias e intervenciones en los territorios (Figura 41). Este panorama puede estar influenciado por diversos factores planteados por Gloria Molina Marín et al., (2014): intereses clientelistas y la disponibilidad presupuestal.

Figura 41. Tipo de contrato del TH que planifica, gestiona, ejecuta y evalúa las acciones en salud pública en el territorio, Colombia 2023



Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta de Caracterización del Talento Humano en Salud para acciones de Salud Pública. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud (2023)

Teniendo en cuenta el predominio del contrato por prestación de servicios para el TH que participa de la planificación, gestión, ejecución y evaluación de acciones en salud pública, de acuerdo con la caracterización salarial se observa que el 69,9 % recibe entre 1 a 3 Salarios Mínimos Legales Vigentes (SMLV), y el 12,3 % entre 4 a 6 Salarios Mínimos Legales Vigentes (SMLV) (Tabla 4).

Adicionalmente, para termino fijo el 31,8 % recibe entre 1-3 SMLV, 2,3 % de 4-6 SMLV y por encima de estos estándares el 35,4 %. En los contratos a término indefinido el 1,7 % recibe menos de 1 SMLV, 18,9 % de 1-3 SMLV y el 42 % recibe otra asignación. Los contratos por obra labor, el 2 % recibe menos de 1 SMLV, el 19,5 % de 1-3 SMLV y 40,1 % recibe otra asignación. El contrato a término fijo por carrera administrativa en el 37,4 % recibe otra

asignación, el 22,5 % entre 1 – 3 SMLV y 9,6 % entre 4-6 SMLV. Los contratos a término indefinido por planta profesional el 35,1 % reciben otra asignación y el 27,5 % entre 1-3 SMLV. Se observan fluctuaciones salariales dependiendo de la modalidad de contrato y está relacionado muy probablemente con el perfil profesional a contratar y la actividad asignada (Tabla 8).

Al ser el contrato por prestación de servicios predominante en el TH que planifica, gestiona, ejecuta y evalúa las acciones en salud pública, se observó que la duración de este oscila entre 6 a 12 meses, seguido por entre 4 a 6 meses. En este sentido, y según lo planteado por Gloria Molina Marín et al., (2014) se afirmó que las condiciones laborales están relacionadas con la motivación, compromiso, deseo de permanencia, entre otros. Lo que influye en la idoneidad de las intervenciones, la credibilidad y el desgaste de las comunidades por reprocesos, incapacidad institucional.

Tabla 8. Caracterización salarial de acuerdo con el tipo de contrato laboral del TH que planifica, gestiona, ejecuta y evalúa las acciones en salud pública en el territorio, Colombia 2023

Tipo de contrato	Menos de 1 salario mínimo	1-3 salarios mínimos	4-6 salarios mínimos	Otro	No aplica
A termino fijo		31,8%	2,3%	35,4%	29,8%
Contrato a término indefinidos	1,7%	18,9%	3,3%	42,1%	34,1%
Contrato obra labor	2%	19,5%	2%	40,1%	36,4%
Contrato civil por prestación de servicios	2,6%	69,9%	12,3%	11,6%	3,6%
Contrato de aprendizaje	7,9%	7,9	0,7%	45,7%	37,7%
Contrato a término fijo por carrera administrativa	1%	22,5%	9,6%	37,4%	29,5%
Contrato a término indefinido por planta profesional		27,5%	8,9%	35,1%	28,1%

Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta de Caracterización del Talento Humano en Salud para acciones de Salud Pública. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud (2023)

Así mismo, se exploró la forma como se realiza la planificación y la gestión en el territorio del TH que formula, gestiona, ejecuta y evalúa acciones en salud pública, para lo cual se identificó que el proceso es liderado por el profesional a cargo de la gestión en salud pública de las Secretarías Departamentales, Distritales y Municipales de Salud; se realiza teniendo en cuenta las necesidades y problemáticas en salud pública del territorio por sectores, haciendo una distribución equitativa de los recursos designados para salud pública. Sin embargo, en los municipios se describió que el profesional que realiza la planificación del THS realiza funciones adicionales,

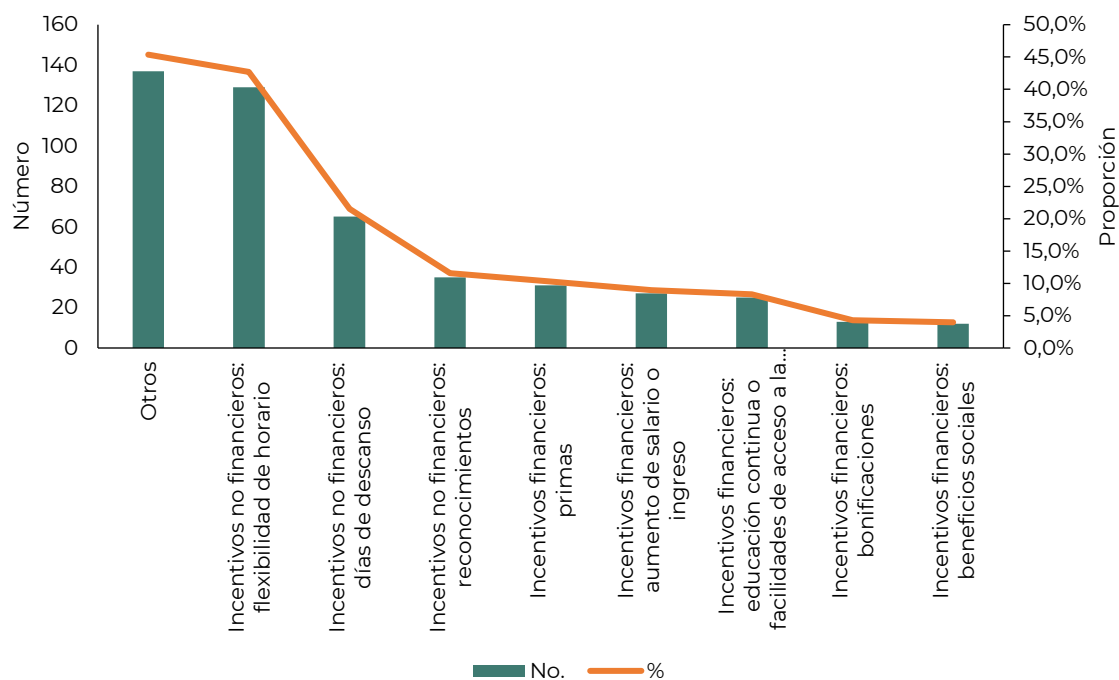
Así mismo, plantean que se requiere más recursos financieros para contratar más TH y de esta forma cubrir las necesidades en salud pública de la población y las exigencias de todos y cada uno de los programas del ente territorial departamental (Gatica Eguiguren, 2015).

Figura 42. Nube de palabras relevantes en la planificación y la gestión en el territorio del TH que planifica, gestiona, ejecuta y evalúa las acciones en salud pública en el territorio, Colombia 2023



Con relación a los incentivos y mecanismos de retención que se utiliza en el territorio para lograr la permanencia del TH que formula, gestiona, ejecuta y evalúa acciones en salud pública se observó que el 42,7 % (129) recibe incentivos no financieros: flexibilidad de horario y el 21,5 % (65) incentivos no financieros: días de descanso (Figura 43).

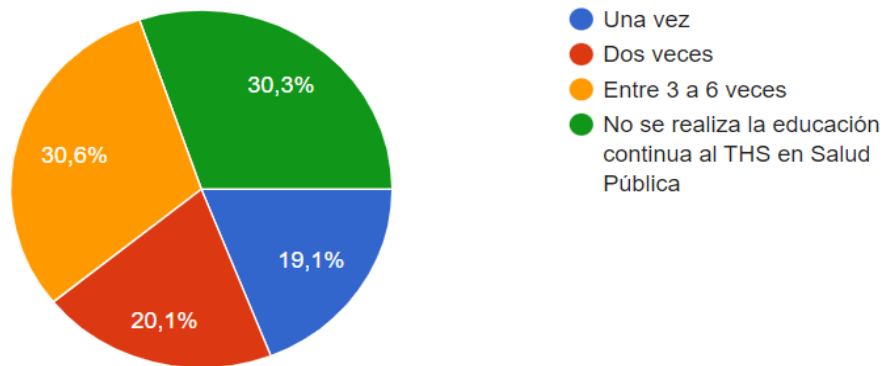
Figura 43. Tipos de incentivos y mecanismos de retención del TH que planifica, gestiona, ejecuta y evalúa las acciones en salud pública en el territorio, Colombia 2023



Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta de Caracterización del Talento Humano en Salud para acciones de Salud Pública. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud (2023)

Por último, se exploró la cualificación continua y permanente que recibe el TH que planifica, gestiona, ejecuta y evalúa las acciones en salud pública en el territorio, y se identificó que el 30,3 % no desarrolla educación continua para el THS. Sin embargo, entre el 19,1% y el 30,6 % manifiesta recibir entre una a 6 veces en el año, con cursos principalmente de menos de 48 horas (35,9 %) o entre 48 a 72 horas (17,4 %), de predominio virtual (32,2 %) (Figuras 44-46).

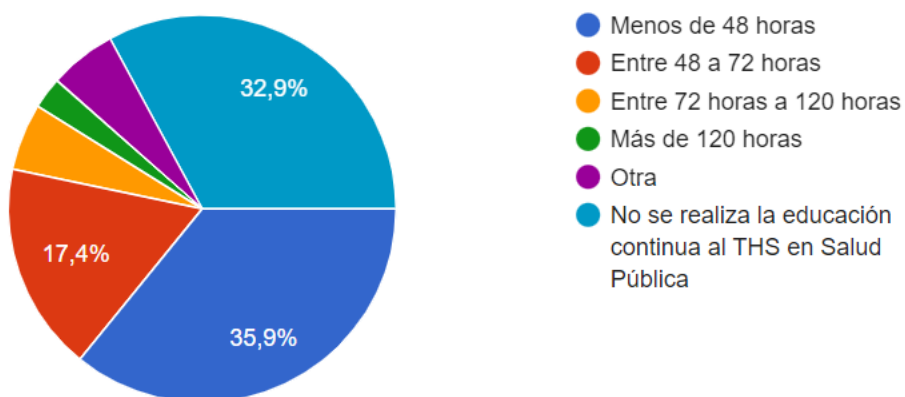
Figura 44. Número de veces que realiza educación continua al TH que planifica, gestiona, ejecuta y evalúa las acciones en salud pública, Colombia 2023



Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta de Caracterización del Talento Humano en Salud para acciones de Salud Pública. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud (2023)

Se visualiza una fluctuación en donde el 35,9 % no realiza este tipo de actividad, mientras que el 2,6 % desarrolla cursos de más de 120 horas, el 5,6 % entre 48 a 120 horas. De acuerdo con la distribución horaria se aprecia que los funcionarios reciben cursos “cortos” en el 35,9 % y cursos tipo diplomado en el 2,6 %. Esto permite suponer que no se dispone de una estructura o lineamiento en educación continua (Figura 45).

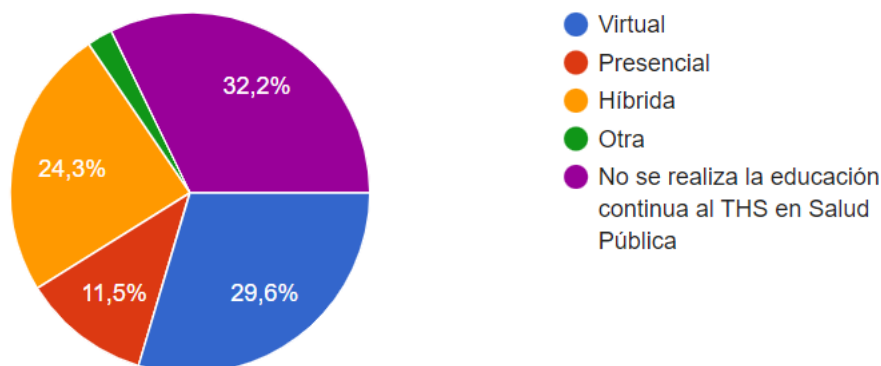
Figura 45. Promedio de número de horas de los cursos de educación continua al TH que planifica, gestiona, ejecuta y evalúa las acciones en salud pública, Colombia 2023



Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta de Caracterización del Talento Humano en Salud para acciones de Salud Pública. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud (2023)

El 29,6 % expresa que los cursos lo han recibido en modalidad virtual, 24,3 % de manera híbrida y 11,5 % presencial y para el 2,3 % otra modalidad. Con estos hallazgos, se observa escasa utilización de modalidades educativas alternativas (Figura 46).

Figura 46. Modalidad de los cursos de educación continua al TH que planifica, gestiona, ejecuta y evalúa las acciones en salud pública, Colombia 2023



Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta de Caracterización del Talento Humano en Salud para acciones de Salud Pública. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud (2023)

En este sentido, se puede concluir de este ejercicio exploratorio que hubo una diversa participación de las Secretarías Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. La mayoría del TH que tiene asignadas FESP en el marco de la planificación, gestión, ejecución y evaluación de acciones en salud pública son profesionales universitarios, con poca participación de otros perfiles como: técnicos, tecnólogos o profesionales del área ambiental; técnicos, tecnólogos o profesionales del área animal; profesionales de las áreas sociales (antropólogos, sociólogos, entre otros); y agentes comunitarios en salud. Lo cual refleja los perfiles que se contratan en los territorios para el abordaje e intervención de los determinantes sociales de la salud.

De igual forma, la contratación predominante por prestación de servicios limita la garantía y la continuidad de las acciones y de la gestión de la salud pública, favorece la rotación del personal y el bajo compromiso con la gestión, planificación y evaluación de la salud pública, entre otros. La variabilidad salarial y los incentivos reflejan debilidades en la asignación, planificación y gestión de los recursos que afecta de manera negativa el



sostenimiento de las acciones en salud pública. Sumado a lo anterior, la educación continua del TH que planifica gestiona, ejecuta y evalúa las acciones en salud pública refleja debilidades en la organización, poca cualificación que incide en la respuesta integral a las necesidades de las poblaciones y los territorios. Lo anterior refleja lo afirmado por Gloria Molina Marín et al., (2014) en relación con “la fragmentación estructural de las responsabilidades, recursos y actores con competencias asignadas en salud pública, por las dificultades de articulación y cooperación entre actores, por las incoherencias normativas y por los problemas del sistema de información, lo que afecta la capacidad de decisión en la salud pública”. Lo descrito repercute de manera negativa “en el posicionamiento de la salud pública en los territorios, en el desarrollo de la vigilancia en salud pública, toma de decisiones, calidad y eficiencia, implementación de políticas públicas, gestión y control, liderazgo y credibilidad de las instituciones frente a las comunidades”.

Un aspecto que se destacó en el ejercicio exploratorio fue el desconocimiento de algunos actores para el desarrollo de la planificación y gestión del TH en los territorios. En este sentido y teniendo en cuenta lo planteado por Gloria Molina Marín et al., (2014) en relación con la capacidad institucional, se afirmó de “la existencia de limitaciones en el liderazgo y en la capacidad técnica y política de las autoridades para ejercer la gobernabilidad y gobernanza en salud pública, tales como: condiciones laborales del TH vinculado a las políticas y programas en los diferentes niveles, su alta rotación ligada a interferencia clientelista, así como los escasos procesos de planificación”.

2.1.3 Capacidad de la fuerza laboral en Colombia para implementar las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)

Teniendo en cuenta el proceso de caracterización de la fuerza laboral que realiza acciones de salud pública relacionadas con las FESP en Colombia realizado por la Asociación Colombiana de Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud Colombia 2023 (Anexo 8) (Asociación Colombiana de Salud Pública & Organización Panamericana de la Salud, 2023b), definieron la ejecución de subfunciones por ocupación en tres grandes grupos para el país:

Tabla 9. Fuerza laboral en salud pública para la implementación de las FESP, Colombia 2023

Grupo 1: Personal básico de salud pública	Grupo 2: Trabajadores de la salud y asistenciales que desempeñan una o más funciones de salud pública	Grupo 3: Personal de otras ocupaciones relacionadas
1. Directores y gerentes generales 2. Directores y gerentes de servicios de salud 3. Epidemiólogo 4. Profesores de instituciones de educación superior	1. Médico 2. Enfermero 3. Odontólogo 4. Fisioterapeuta 5. Nutricionista 6. Psicólogo 7. Veterinario 8. Médico tradicional 9. Auxiliar 10. Técnico de laboratorio	1. Paramédicos 2. Técnicos en prevención, gestión y control ambiental 3. Técnicos en atención prehospitalaria 4. Bomberos 5. Agentes de tránsito

Fuente: Asociación Colombiana de Salud Pública, & Organización Panamericana de la Salud. (2023b). Capacidad de la fuerza laboral en Colombia para implementar las Funciones Esenciales de Salud Pública. Asociación Colombiana de Salud Pública.

Lo anterior, permitió identificar que del Grupo 1:

- Directores y gerentes generales: NO realizan las subfunciones: 1.1 (Desarrollar, supervisar, evaluar y fortalecer la vigilancia de la morbilidad y los sistemas de información sanitaria (incluida la interfuncionalidad), 4.2 (Garantizar un liderazgo, procesos de toma de decisiones y estructuras de gobierno éticos y basados en la evidencia), y 7.2 (Supervisar y evaluar el acceso y el uso de medicamentos esenciales y tecnologías y productos de la salud).
- Directores y gerentes de servicios de salud y epidemiólogos: realizan todas las subfunciones priorizadas en porcentajes iguales y superiores a 25 %.
- Los profesores de instituciones de educación superior la subfunción que menos ejecutan es la 7.2 (Supervisar y evaluar el acceso y el uso de medicamentos esenciales y tecnologías y productos de la salud).

Del Grupo 2:

- Los que más ejecutan subfunciones son nutricionistas, veterinarios y médico tradicionales.
- Los médicos, fisioterapeutas y técnicos de laboratorio informaron la más baja ejecución de las subfunciones.
- Las subfunciones de más baja ejecución son la 6.3 (Garantizar que el personal de salud pública sea apropiado en cuanto a su tamaño,



distribución y calificación para satisfacer las necesidades de salud de la población) y 8.4 (Garantizar una financiación sostenible e integrada para la salud pública).

Del Grupo 3:

- Paramédicos NO realizan 13 de las subfunciones priorizadas.
- Técnicos en prevención, gestión y control ambiental NO ejecutan la 3.3.
- Técnicos en atención prehospitalaria NO realizan 15 de las subfunciones priorizadas.
- Bomberos y agentes de tránsito fueron las que reportaron la mayor ejecución de las subfunciones.

De esta forma, se destaca que dentro de las conclusiones planteadas en la caracterización la fuerza laboral en Colombia para el desarrollo de las FESP la mayoría concentra sus acciones en la 9.1: Llevar a cabo la prevención de enfermedades primarias, secundarias y terciarias haciendo hincapié en la equidad; y la que tiene mayor dedicación de tiempo es la 9.4: Garantizar la prestación de servicios sociales y de salud de buena calidad para atender las necesidades de salud de la población. Así mismo, este proceso de caracterización hizo visible el poco desarrollo que se realiza en las subfunciones priorizadas para la FEPS 6: 6.1: definir y desarrollar las competencias y habilidades del personal de salud pública, y 6.2: garantizar que el personal de salud pública sea apropiado en cuanto a su tamaño, distribución y calificación para satisfacer las necesidades de salud de la población.

En este sentido, los principales desafíos derivados de la caracterización la fuerza laboral en Colombia para el desarrollo de las FESP está relacionados con:

1. En la formación del talento humano en salud en Colombia es prioritario retomar el análisis de competencias en Salud Pública.
2. Los contenidos básicos de Salud Pública deben ser incorporados desde los procesos de formación básica con la perspectiva de curso de vida que permita en su futuro profesional aplicar sus conocimientos de manera integral.
3. Los procesos formales de formación de auxiliares y técnicos deben ser asumidos como una oportunidad para fortalecer la salud pública a nivel nacional.

4. Actualización permanente de los sistemas de información en salud y gestión de los observatorios para contar con datos oportunos, e interoperables para procesos de análisis nacional e internacional.
5. Incorporación de otras ocupaciones que realizan FESP dentro del RETHUS.
6. Revisión de la normatividad nacional en torno a la contratación del talento humano en salud.
7. Dinamizar la política pública del talento humano en salud ajustada a las necesidades de cada territorio mediante mecanismos participativos de los actores académicos, sociales e institucionales en favor del fortalecimiento de los procesos de formación, educación continua, vinculación en condiciones dignas que garanticen la estabilidad laboral y la realización del talento humano en salud para satisfacer las necesidades de salud de la población en sus territorios.
8. Para las ocupaciones del grupo 3 analizadas en este estudio y para las no incluidas es necesario realizar procesos de capacitación continua sobre los fundamentos y su rol en salud pública.
9. La composición de la gobernanza y la autoridad sanitaria debe ser normatizada como estrategia para el cumplimiento de las funciones en salud según el nivel y categoría de los Municipios.
10. Se requiere incentivar la conciencia del recurso humano en salud y de los ciudadanos en general sobre la adopción de una cultura de protección de la vida para fortalecer el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública como medida de autorresponsabilidad y autocuidado.

2.1.4 Evaluación de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP): Desarrollo de Recursos Humanos para la salud, Colombia 2023

Teniendo en cuenta el proceso de evaluación del desarrollo de la FSEP relacionada con Recursos Humanos en Salud para Colombia realizado por la Asociación Colombiana de Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud Colombia (Anexo 9) (Asociación Colombiana de Salud Pública & Organización Panamericana de la Salud, 2023c), se incluyó lo relacionado con:

- La ejecución de políticas, reglamentos e intervenciones relacionados con la capacitación, el empleo y las condiciones de trabajo.
- La movilidad interna y externa, y la reglamentación de la educación.
- La práctica profesional, así como la distribución de los recursos humanos para la salud pública.

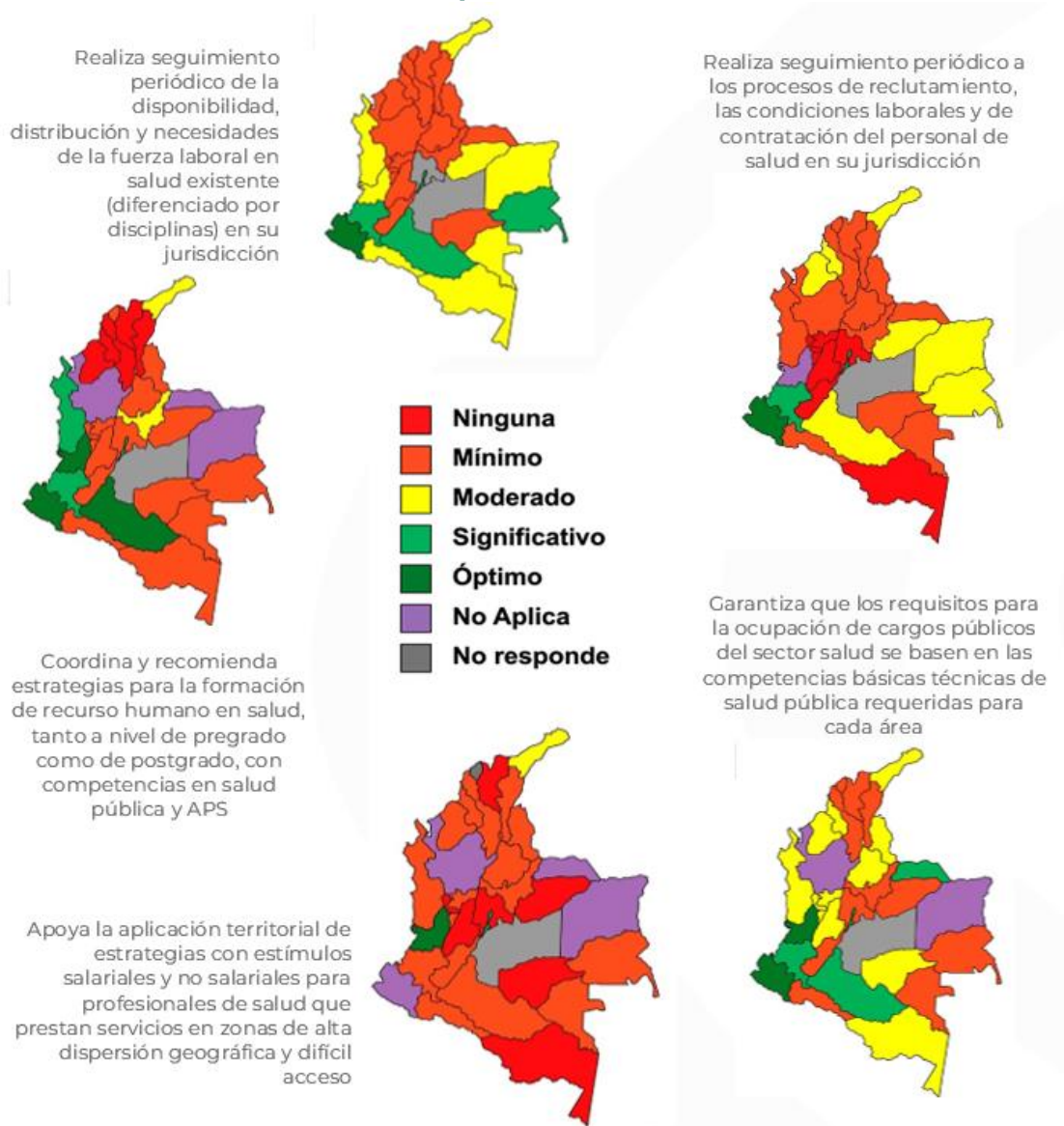


De igual forma, para América Latina y el Caribe la Organización Panamericana de la Salud se establecieron tres líneas de acción en el marco de la Estrategia de Recursos Humanos para la Salud Universal:

1. Fortalecer y consolidar la gobernanza y rectoría de los recursos humanos para la salud.
2. Desarrollar condiciones y capacidades para ampliar el acceso y la cobertura de salud con equidad y calidad.
3. Concertar con el sector educativo para dar respuesta a las necesidades de los sistemas de salud en transformación hacia la salud universal.

En este sentido, la Asociación Colombiana de Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud Colombia definió una metodología que le permitió hacer la evaluación de la FESP de recursos humanos para la salud e identificó que en la mayoría de los departamentos del país se concentra en las categorías de Ninguno, Mínimo y Moderado el desarrollo de dichas funciones (Figura 46).

Figura 47. Evaluación de la Función Esencial de Salud Pública: Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud, Colombia 2023



Fuente: Asociación Colombiana de Salud Pública, & Organización Panamericana de la Salud). Evaluación FESP Desarrollo de Recursos Humanos para la salud. Colombia 2023. Asociación Colombiana de Salud Pública



Por consiguiente, las líneas estratégicas que se plantean a partir de la evaluación descrita están relacionadas con:

- Avanzar en la consolidación de la Política Nacional del Talento Humano socializada e implementada con el concurso y apoyo estratégico de todos los actores del sistema de salud.
- Acelerar la transformación del modelo de atención preventivo, predictivo y resolutivo, en el marco de la apertura de redes integradas de servicios de salud en los territorios basado en la estrategia de atención primaria de la salud.
- Establecer procesos coherentes de cambio en los contratos orientados a la dignificación del recurso humano y logro de resultados en salud pública.
- Proteger con énfasis y con recursos específicos la reducción de inequidades en territorios urbanos y rurales que afectan grupos específicos, comunidades y familias, incorporando respuestas y soluciones innovadoras.
- Fortalecer la propuesta de alianza académica nacional para abrir territorios-escuela con sistematización de lecciones aprendidas.

2.2 Problematicación de la gobernabilidad y gobernanza del talento humano en salud

En el marco de los talleres regionales realizados en la Fase de Formulación de la Política Pública Intersectorial del Talento Humano en Salud (THS), se desarrollaron reuniones virtuales con los secretarios Departamentales y Distritales de Salud para desarrollar un diálogo en torno a las dimensiones definidas en la línea estratégica de gobernabilidad y gobernanza del THS: 1) proceso de planeamiento estratégico, 2) proceso de organización de proceso de trabajo, 3) proceso de dirección, conducción y rectoría del THS y 4) monitoreo de los procesos y evaluación de resultados (Anexo 6).

Así mismo, en el Anexo 7 se describen los problemas identificados para cada una de las dimensiones de gobernabilidad y gobernanza del talento humano en salud (THS). De esta forma, con base en el listado de problemas para las cuatro dimensiones de la línea estratégica de gobernabilidad y gobernanza del THS, se realizó la agrupación de los problemas en cada una de las dimensiones que hacen parte del árbol de problemas generado para el país (Cuadro 3).

Cuadro 3. Agrupación de los problemas por cada dimensión de la línea estratégica de gobernabilidad y gobernanza, formulación de la política pública intersectorial del talento humano en salud, Colombia, 2023

Proceso de planeamiento estratégico	El proceso de planificación estratégica de la disponibilidad, distribución, formación y condiciones de empleo y trabajo del THS no ha respondido a las necesidades de salud de la población, por lo que se percibe que los servicios y cuidados de salud son de baja calidad con poca aceptabilidad, desarticulado de los actores y sectores del territorio, sin la identificación e implementación de estrategias para la regulación de los mercados de educación y salud, y precarización laboral en el sector
Proceso de organización de proceso de trabajo	Carencia de procesos organizacionales del THS a nivel nacional e inexistencia de una estructura organizacional del THS en el nivel departamental que limita la gestión estratégica del THS teniendo en cuenta las realidades y necesidades de las poblaciones, por lo que debilita la capacidad de respuesta del sistema de salud
Proceso de dirección, Conducción y rectoría	Liderazgo ineficaz de la autoridad sanitaria para la gestión de políticas públicas en función del cierre progresivo de las brechas identificadas en el THS, articulando parcialmente los distintos objetivos de los actores y sectores en función de los objetivos del sistema de salud
Monitoreo de los procesos y evaluación de resultados	Los procesos de control gerencial (monitoreo de procesos, evaluación de resultados y asistencia técnica de los equipos responsables) para la implementación de la política de THS son débiles, fragmentados y carecen de indicadores de seguimiento con respecto a los resultados en salud

Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta de Caracterización del Talento Humano en Salud para acciones de Salud Pública. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud (2023).

2.3 Avances de la evaluación de capacidades de gobernanza de las autoridades territoriales de salud

A partir del proceso de evaluación de las capacidades de las autoridades de salud para el ejercicio de sus Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) en Colombia realizado por la Asociación Colombiana de Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud Colombia (Anexos 8 y 9) (Asociación Colombiana de Salud Pública & Organización Panamericana de la Salud, 2023a), se identificó en las Regiones Caribe e Insular, Central, Orinoquía y Amazonía que la mayoría de las FESP se encuentran en las categorías de Ninguna, Mínimo, en especial para lo relacionado con:

- Realiza seguimiento periódico de la disponibilidad
- Realiza seguimiento periódico a los procesos de reclutamiento
- Garantiza que los requisitos para la ocupación de cargos
- Coordina y recomienda estrategias
- Apoya la aplicación territorial



Con base en lo anterior, se plantea la necesidad de desarrollar un trabajo situado en cada territorio, orientado por las autoridades departamentales con sus equipos de planeación en salud pública. Entre los objetivos postulados para el cierre de brechas se encuentran, entre otros:

- **Promover alianzas con Escuelas de Gobierno** que faciliten la incidencia del sector en el desarrollo de acuerdos políticos para la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de planes, programas y proyectos fundamentados en la estrategia de Atención Primaria en Salud integral articulados al plan decenal de salud pública, a los planes nacionales y territoriales de desarrollo y al manejo transparente de los recursos que permitan la transformación de la situación de salud y sus determinantes como política de Estado.
- **Fortalecer las capacidades del talento humano** de los departamentos para realizar sus análisis de situación de salud evidenciando por zonas o microrregiones las realidades que determinan su situación de salud y el análisis de inequidades con el apoyo de los diferentes sectores del desarrollo para entregar soluciones concretas a las realidades encontradas.
- **Fortalecer la capacidad, suficiencia y estabilidad del talento humano** de los departamentos para la vigilancia epidemiológica, la actuación en tiempo real en conexión entre los gestores sanitarios, la academia y las comunidades con información disponible y relacionada con las variables sociales y ambientales que determinan los eventos de interés en salud pública.
- **Integrar políticas, espacios colegiados, fuentes de recursos e intervenciones** en favor de la acción intersectorial por la salud en los niveles nacional, departamental, subregional y local que permitan fortalecer la protección social integral e impactar las realidades que determinan la situación de salud de las poblaciones.
- **Avanzar en la implementación de las políticas públicas** que promueven la salud en los territorios mediante la articulación de planes y recursos intersectoriales que faciliten la transformación de los determinantes sociales, ambientales, culturales y políticos que inciden en los resultados en salud
- **Implementar la política pública del talento humano en salud** ajustada a las necesidades de cada territorio mediante mecanismos participativos de los actores académicos, sociales e institucionales en favor del fortalecimiento de los procesos de formación, educación continua, vinculación en condiciones dignas que garanticen la



estabilidad laboral y la realización del talento humano en salud para satisfacer las necesidades de salud de la población en sus territorios.

2.4 Problematicación de la situación del talento humano en salud por regiones del país

Teniendo en cuenta los talleres regionales desarrollados en la Fase de Formulación de la Política Pública del Talento Humano en Salud y de acuerdo con la metodología definida para la problematicación del Talento Humano en Salud en las siguientes dimensiones: cobertura, morbilidad, mortalidad y calidad de la atención en salud, disponibilidad, distribución, formación, formación permanente y entrenamiento avanzado y las condiciones de empleo y trabajo. Se esbozaron los árboles de problemas de cada una de las regiones que aportaron en la construcción del árbol del país.

Las mesas de trabajo fueron realizadas en los talleres regionales (Caribe, Eje cafetero, Centro Andina, Pacífico, Orinoquia y Amazonía y Bogotá), los cuales tuvieron dos momentos. El primer momento se relacionó con la problematicación que permitió la consolidación de los árboles de problemas por regiones, y el segundo momento, conllevó a la construcción de los árboles de objetivos por regiones.

La primera ronda de Talleres tuvo como finalidad fue la problematicación de los nodos críticos relacionados con Sistema de Salud del País y el Talento Humano en Salud. Para ello, se realizó un marco introductorio con las orientaciones internacionales definidas en los países que han formulado, implementado y evaluado políticas del Talento Humano en Salud y su relevancia para el logro de la cobertura universal, de la reducción de la carga de la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitable, así como la satisfacción del paciente en relación con la calidad de la atención. Se contó con un total de participantes de 1.059 personas.

La segunda ronda de Talleres tuvo como finalidad fue la validación del árbol de problemas construido en el primer taller y plantear el árbol de objetivos (finalidad, propósito, resultados y acciones generales), así como el análisis de los actores involucrados (reconocimiento, clasificación y valoración de acuerdo con la expectativa y la capacidad de incidencia en la formulación, implementación, seguimiento, monitoreo y evaluación). Se contó con un total de participantes de 1.330 personas.



En el Anexo 10 se describen los árboles de problemas de las regiones Amazonía y Orinoquía, Pacífica, Centro Andina, Eje Cafetero, Caribe y Bogotá.

3. Análisis de la mortalidad en el Talento Humano en Salud (THS)

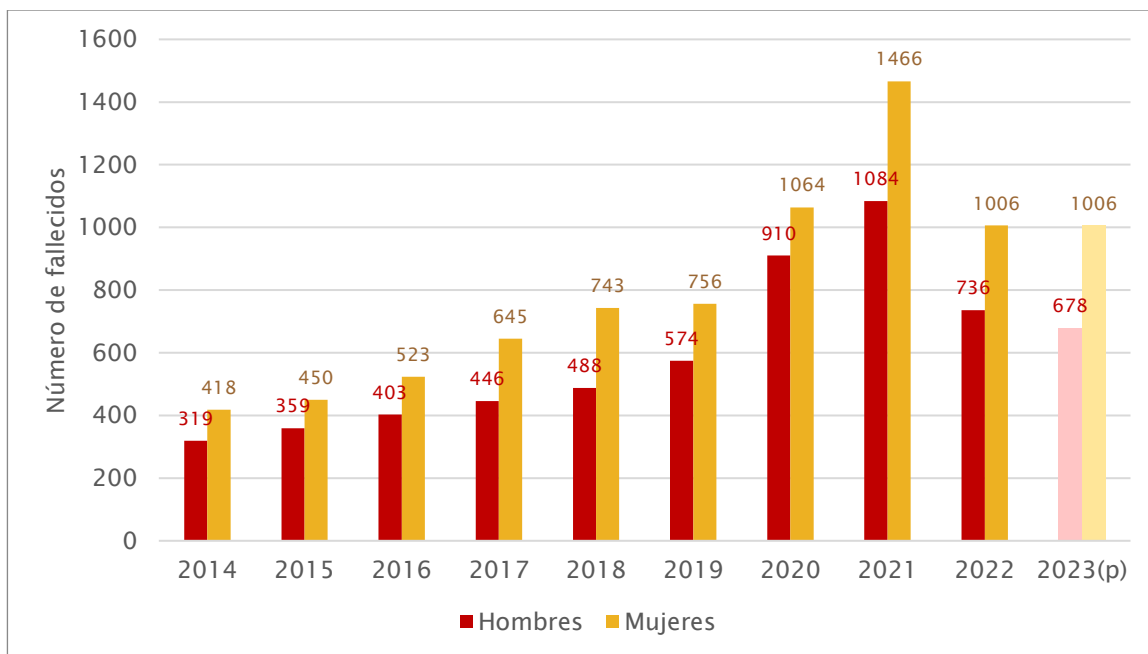
El análisis de la mortalidad del Talento Humano en Salud es un factor clave para desarrollar estrategias que mejoren la eficacia de los sistemas de salud y su capacidad de respuesta. Esto se debe a que el Talento Humano en Salud es el componente más importante de todos los modelos de atención en salud, y sus afecciones pueden impactar directamente en la calidad y seguridad de los servicios prestados (Shin Y, Kim UJ, Lee HA, Choi EJ, Park HJ, Ahn HS, Park H. 2022). Adicional, crisis recientes como la pandemia de COVID-19 han evidenciado la importancia de la salud integral del Talento Humano en Salud para asegurar la resiliencia del sistema frente a situaciones adversas (Amanullah S, Ramesh Shankar R.2020).

En forma consecutiva se destaca la importancia de la totalidad de los datos de mortalidad puestos a disposición para una comprensión completa de la situación actual a nivel país, y la necesidad de priorización de los datos que permiten realizar un análisis integral y significativo dentro de la construcción de la política pública del Talento Humano en Salud. Es importante resaltar que es la primera vez que el Observatorio Nacional del Talento Humano en Salud (OTHS) pone a disposición del país datos de esta magnitud.

3.1 Mortalidad General

De acuerdo con el boletín del Observatorio Nacional de mortalidad del Talento Humano en Salud, entre 2014 y 2022 (año más reciente con datos accesibles proporcionados por el Dane) en Colombia se presentaron 12.390 muertes del Talento Humano en Salud, con 1.742 defunciones para el último año. Se observa un descenso en la tasa de mortalidad en 2015 respecto a 2014, seguido de incrementos en los años siguientes, con una marcada alza en 2020 y 2021, probablemente relacionada con la pandemia de COVID-19 (Figura 48).

Figura 48. Mortalidad Talento Humano en Salud Colombia periodo 2014-2022.



Fuente: Cálculos propios con base en ReTHUS, y DANE EEVV 2024

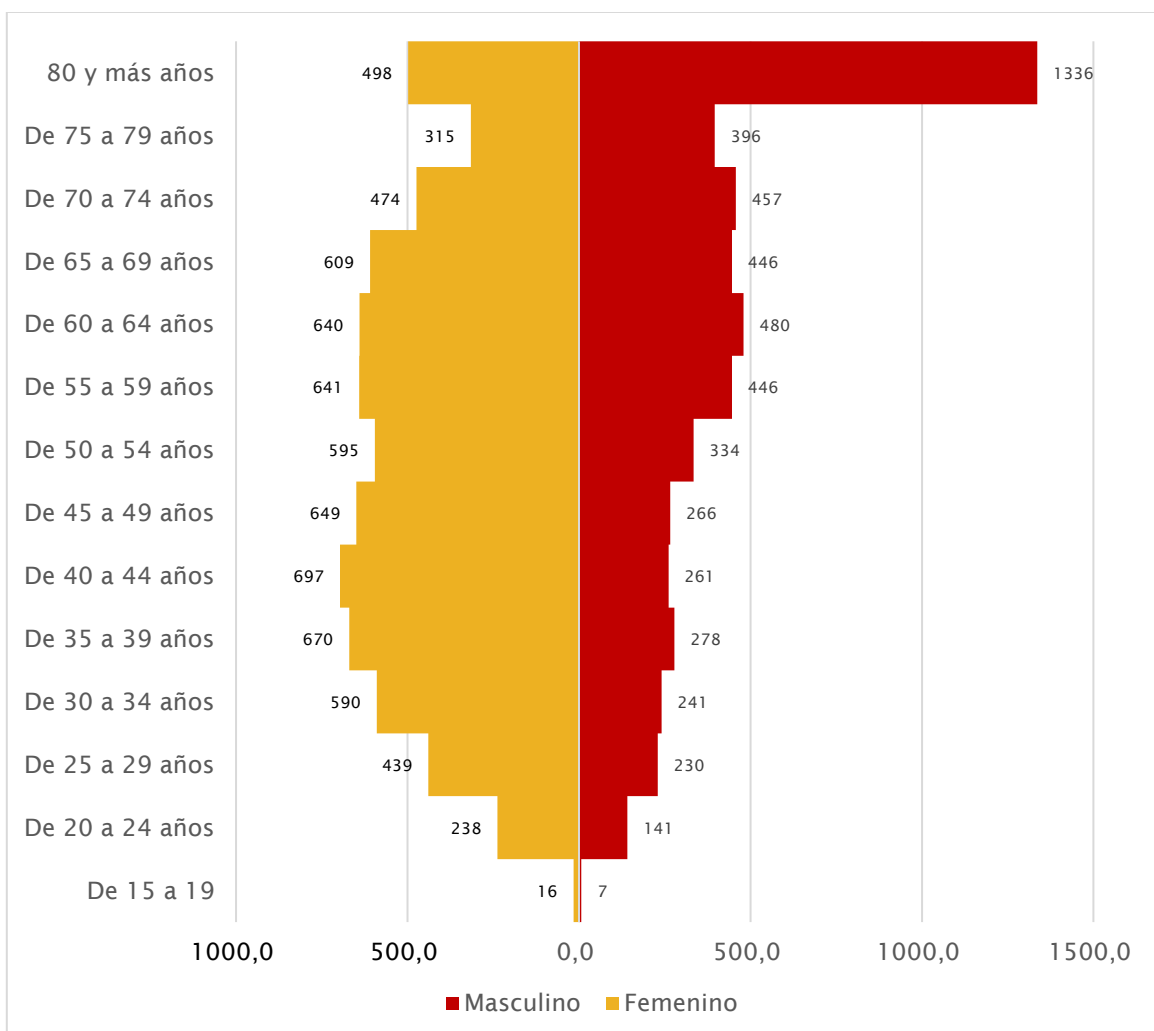
3.1.1 Mortalidad por edad y sexo

La mortalidad en el Talento Humano en Salud (THS) presenta un perfil particular que contrasta con las tendencias observadas en la población general considerando que, en el periodo registrado, fallecieron un total de 7.071 mujeres y 5.319 hombres, evidenciando una mortalidad en edades tempranas de la población femenina en comparación con la mortalidad de la población masculina. Lo anterior difiere de las tasas de mortalidad de la población general donde las mujeres tienen una mayor esperanza de vida que los hombres (según el DANE). Este fenómeno es contraintuitivo y sugiere la existencia de factores específicos de riesgo asociados a esta ocupación, tales como el estrés elevado y la carga de trabajo excesiva.

En cuanto a la mortalidad prematura, definida como la ocurrida en personas de 30 a 70 años, representó el 72,0% (n=5.091 muertes) de los decesos femeninos, mientras que en los hombres esta proporción fue del 51,7% (n=2.752 muertes)

dentro del Total de Hospitalizaciones por Servicios (THS). Las tasas crudas de mortalidad en mujeres en el THS son, en promedio, 4.7 veces más bajas que las de la población general, mientras que en hombres esta diferencia se reduce a 1.8 veces, lo cual indica una mayor diferencia de riesgo relativo entre mujeres (Figura 49).

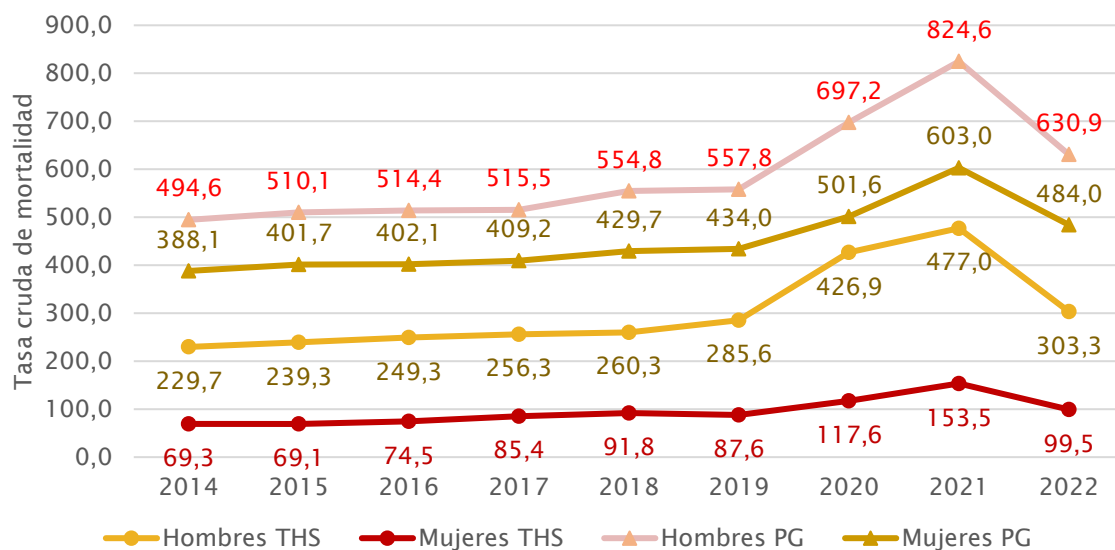
Figura 49. Mortalidad Talento Humano en Salud Colombia periodo 2014-2021 edad y sexo



Fuente: Cálculos propios con base en ReTHUS, y DANE EEVV 2024

Adicionalmente, el promedio de tasas de mortalidad para mujeres en el talento humano en salud (THS) en el período analizado es de 96.8, lo cual indica que las mujeres en este grupo tienen una tasa de mortalidad significativamente menor que la de la población general femenina. En el caso de los hombres, el promedio de tasas es de 334.7, lo que sugiere una brecha menor entre la mortalidad en el THS y la población general masculina en comparación con la brecha observada en mujeres. Aunque el THS presenta tasas de mortalidad más bajas que la población general, esta población es también más joven que el promedio nacional, lo que podría influir en los resultados observados (figura 50).

Figura 50. Mortalidad Talento Humano en Salud Colombia periodo 2014-2021



Fuente: Cálculos propios con base en ReTHUS, y DANE EEV 2024

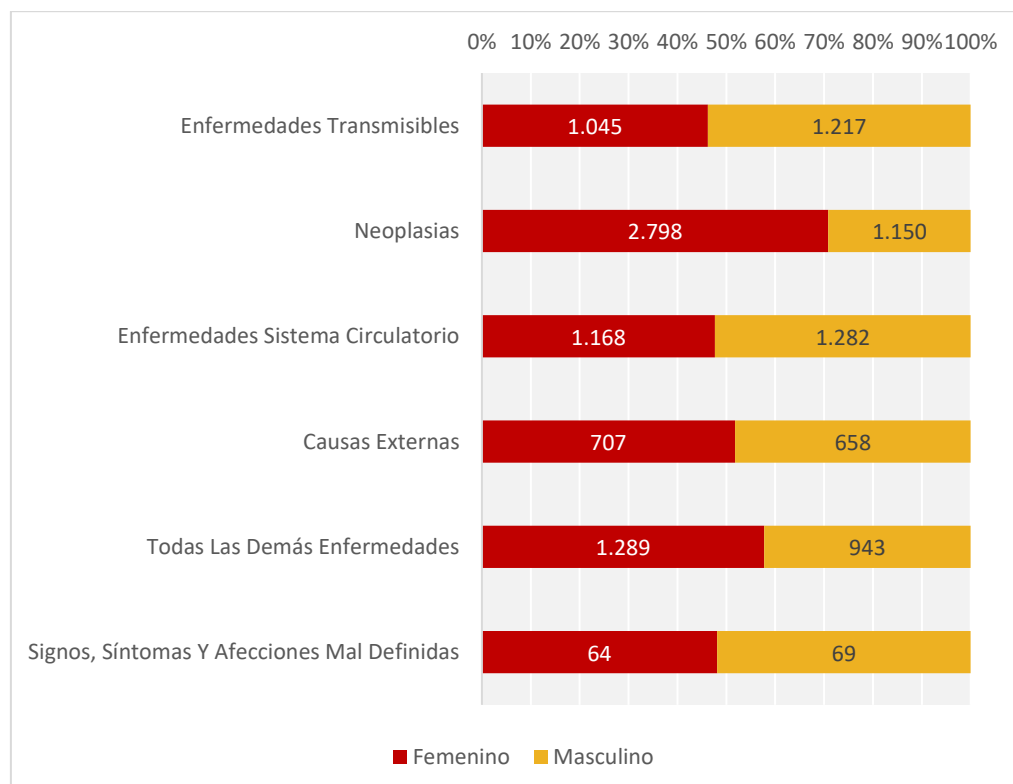
3.2 Causas de mortalidad

La agrupación de causas de mortalidad se lleva a cabo siguiendo las directrices establecidas en la lista 6/67 de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta clasificación permite un análisis sistemático de las diferentes causas que contribuyen a la mortalidad en la población, facilitando la identificación de patrones y tendencias en la salud pública. Al categorizar las causas de muerte de

manera estandarizada, se logra una mejor comprensión de los problemas de salud más relevantes, lo que a su vez ayuda en la formulación de políticas efectivas y en la implementación de estrategias de prevención adecuadas.

Durante el periodo analizado, se registraron un total de 2.262 muertes por enfermedades transmisibles, de las cuales 1.530 (12,7%) fueron atribuidas al COVID-19, seguido por las infecciones respiratorias agudas con 319 muertes (2,6%) y el VIH con 258 muertes (2,1%). En cuanto a las mujeres, la principal causa de mortalidad fue por neoplasias, que representaron el 39,6% de estos decesos (2.798 muertes), seguidas por "todas las demás enfermedades" con un 18,2% (1.289 muertes) y las enfermedades del sistema circulatorio. En los hombres, la mortalidad se concentró principalmente en las enfermedades del sistema circulatorio, con un 24,1% (1.282 muertes), mientras que las enfermedades transmisibles causaron el 22,9% de las muertes masculinas, de las cuales 794 fueron atribuibles al COVID-19. Las neoplasias fueron responsables del 21,6% de los decesos en hombres (1.150 muertes) (Figura 51).

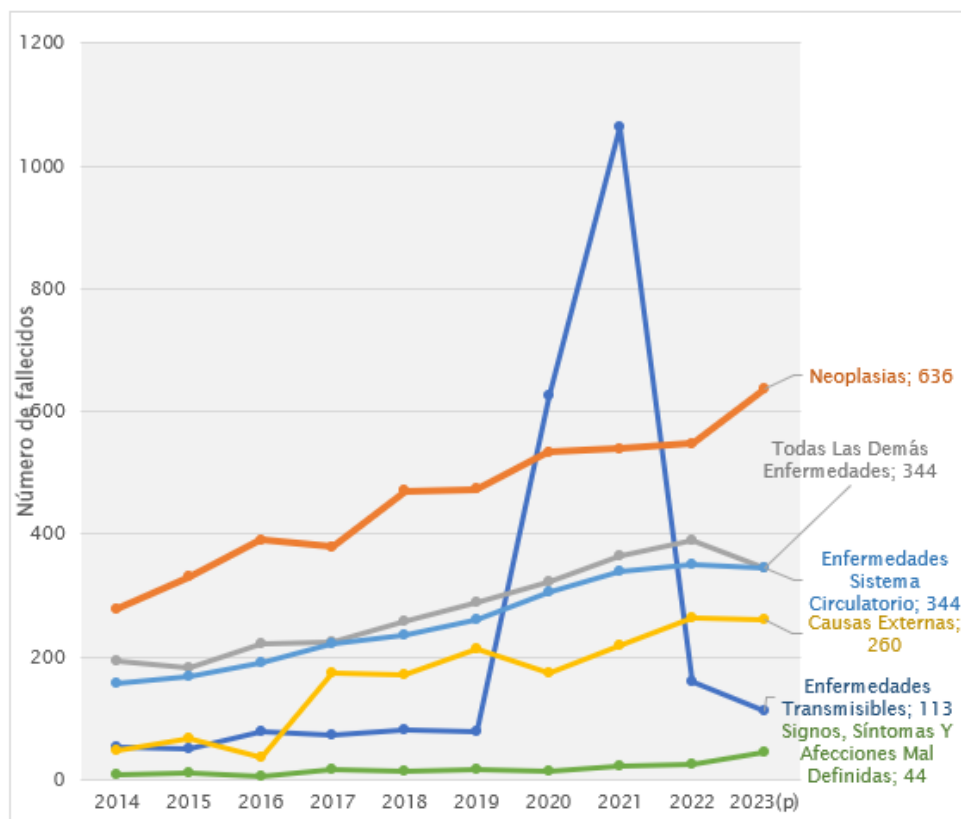
Figura 51. Causas de mortalidad del Talento Humano en Salud Colombia periodo 2014-2021.



Fuente: Cálculos propios con base en ReTHUS, y DANE EEVV 2024

Se observa que las enfermedades transmisibles muestran un patrón irregular, con un pico abrupto en 2021, alcanzando más de 1,000 casos, y una disminución significativa después. Las causas externas y otras enfermedades mantienen una tendencia más estable y moderada, con incrementos leves en el número de fallecidos, en cuanto a las enfermedades transmisibles en 2020 se observa un aumento drástico, alcanzando su punto máximo en 2021 con más de 1,000 casos, relacionado con la pandemia de COVID-19. En contraste, los fallecimientos por signos, síntomas y afecciones mal definidas se mantienen bajos y sin grandes variaciones, cerrando en 44 casos (figura 52).

Figura 52. Causas de mortalidad del Talento Humano en Salud Colombia periodo 2014-2021.



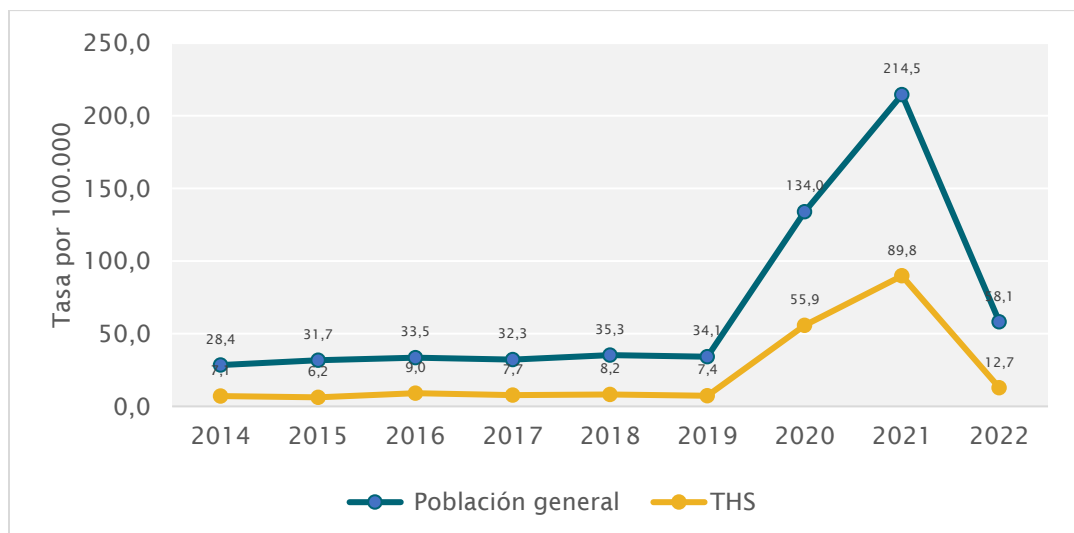
Fuente: Cálculos propios con base en ReTHUS, y DANE EEVV 2024

3.2.1 Mortalidad causas transmisibles

En cuanto a las enfermedades transmisibles y respiratorias, se evidencia un notable aumento en la mortalidad en 2020 y 2021 tanto para población general y Talento humano en Salud, nuevamente relacionado con la pandemia COVID. En la población general, la tasa de mortalidad por VIH se mantuvo alrededor de 4-5 por cada 100,000, lo cual implica un cambio de menos del 10% entre durante el periodo, mientras que en la población THS mostrópicos de hasta un 50% más altos (Figura 53 y 54).

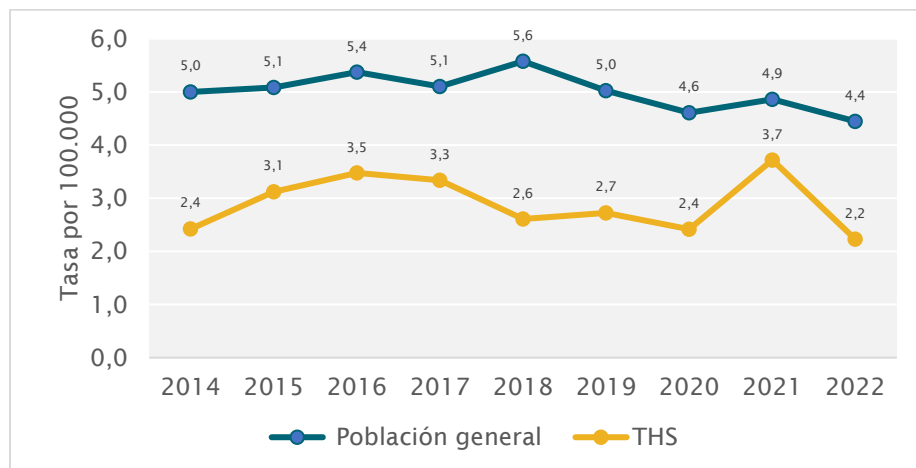
En la población general, la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas osciló entre 15 y 20 por cada 100,000, con un aumento de alrededor del 60% en 2020 y 2021, coincidiendo con los peores años de la pandemia. Para finalizar para la población THS, la mortalidad también aumentó en este periodo, aunque de forma más moderada, con un incremento de aproximadamente el 61% en 2021 respecto a años anteriores (figura 55).

Figura 53. Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles población general y THS.



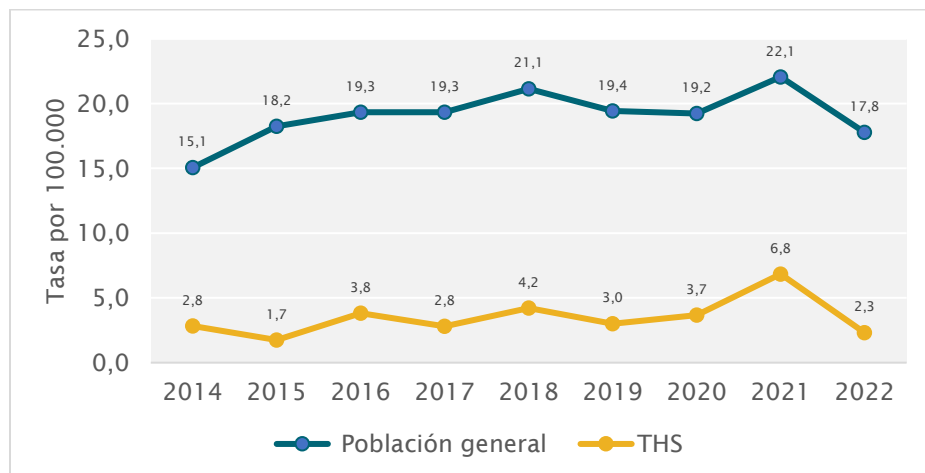
Fuente: Cálculos propios con base en ReTHUS, y DANE EEVV 2024

Figura 54. Tasa de mortalidad por enfermedades por el VIH (sida) población general y THS.



Fuente: Cálculos propios con base en ReTHUS, y DANE EEVV 2024

Figura 55. Tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas población general y THS.

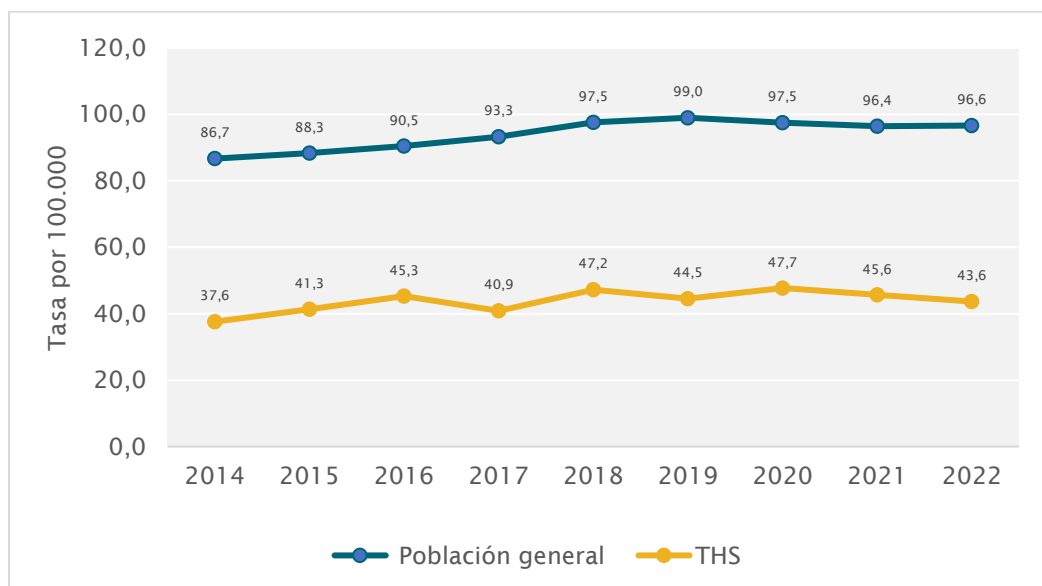


Fuente: Cálculos propios con base en ReTHUS, y DANE EEVV 2024

3.2.2 Mortalidad por Neoplasias

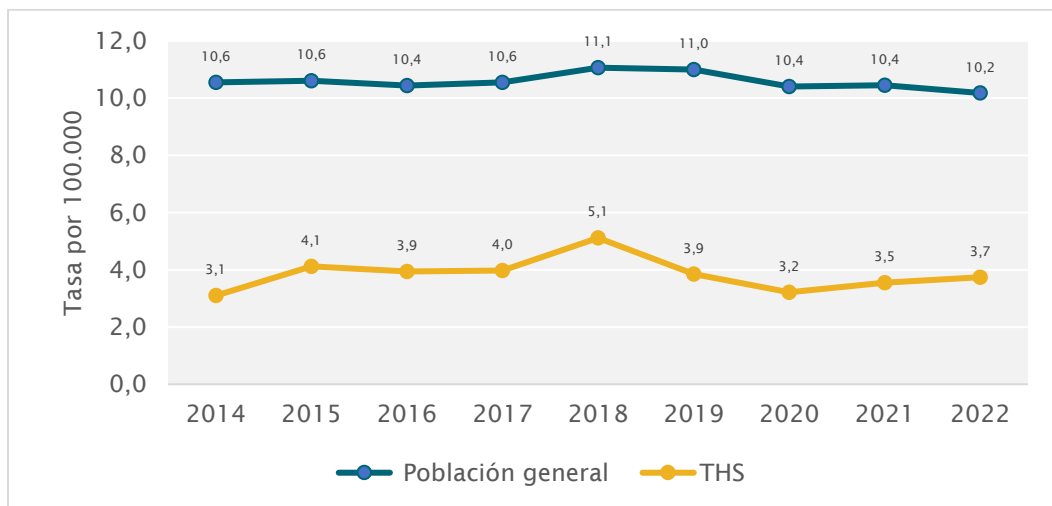
La población general tiene una tasa de mortalidad que ha aumentado ligeramente desde 2014 hasta 2022, con un incremento de alrededor del 10% durante el periodo establecido, mientras que en la población del Talento Humano en Salud la tasa de mortalidad también muestra una tendencia ascendente, pero menor en comparación con la población general. En cuanto al tumor maligno de la próstata, se observa que en la población de THS la tasa alcanzó un pico en 2016, y luego disminuyó en los años posteriores siendo tres veces menor que en la población general. Se observa una tasa mayor de mortalidad por tumor maligno de la mama del THS en algunos años. (figura 56,57,58,59).

Figura 56. Tasa de mortalidad por neoplasias población general y THS.



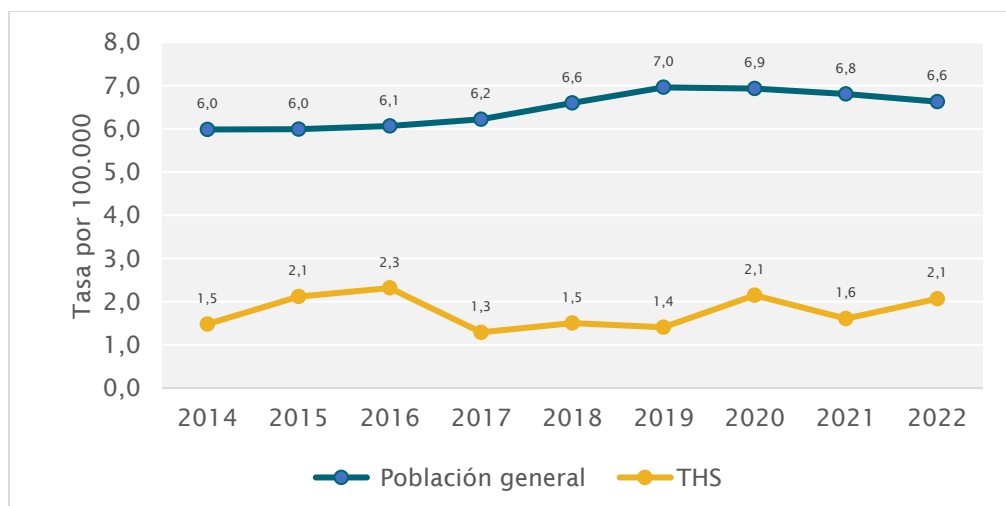
Fuente: Cálculos propios con base en ReTHUS, y DANE EEV 2024

Figura 57. Tasa de mortalidad por tumor maligno del estómago población general y THS.



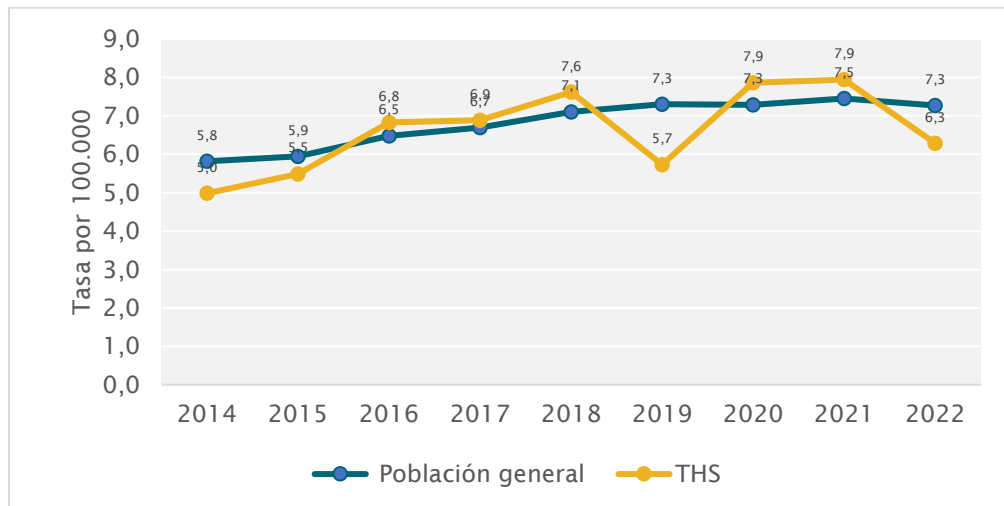
Fuente: Cálculos propios con base en ReTHUS, y DANE EEVV 2024

Figura 58. Tasa de mortalidad por tumor maligno de la próstata población general y THS.



Fuente: Cálculos propios con base en ReTHUS, y DANE EEVV 2024

Figura 59. Tasa de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer población general y THS.



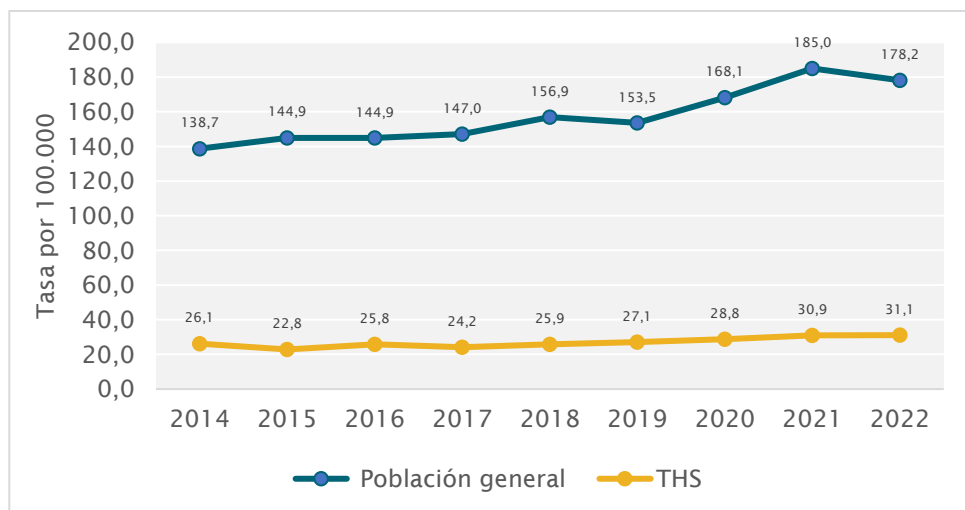
Fuente: Cálculos propios con base en ReTHUS, y DANE EEVV 2024

3.2.3 Mortalidad por enfermedades del Sistema circulatorio

Las tasas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, insuficiencia cardíaca y enfermedades isquémicas del corazón muestran diferencias importantes entre la población general y la población del THS. En general, las tasas de mortalidad en la población general son consistentemente más altas, con promedios de 157.5, 4.3 y 84.4 en el período analizado en cada una de las categorías, respectivamente. Esto implica que la población general tiene en promedio tasas 5.8 veces mayores en enfermedades del sistema circulatorio, 6.9 veces mayores en insuficiencia cardíaca, y 6.3 veces mayores en enfermedades isquémicas del corazón en comparación con la población THS. En este último grupo, las tasas son significativamente más bajas, con promedios en el período analizado de 27.0 en enfermedades del sistema circulatorio, 0.6 en insuficiencia cardíaca y 13.4 en enfermedades isquémicas, lo que sugiere una menor prevalencia general de estas condiciones en este grupo (figura 60, 61, 62, 63).

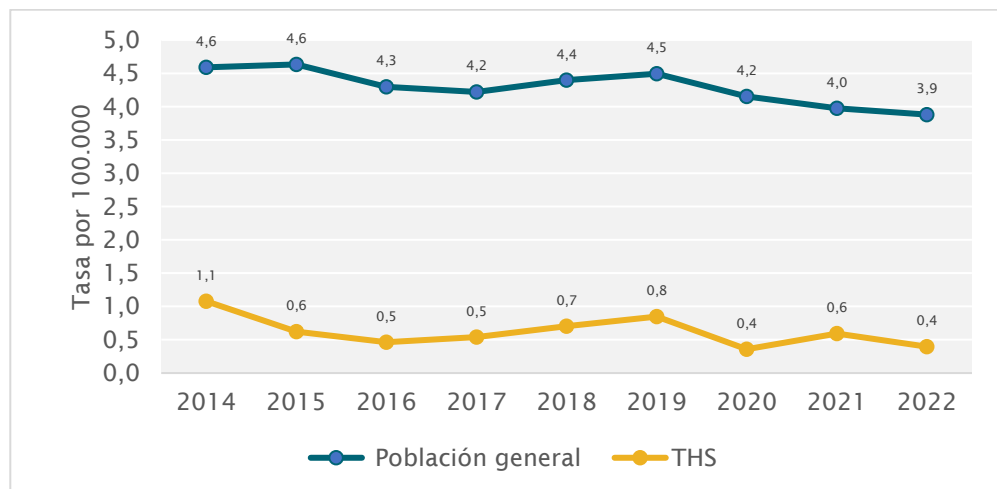
Un análisis de tendencias anuales revela que la insuficiencia cardíaca en la población THS experimenta una disminución promedio del 3.2% anual y en la población general hay una ligera disminución de 2.0%. Esta tendencia contrasta con las enfermedades del sistema circulatorio y las isquémicas, donde ambas poblaciones muestran aumentos (entre 2.5% y 4.2% anuales). Estos hallazgos sugieren que, aunque las tasas actuales de mortalidad son menores en la población THS, el ligero incremento en enfermedades del sistema circulatorio podría ser un riesgo emergente en este grupo, lo que podría indicar la necesidad de estrategias preventivas específicas o una evaluación médica más frecuente para monitorear y controlar el impacto de la THS en la salud cardíaca (figura 60, 61,62,63).

Figura 60. Tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio población general y THS



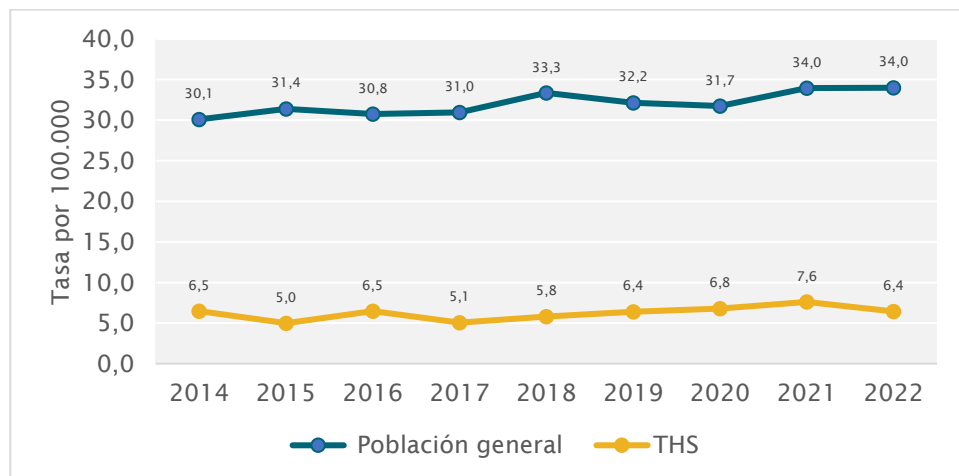
Fuente: Cálculos propios con base en ReTHUS, y DANE EEVV 2024

Figura 61. Tasa de mortalidad por insuficiencia cardiaca población general y THS.



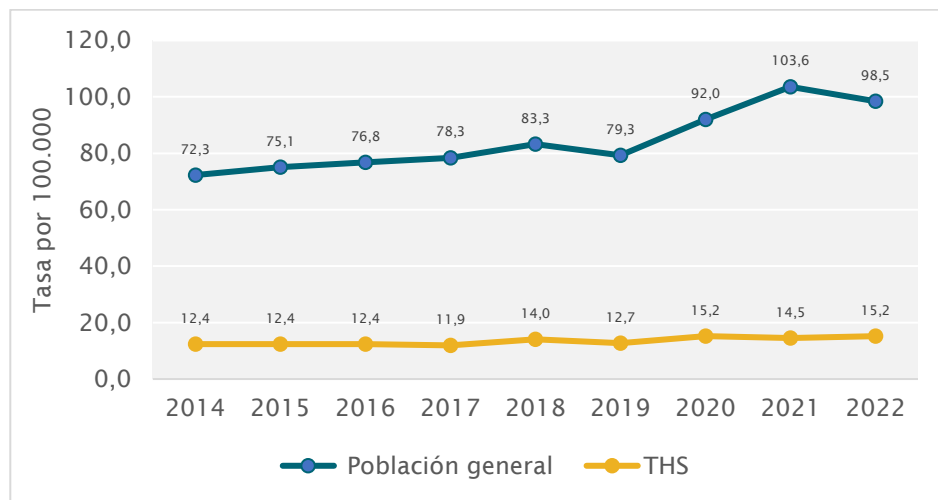
Fuente: Cálculos propios con base en ReTHUS, y DANE EEVV 2024

Figura 62. Tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares población general y THS.



Fuente: Cálculos propios con base en ReTHUS, y DANE EEVV 2024

Figura 63. Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón población general y THS

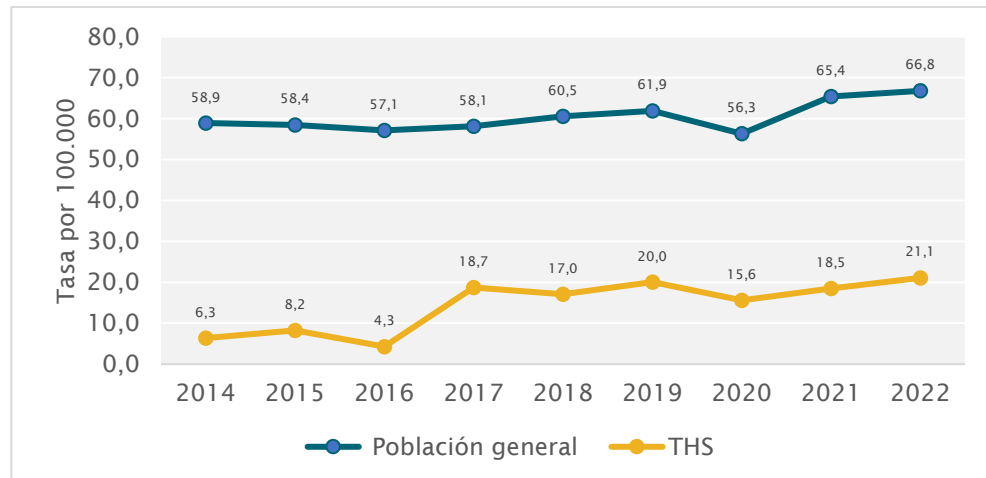


Fuente: Cálculos propios con base en ReTHUS, y DANE EEVV 2024

3.2.4 Mortalidad por causa externa

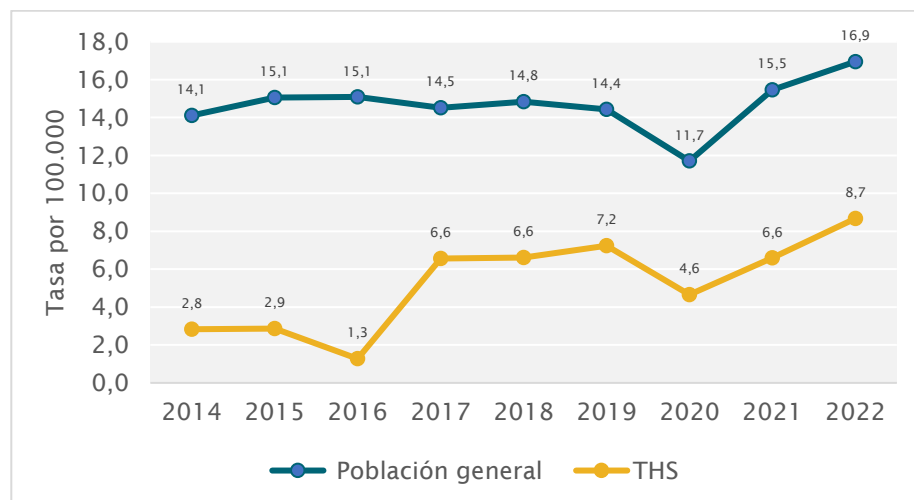
En cuanto a las causas externas, en 2019, la tasa de suicidios de la población THS tuvo su pico más alto, sin embargo, fue menor que de la población general. En el período analizado, la tasa de mortalidad por suicidio de la población en THS es menor que la población general. Referente a los accidentes de tránsito en 2014, la tasa de accidentes de transporte en la población general era casi cinco veces más que en la población THS, esta última mostrando un aumento porcentual considerable en la tasa de mortalidad por accidentes, casi triplicándose desde 2014 a 2022. Para finalizar se evidencia como la población THS ha mostrado más fluctuaciones y las tasas se mantuvieron más bajas que la población general (figura 64, 65, 66, 67).

Figura 64. Tasa de mortalidad por causa externa población general y THS.



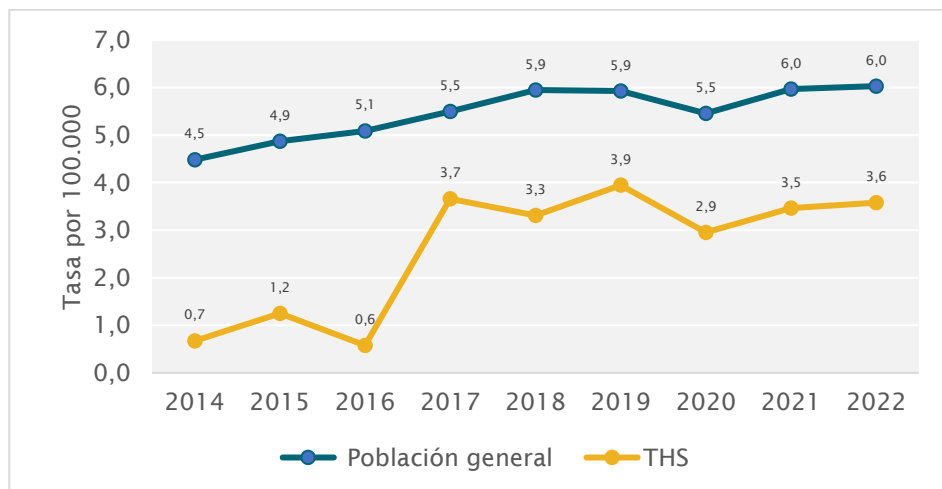
Fuente: Cálculos propios con base en ReTHUS, y DANE EEVV 2024

Figura 65. Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre población general y THS.



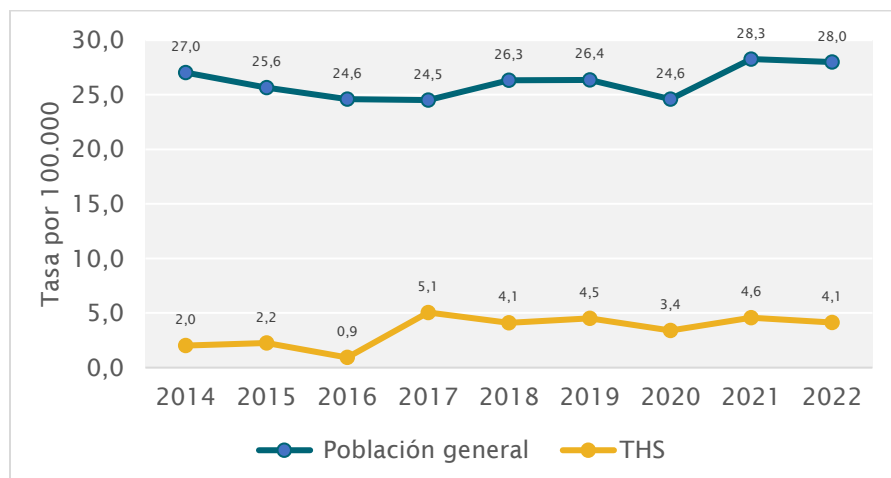
Fuente: Cálculos propios con base en ReTHUS, y DANE EEVV 2024

Figura 66. Tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio) población general y THS.



Fuente: Cálculos propios con base en ReTHUS, y DANE EEVV 2024

Figura 67. Tasa de mortalidad por agresiones (Homicidio) población general y THS.



Fuente: Cálculos propios con base en ReTHUS, y DANE EEVV 2024

4. Recomendaciones para situaciones especiales del Talento Humano en Salud (THS)

Esta sección plantea tres elementos claves para el talento humano en salud en Colombia: 1) educación interprofesional y práctica colaborativa interprofesional, 2) seguridad del talento humano en salud en el marco de actos violentos contra la misión médica y 3) la promoción de la salud mental en el talento humano en salud.

Es importante mencionar que la educación interprofesional se define como una estrategia para el desarrollo de trabajo colaborativo que contribuye a la articulación de los perfiles de los equipos de salud con mejores resultados en salud. clave para promover la salud mental y prevenir eventos violentos hacia la misión médica. En este sentido, la práctica colaborativa interprofesional permite la comprensión mutua entre los diferentes técnicos, tecnólogos y profesionales de la salud que fortalece la capacidad para abordar de manera integral los desafíos que enfrentan.

De manera complementaria, es una necesidad actual para el país definir recomendaciones en el marco de la implementación de la Política Pública Intersectorial del Talento Humano en Salud y otras Políticas Públicas del sector salud para la promoción de la salud mental del personal de salud, a través de programas de apoyo psicológico y estrategias de autocuidado, contribuye a mejorar su bienestar y su desempeño, lo que a su vez se refleja en una atención de mayor calidad y seguridad para los pacientes; sumado a la prevención, detección temprana y atención integral a situaciones de estrés y exposición a diferentes formas de violencia en el talento humano en salud.

4.1 Desarrollo de la Educación Interprofesional (EIP) y Trabajo Colaborativo Interprofesional (TCI)

La educación interprofesional (EIP) es el soporte de una práctica colaborativa interprofesional (PCI) eficaz para fortalecer la atención en salud y asegurar las funciones esenciales de la salud pública de acuerdo con las necesidades de las personas, familias y comunidades. La EIP se define como *“el proceso por el cual un grupo de estudiantes de dos o más profesiones aprenden sobre, de y con el otro para alcanzar una colaboración efectiva y mejorar los resultados en salud”*



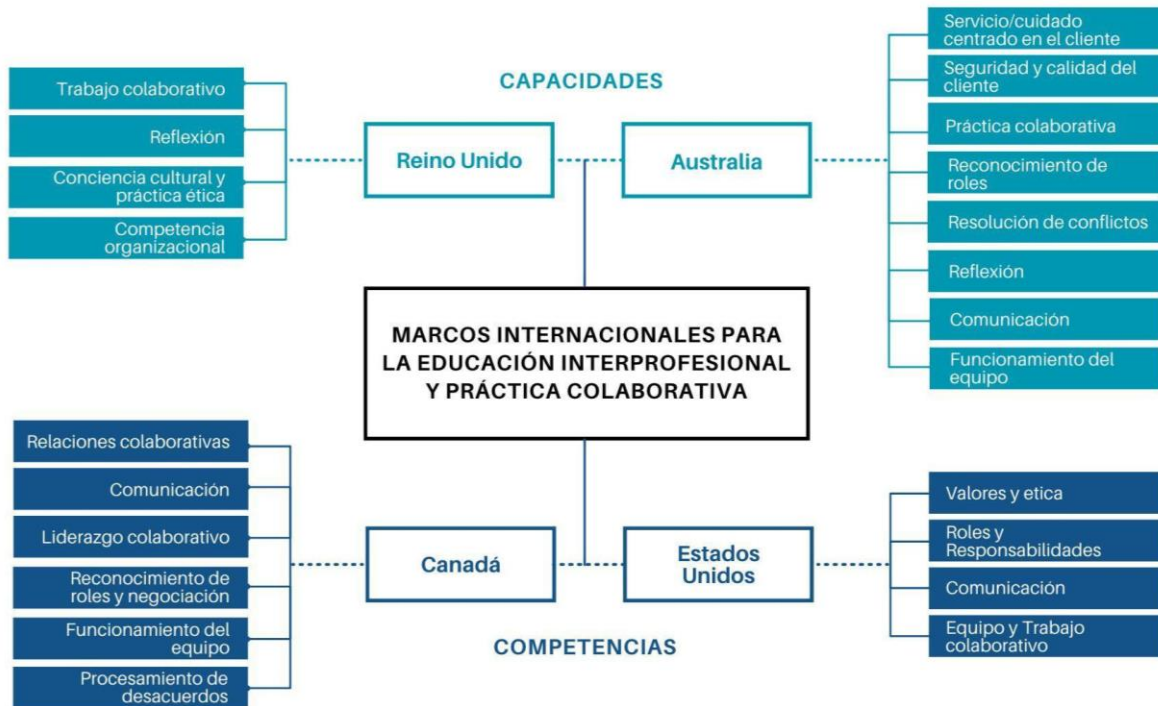
(Barr, 2002). A nivel internacional la estrategia de EIP se configura como una forma de garantizar el acceso equitativo a servicios de salud de calidad para todas las personas, y es uno de los pilares claves de las estrategias de Atención Primaria en Salud (Organización Panamericana de la Salud, 1978), Acceso universal y Cobertura universal de salud (Organización Mundial de la Salud, 2014) y la estrategia mundial de Recursos Humanos para la Salud: personal sanitario 2030 (Organización Mundial de la Salud, 2016).

La EIP proyecta la ruta para que el talento humano en salud provea servicios integrales y centrados en las personas, para ofertar un servicio de la más alta calidad. El objetivo de la transformación de la atención en salud mediante el fortalecimiento de la EIP-PCI se enfoca en la quíntuple meta en salud que busca mejorar los resultados sanitarios, la experiencia individual y colectiva de la atención en salud, el uso de recursos, la experiencia laboral y, principalmente, la equidad en salud (Farrell et al., 2023). Para esto es necesario crear ambientes de aprendizaje interprofesionales que puedan trascender hacia una práctica colaborativa efectiva. En este capítulo se presentan las orientaciones generales para que la formación a nivel de pregrado, posgrado, técnica y tecnológica, así como los escenarios donde se desarrolla el ejercicio laboral del talento humano en salud, incorporen estrategias EIP-PCI para proveer un personal sanitario con mayor capacidad resolutoria frente a las necesidades de salud de la sociedad.

En este sentido, el marco internacional de la EIP-PCI requiere que el talento humano en salud este formado para trabajar como un equipo experto capaz de enfrentar los nuevos desafíos que resultan de una mayor complejidad de los problemas de salud. Ninguna profesión por sí misma está en la capacidad de suplir todas las necesidades de salud de las personas, sin embargo, mediante la experticia integrada de los miembros de un equipo interprofesional se puede asegurar la satisfacción de las necesidades en la prestación del servicio de salud (Walsh et al., 2005).

A nivel internacional, se reconocen cuatro marcos de referencia que orientan la introducción de la EIP en los programas académicos, informando el currículo para alinear los objetivos, actividades y evaluación de los aprendizajes (Figura 10). Estos marcos de referencia pueden considerarse como guías para la implementación de estrategias de enseñanza-aprendizaje constructivistas que promueven la significación desde la experiencia de los estudiantes.

Figura 68. Dominios propuestos en los principales marcos de referencia internacionales para la orientación de estrategias de educación interprofesional y práctica colaborativa



Fuente: Red Nacional de Educación Interprofesional y Trabajo Colaborativo Interprofesional (EIP-TCI), 2023

El marco propuesto por el Reino (Walsh et al., 2005), se centra en el desarrollo de capacidades para trabajar colaborativamente con otros profesionales, un aspecto clave en la práctica de la salud y el trabajo social, así como en todas las disciplinas que prestan servicios a las personas. En este marco, se prefiere el término capacidades porque supone que su desarrollo es permanente y es una continuación del aprendizaje. Los cuatro dominios incluidos allí son: el trabajo colaborativo, la reflexión, la conciencia cultural y práctica ética y la competencia organizacional.

En concordancia con lo anterior, la Universidad de Curtin en Australia (Curtin University, 2011) propone también un marco de capacidades, con tres elementos centrales: un servicio centrado en el cliente (individuo, familia o comunidad), la seguridad y calidad de la atención, y la práctica colaborativa. Las capacidades que interactúan para alcanzar los elementos centrales son la comunicación, el



funcionamiento del equipo, el reconocimiento de roles, la resolución de conflictos y la reflexión.

Otros dos marcos relevantes en la formación en EIP-PCI son aquellos desarrollados por el grupo de trabajo de Canadá (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010) y el marco de Estados Unidos (Interprofessional Education Collaborative (IPEC), 2023), ambos desarrollados por un panel de expertos representantes de profesionales de salud, instituciones de educación superior y asociaciones profesionales.

El marco de competencias canadienses se centra en seis dominios de competencias enfocados en la integración de actitudes, comportamientos, valores y juicios necesarios para una práctica colaborativa. Los seis dominios son: relaciones colaborativas centradas en atención/servicio, comunicación del equipo, liderazgo colaborativo, reconocimiento de roles y negociación, funcionamiento del equipo, procesamiento de conflictos en equipo. Por su parte el marco de competencias estadounidense propone cuatro competencias centrales: valores y ética, roles y responsabilidades, comunicación y equipo y trabajo en equipo para alcanzar una práctica colaborativa segura, de alta calidad, accesible y centrada en el cuidado del paciente.

Aunque es necesario continuar avanzando en la medición del impacto de la EIP-PCI, los marcos internacionales ofrecen un punto de partida para la planeación de la formación del talento humano en salud para el desarrollo de los atributos que les permitirán ser miembros efectivos de los equipos expertos interprofesionales. Los marcos de referencia internacionales se convierten en herramientas claves que pueden ser ajustadas para orientar el desarrollo de las capacidades o competencias interprofesionales, de acuerdo con las apuestas institucionales declaradas en los programas a nivel técnico, tecnológico, profesional y posgradual.

Teniendo en cuenta lo descrito anteriormente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone un marco de trabajo que promueve la integración de políticas en educación y en salud para la implementación de los elementos esenciales de educación interprofesional y práctica colaborativa que benefician el propio contexto del sistema de salud. Algunos mecanismos se configuran en el ámbito de la educación profesional, entre estos, se encuentran aquellos relacionados con lo educativo (personal académico, apoyo institucional, resultados de aprendizaje), y otros con lo curricular (contenidos, objetivos compartidos y aprendizaje contextual). Otros mecanismos se configuran en el ámbito de la práctica colaborativa, como lo institucional (modelos de gobernanza, políticas de personal, prácticas administrativas), la cultura del



trabajo (estrategias de comunicación, toma de decisiones compartidas) y lo ambiental (infraestructura). Asimismo, distingue mecanismos relacionados con la prestación de servicios de salud (planeación de capital, remuneración, financiamiento) y la seguridad del paciente (manejo de riesgos, acreditación, regulación, registro profesional) (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Diversos autores han sintetizado la evidencia para la implementación de estrategias exitosas de EIP en el contexto educativo y de prestación de servicios, identificando retos y lecciones claves para guiar su desarrollo. Los modelos propuestos categorizan los factores en tres niveles: un nivel macro, referente al sistema educativo y de salud; un nivel meso, que corresponde a las acciones organizacionales y procesos administrativos; y un nivel micro, donde se encuentran factores relacionados con el contexto de aprendizaje, las actitudes de los equipos y los individuos (Bogossian et al., 2023). En el Anexo 11 se plantean las recomendaciones para la implementación de la EIP-PCI en las Instituciones de Educación Superior (IES), Instituciones de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano (ETDH), Prestadores de Servicios de Salud, Entidades Territoriales, Agremiaciones y asociaciones de profesionales y ocupaciones, Organizaciones Comunitarias y otras entidades.

4.2 Seguridad del talento humano en salud y de los equipos de salud en Colombia

La prestación de servicio de salud en Colombia sufre actos de violencia desde múltiples orígenes. Los conflictos armados, la delincuencia común, la protesta social, la violencia interpersonal, las agresiones de los usuarios (en general originadas en la diferencia entre sus expectativas y la respuesta del sistema en la obtención de atenciones), los pacientes en estado de agitación, e incluso las comunidades enardecidas generan ataques que son desafortunadamente frecuentes en nuestro país. El registro de eventos contra la Misión Médica del Ministerio de Salud y Protección Social señalan la tendencia de los últimos años en aumento del número de actos violentos contra la asistencia en salud (Comité Internacional de la Cruz Roja, 2023).

Las personas y servicios dedicados a la salud son sujetos de todos los derechos y protección consagrados para la generalidad de los ciudadanos. Adicionalmente, hay elementos de legislación específica. Para efectos de este documento, seguiremos la lista de verificación sugerida a partir del taller de Bruselas de 2014 (Comisión Internacional de la Cruz Roja, 2021). De entrada, Colombia se ha suscrito a la declaración universal de los Derechos Humanos, acoge la prestación de servicios de salud como un servicio público a cargo del Estado (Congreso de



la República, 1991) y a partir de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 reconoce el derecho a la salud como fundamental autónomo e irrenunciable cuya garantía está a cargo del Estado (Congreso de la República, 2015b). En segundo lugar, Colombia es firmante de los 4 convenios de Ginebra y sus tres protocolos adicionales, que forman parte del bloque de constitucionalidad (es decir, son leyes fundamentales) (Organización de las Naciones Unidas, 2020) y consagra la protección de los náufragos, heridos y enfermos, así como el respeto al personal sanitario en tiempos de conflicto armado. El respeto a la persona responsable de la prestación y administración de los servicios de salud en todo tiempo es una obligación además para los usuarios de los servicios de salud (Congreso de la República, 2015b).

Existen algunas disposiciones legales dirigidas a la protección de los servicios de salud en los códigos colombianos. El Código penal militar en su artículo 155 define el delito de devastación (ataque no justificado a un bien como un hospital que no se encuentre emblemático) (Congreso de la República, 2010).

El Código Penal Colombiano por su parte en el capítulo de los delitos contra el Derecho Internacional Humanitario incluye al personal sanitario dentro de la categoría de persona protegida (Artículo 135) y considera un aumento de las penas para el homicidio, las lesiones, la tortura, el acceso carnal, los actos sexuales violentos, la esterilización forzada, el embarazo forzado, la desnudez forzada, el aborto forzado, la prostitución forzada, la esclavitud sexual y la trata de personas en personas protegidas. Este mismo código en su artículo 143 tipifica el delito de perfidia (uso indebido de signos de protección como la Cruz roja, o simulación de la condición de persona protegida para atacar o dañar al adversario). El artículo 145 consagra como delito de barbarie entre otros actos al atacar o abandonar a heridos y enfermos. El artículo 150 prohíbe el constreñimiento a apoyo bélico (servicios forzados a la parte en conflicto). El artículo 153 condena la obstaculización de tareas sanitarias y humanitarias. El artículo 158 prohíbe las represalias contra las personas protegidas. El artículo 159 consagra como delito la expulsión o el desplazamiento de las personas en contextos de conflicto. Este párrafo, por centrarse en el tema del talento humano, omite las disposiciones respecto a los bienes sanitarios, pero vale mencionar que su daño intencional está penalizado.

Un tercer código con disposiciones relativas al cuidado para el talento humano en salud el código Nacional de Policía y convivencia, (ley 1801 de 2016) que, entre otras cosas prohíbe el irrespeto a las normas de los hospitales (artículo 33), irrespetar o dificultar el acceso a hospitales en desarrollo de actividades que impliquen aglomeración de público (art. 74). Un punto adicional que se aborda desde la Constitución hasta diversos códigos específicos (por el ejemplo el de



diversas profesiones de salud) es el del secreto profesional (Congreso de la República, 1991), derecho y deber que cubre a médicos, enfermeras, psicólogos y psiquiatras, entre otros. Finalmente, en términos de formación, en los lineamientos del programa de formación continua para el THS, se da espacio a (decreto 376 del 14 de marzo del 2022) para formación en diversos temas que redunden en beneficio de los usuarios, dentro de lo cual bien cabe la seguridad de los servicios de salud. La norma más específica es la resolución 4481 de 2012 que adopta el Manual de Misión Médica, ordena que se desarrollen programas de señalización y divulgación del emblema y de las necesidades de ayudar a quien lo porte. A su vez el manual comprende una serie de definiciones importantes, la manera de registrar y notificar los actos violentos contra la misión médica y recomendaciones de seguridad que se recogerán más adelante en este mismo texto.

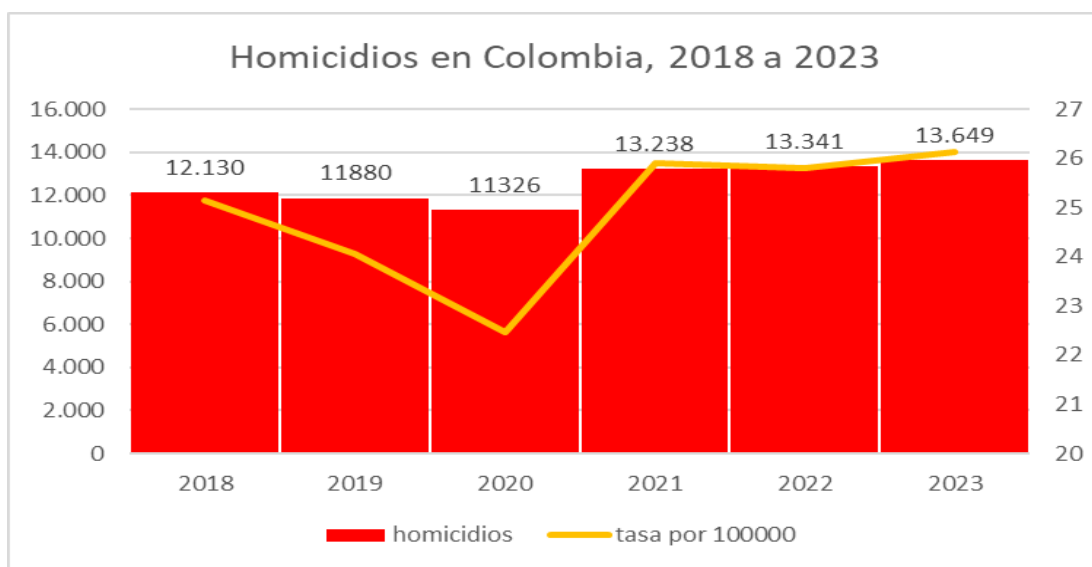
De otra parte, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) incluye el componente de riesgos profesionales, en el que se puede hacer el trabajo de detección de riesgos y consecuentemente los planes de contingencia para mitigar y manejar los casos de violencia. Con frecuencia para los trabajadores sanitarios la mayor atención se centra en los riesgos biológicos, dejando solo en casos esporádicos apartes para las agresiones a los trabajadores, en tanto los esquemas para los bienes no tienen un componente preventivo. De otro lado, los trabajadores sanitarios por fuera del sistema, en particular, los recursos comunitarios de salud (parteras, curadores tradicionales), no tienen un sistema de protección particular frente a los actos violentos derivados de su actividad particular. En Colombia sí es obligatoria la cobertura de riesgos para el personal voluntario formal, pero no para quienes no están formalmente acreditados y activos (Congreso de la República, 2020).

Finalmente, cabe mencionar que el personal de salud tiene los mismos derechos que cualquier ciudadano colombiano, en particular, los mismos que cualquiera de las víctimas de los conflictos armados en cuanto a la verdad justicia y reparación. Incluso se ha colocado dentro de los grupos de riesgo extremo para protección (Congreso de la República, 2015a), pero vale la pena interrogar si existe alguna necesidad diferencial de quienes cotidianamente enfrentan el dolor, la enfermedad, el manejo de las consecuencias físicas - mentales de la violencia y las presiones de un sistema de salud altamente exigente, cuando ellos mismos resultan ser afectados por las hostilidades. Actualmente no se cuenta con mucha evidencia al respecto, bien vale la pena dejar esta pregunta abierta de tal forma que se estimule la producción del conocimiento necesario.

4.2.1 Contexto, evolución y patrones de violencia contra el talento humano en salud

Colombia desafortunadamente es escenario de múltiples modalidades de violencia (Rhizome against Polarization, s.f.)². Para el primer semestre del 2023 los homicidios fueron la segunda causa de muerte en hombres y la cuarta causa de mortalidad para el total de la población colombiana (Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, 2023). Aunque la tendencia global en los últimos 20 años del homicidio es hacia el descenso, en los últimos 5 años se ha notado un leve aumento, como puede observarse en la Figura 49.

Figura 69. Tendencia de homicidios en Colombia, 2018 a 2023



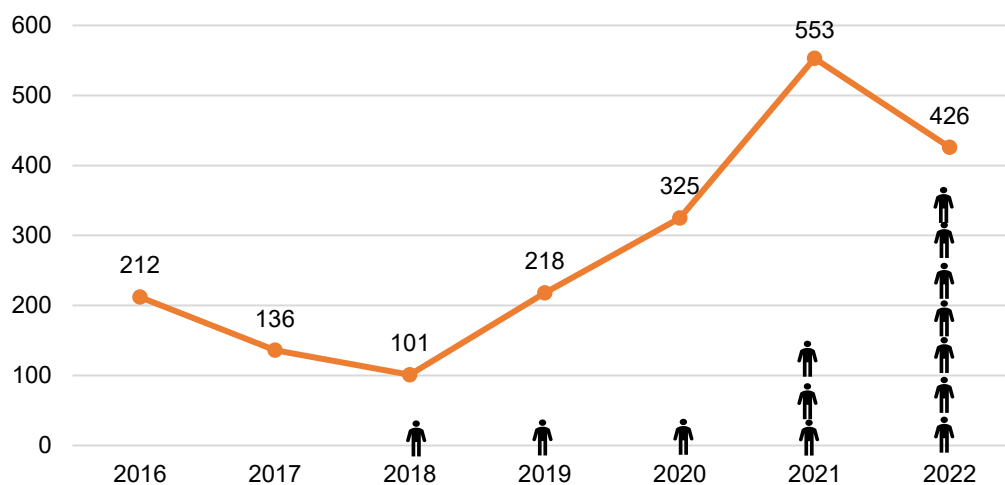
Fuente: Elaboración propia con base en datos del INMLCF y DANE. Datos para 2023 proyección basada en el comportamiento de enero a julio.

De manera complementaria, es importante tener en cuenta los datos del registro nacional de violencia contra la misión médica, dado que reporta un aumento de las agresiones contra los servicios de salud. Si bien puede existir una mejora en el

² Según Johan Galtung, la violencia tiene al menos tres aristas: la de los actos violentos, la estructural (de la de las desigualdades de la organización socio - económica) y la cultural (que resulta y legitima a las dos antes mencionadas). Este documento por sus alcances centrados en el THS se centrará en la primera sin negar las otras.

reporte de los casos muy probablemente existe un gran subregistro y no puede negarse un franco incremento tanto en el número de eventos como en la gravedad de estos. Para el cuatrienio 2019-2022 un poco menos de las cerca de 1522 agresiones registradas fueron amenazas, cerca de una quinta parte eran agresiones u obstrucciones a medios de transporte, cerca del 10 % eran restricciones a la atención en salud, solo un poco menos eran lesiones personales, en tanto uno de cada 20 casos era una atención forzada en condiciones inadecuadas. Una búsqueda activa permitió detectar además al menos 12 homicidios en personal de salud o heridos bajo atención médica, también con una muy preocupante tendencia al aumento. Esto implica que se deben sin duda formular iniciativas de acción desde los entes rectores de la salud (Figura 50).

Figura 70. Tendencia de los eventos violentos contra la misión médica, Colombia, 2016 a 2022



Fuente: Mesa Nacional de Misión Médica, datos no publicados.

En este sentido, se observa que la autoría de las agresiones registradas corresponde en más de la mitad de los casos a personas civiles. La tercera parte de los eventos reportados en el periodo mencionado fueron consideradas infracciones, es decir, se relacionaban con los conflictos armados.

De esta forma, los equipos de salud son objeto de violencia en múltiples contextos y estos a su vez se relacionan principalmente (aunque no de manera exclusiva) con algunos tipos particulares de agresiones. Por

ejemplo, la violencia asociada con los conflictos armados se relaciona principalmente las amenazas al personal de salud, la prestación forzada de servicios, la interrupción de servicios en zonas bajo confinamiento, la obstaculización a la prestación servicios a actores armados, el asesinato de pacientes o trabajadores y la ruptura de secreto profesional. La delincuencia común conlleva sobre todo actos extorsivos o robos. La protesta social afecta más el transporte de enfermos, insumos y personal de salud al recurrir a los bloqueos de vías. La agresión por parte de los usuarios o sus familiares, muy frecuentemente asociado con expectativas de atención no resueltas, terminan en agresiones verbales, amenazas, lesiones personales y daño a los bienes. La violencia interpersonal (en particular las agresiones entre personal de salud) son un tema poco conocido, pero existe y son de esperarse en ambientes con alto grado de estrés, condiciones laborales precarias, demandas de los usuarios y altos niveles de insatisfacción (Figura 51).

Figura 71.Contextos de las violencias contra la asistencia en salud



Fuente: Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR). Mesa Nacional de Misión Médica. Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud. MSPS. 2023

Es así como las comunidades enardecidas en el marco de eventos masivos (por ejemplo, barras bravas) o particularmente traumáticos (caso de linchamiento de presunto atacante sexual) pueden atacar sobre todo a los

transportes e instalaciones sanitarias. Los pacientes con estado de conciencia alterado por enfermedad o psicofármacos pueden actuar violentamente generando lesiones personales. No puede olvidarse también el tema de la violencia sexual, aún poco visibilizada, pero respecto a la cual ya existen evidencias (Domínguez et al., 2023).

Por otra parte, las realidades de los territorios han mostrado los tipos de violencia pueden superponerse e interactuar sinérgicamente en círculos viciosos, particularmente en zonas afectadas por el conflicto armado u otras dinámicas de violencia complejas. Una víctima de violencia que amenaza personal puede generar en este miedo y desconcentración, que derivan en baja calidad de atención, con desenlaces clínicos adversos que darán lugar a la ira de familias y comunidades, en ocasiones intervención de grupos armados, desánimo de equipos sanitarios, renuncia, reducción de servicios, menor capacidad de respuesta, mayores desenlaces adversos, e insatisfacción incrementada, por solo enunciar un ejemplo hipotético. En todo caso existen no solo dos caras de la moneda (el trabajador sanitario agredido y el usuario con atención sub-óptima), sino la afectación de la cadena de cuidado e incluso en ocasiones extremas la suspensión de servicios que afecta a comunidades enteras.

No existen datos reconocidos respecto al riesgo diferencial asumido por los trabajadores en los distintos roles de atención en salud en Colombia, pero al parecer existe una mayor afectación de los servicios de transporte de pacientes, urgencias y servicios extramurales. Es muy posible que los encargados de atención en primera línea (atención al usuario o ejemplo) sean también sujetos de acciones violentas frecuentes.

De acuerdo con lo anterior, el espectro de las circunstancias y los actos violentos son amplios y complejos, lo que demanda acciones igualmente extensas y profundas. Las fuentes de violencia deben manejarse de manera macro, controlando las fuentes del riesgo de forma estructural, con iniciativas como –por ejemplo– la terminación de los conflictos armados (tema de la política de paz), o la prevención, contención, manejo y penalización de los actos delictivos, la resocialización de los agresores bajo una política de manejo de la criminalidad. Este tipo de abordajes estructurales requieren una gran coherencia en políticas públicas, cuantiosa cantidad de recursos técnicos y económicos, muchos esfuerzos y sus resultados se hacen evidentes solo a mediano o largo plazo. Por ello, debe pensarse también en alternativas de acción a corto y mediano término que disminuyan los graves riesgos que corren los servicios de salud en



Colombia mientras se logran los cambios estructurales necesarios en los que por supuesto debe ser tenido en cuenta el sector sanitario.

La política pública intersectorial del talento humano en salud en su aparte de seguridad cubrirá el ciclo de transformación que incluye la capacitación, el trabajo, la demanda de servicios, de recapacitación y adicionalmente el retiro. La atención en salud tiene lugar en el marco de relaciones sociales complejas, por tanto, existe interdependencia de esta y sus agentes con las entidades sociales de todo tipo. Toda persona en algún momento requerirá servicios de asistencia sanitaria, todo THS debe ser protegido y respetado en todo tiempo y lugar. El Ministerio de Salud y Protección Social lidera la Mesa Nacional de Misión Médica que articula a las diversas instituciones y entidades que trabajan promoviendo el cumplimiento de esta premisa.

4.2.2 Contexto, evolución y patrones de violencia contra el talento humano en salud Recomendaciones para la seguridad de la misión médica y del talento humano en salud

Este apartado plantea recomendaciones en torno a la Seguridad del Talento Humano en Salud, siendo una oportunidad para que se priorice la prevención, la mitigación y la atención de los riesgos, así como los efectos de los diferentes tipos de violencia contra el Talento Humano en Salud que se han experimentado en Colombia. Se aplicará con las particularidades que implique el respeto a las diversidades reconocidas en todas las modalidades de atención en salud con alcance a los actores e integrantes del Sistema General de Seguridad Social en salud y los demás sectores, tales como las Fuerzas Militares o la Policía, las formas organizativas en salud de origen comunitario y étnico, las entidades formadoras de THS, así como a las de otros sectores que por su misionalidad deben cumplir funciones relacionadas con las actividades sanitarias.

La finalidad de mejorar y fortalecer la seguridad del THS es proporcional al acceso y cobertura a los servicios de salud de manera permanente y continua (Anexo 12).

4.2.3 Recomendaciones durante la Formación del Talento Humano en Salud

- Toda organización formadora del Talento Humano en Salud incluirá unos mínimos (a definir por la MNMM propuesta en Anexo 12) de contenidos curriculares referentes a la seguridad del personal de salud que incluirán entre otros:
- Marco internacional y nacional de la seguridad a la atención en salud y el Derecho Internacional Humanitario
- Tipos de violencia, riesgos de ocurrencia de estos, así como su prevención y manejo.
- Los derechos y deberes del Talento Humano en Salud: actuaciones, responsabilidades, alianzas estratégicas en el territorio ante situaciones difíciles de riesgo de violencia, de la configuración de los sistemas de prevención, mitigación y recuperación
- Rutas de atención en caso de afectación por violencia y de los mecanismos de acción del sistema de protección para las actividades, personal y bienes sanitarios.
- Las instituciones de formación del talento humano deberán tener programas para la prevención de violencia contra las personas en formación en el contexto de la atención en salud.
- Además de la integración de los mínimos de formación descritos, las instituciones de formación podrán desarrollar formaciones específicas y de postgrado para la detección, mitigación, respuesta y recuperación ante los riesgos de la violencia contra los servicios de salud.
- Las instituciones de formación del Talento Humano podrán desarrollar líneas de investigación en torno al diagnóstico, el análisis y la formulación de iniciativas novedosas para la prevención y manejo de los actos violentos en los contextos de la provisión de asistencia de salud (por ejemplo, herramientas de medición y gestión del riesgo, instrumentos de seguridad pasiva, participación comunitaria en la protección de los servicios de salud, abordajes psicosociales, etc.).

Los Ministerios de Salud y Protección Social, Educación, Defensa y Trabajo diseñarán y coordinarán acciones para la promoción del desarrollo de actividades y entrenamiento del talento humano en salud para la prevención y manejo de situaciones de violencia en el marco de la actividad sanitaria. Lo anterior tendrá mayor énfasis en el Talento Humano en Salud que trabaja en áreas de alto riesgo, como zonas afectadas por los conflictos armados, áreas con alta probabilidad de violencia delincinencial, instituciones en dónde la saturación de los servicios o el desarrollo de



situaciones de emergencia generan un riesgo aumentado de victimización violenta, así como entre el talento humano en salud de las Fuerza Pública.

Asimismo, estos ministerios, agencias y entidades que se consideren necesarias, coordinadas bajo la Mesa Nacional de Misión Médica, considerarán la inclusión de estrategias como la humanización de la atención en salud, la prevención de violencia en los sitios de trabajo, y herramientas como la Gestión de Seguridad para Personal de Salud - GSPS, Des-Escalación de la Violencia, la aplicación del Índice de Seguridad Hospitalaria, la Evaluación Rápida de Riesgos o cualquier otra herramienta que se considere útil dentro de la formación y reentrenamiento del talento humano en salud.

4.2.4 Recomendaciones durante el ejercicio y desempeño del Talento Humano en Salud

Todos los agentes de salud que inicien su ejercicio profesional mediante la realización del Servicio Social Obligatorio o de cualquier otra figura como el primer empleo tendrán dentro de su proceso de inducción la puesta en común de los mecanismos vigentes a nivel nacional, regional y local para la prevención, la mitigación y el manejo de los riesgos y efectos de la violencia contra la asistencia de salud.

Los comités o entes relacionados con el talento humano en salud a nivel nacional o territorial revisarán periódicamente los instrumentos vigentes para la formación en términos de seguridad de los equipos de salud y sugerirán la inclusión de nuevas herramientas para la prevención y manejo de la violencia contra los servicios de salud, como la estrategia de gestión de seguridad para el personal de salud, herramientas para el des escalonamiento de la violencia, los programas de “cuidado a los cuidadores”, que se implementarán en las organizaciones de salud siguiendo los postulados de participación de los potenciales afectados y del Sistema de riesgos profesionales.

La Mesa Nacional de Misión Médica, como órgano asesor experto, bajo la coordinación del Ministerio de Salud y Protección social, sugerirá los contenidos necesarios para el inicio del ejercicio de los nuevos profesionales en términos de normativa, rutas de protección, gestión de seguridad y comportamientos seguros, entre otros.

Todas las organizaciones con actividades alrededor de la salud deben tener análisis de riesgos de acciones violentas contra la atención de salud. Las

entidades y agencias encargadas de la gestión de los riesgos en atención de salud (unidades de riesgo laboral, ARL, las brigadas de emergencia) o quienes hagan sus funciones en las diferentes organizaciones, incluirán en sus programas de salud y seguridad en el trabajo la detección, prevención, mitigación y respuesta, que serán comunicados a todos los nuevos integrantes que ingresen a sus esquemas de trabajo.

Los Ministerios de Salud y Protección Social y Trabajo, en conjunto con la Mesa Nacional de Misión Médica y otras organizaciones, desarrollarán instrumentos como manuales, guías, protocolos y evaluaciones para la gestión de la seguridad del personal de Salud que serán adaptados y puestos en práctica para situaciones como:

- a) Presencia de portadores de armas en las instalaciones sanitarias
- b) Comportamientos seguros en áreas contaminadas por armas
- c) Interceptación de equipos de salud por grupos armados
- d) Bloqueos de carreteras
- e) Ataque contra instalación o equipo de salud
- f) Tomas de instalaciones o toma de rehenes
- g) Acciones delictivas (extorsión, robo, atraco, amenazas)
- h) Paciente o familiar violento
- i) Paciente o familiar bajo efectos de psicofármacos
- j) Manejo de usuario o familiar portador de armas
- k) Manejo de usuario bajo detención
- l) Actos violentos en servicio extramural
- m) Violencia interpersonal en instalaciones de salud o dentro de transporte sanitario
- n) Violencia sexual contra personal de salud
- o) Ruptura de la cadena de cuidado por acto violento
- p) Prestación forzada de cuidados en salud
- q) Riesgos de violencia en eventos masivos
- r) Incidentes con múltiples víctimas
- s) Amenaza de explosión
- t) Rutas de detección, atención, apoyo y notificación de la violencia contra la atención en salud
- u) Ciber ataque o falla de sistemas de información que pongan en riesgo de violencia a las personas o bienes sanitarios

Las instalaciones y organizaciones sanitarias con alto riesgo de ser objeto de acciones violentas deben tener entrenamiento prioritario en estos planes, entre otros los grupos de primeros respondientes, atención prehospitalaria y atención de urgencias, ambulancias y atención al usuario, por lo que se



dará prioridad a la formación, entrenamiento y reentrenamiento en salud para ellos.

Los equipos de salud con más riesgos podrán ser sujeto de estímulos para su desempeño profesional, como el establecimiento de jornadas más cortas, actividades de salud mental y física, actividades de recuperación, periodos de descanso más largos, modificación de vacaciones, estímulos académicos o monetarios. Esto incluye, además de los servicios mencionados en el párrafo anterior, a quienes ejerzan en zonas de alto riesgo de violencia. Las personas y grupos víctimas de actos violentos podrán ser sujetos de compensación especial.

En particular los trabajadores sanitarios que sean víctimas del conflicto armado colombiano deberán ser tratados con un enfoque diferencial y estudiar que actos de reparación especiales deben ser asignados a estas personas. Se estudiarán mecanismos para que las personas que se deben desplazar de sus sitios de trabajo como agentes sanitarios puedan ser vinculadas a otras instituciones en zonas más seguras.

Cada acto de violencia contra el personal sanitario debería ser objeto de vigilancia epidemiológica especial, incluido el análisis mediante instrumentos como el Protocolo de Londres u otros que permitan la formulación de planes de mejoramiento para la prevención de acciones violentas. Así mismo, se harán análisis periódicos de las bases de datos y análisis de eventos graves de manera inmediata por parte de las Mesas de Misión Médica donde estas existan o en su defecto de los comités de seguridad o de emergencias locales.

4.2.5 Recomendaciones para la gobernabilidad y gobernanza del cuidado al talento humano en salud contra actos violentos

El ente rector máximo del THS, el Consejo Nacional del Talento Humano en Salud, considerará dentro de sus deliberaciones los contenidos y métodos para que la formación, entrada en ejercicio, zonas de distribución y compensaciones sean acordes a los riesgos de violencia contra los equipos de salud presentes en las diferentes zonas del país. La Mesa Nacional de Misión Médica compartirá los insumos con que cuente para que el Consejo ejerza esta función de la mejor manera.

4.3 Recomendaciones para la promoción de la salud mental en el Talento Humano en Salud

La Universidad de Antioquia realizó un estudio denominado “Impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de la salud: construyendo resiliencia en territorios durante el postconflicto” (Alexandra Restrepo Henao et al., 2023) con el objetivo de 1) estudiar la salud mental de los trabajadores de la salud en Colombia, enfatizando en algunas regiones de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), y explorar cómo varían los problemas de salud mental según la historia personal de violencia y los niveles de resiliencia, y 2) Evaluar longitudinalmente la asociación entre los factores estresantes derivados de la pandemia COVID-19 y la salud mental en los trabajadores de la salud (Anexo 13 incluye capítulos por ciudad).

Con base en lo anterior, las recomendaciones planteadas para la formulación, implementación, monitoreo, seguimiento y evaluación de las políticas públicas para la prevención de la violencia contra los trabajadores de la salud se describen a continuación:

- a) Promulgar intervenciones y programas nacionales y locales basados en la evidencia para apoyar la salud y el bienestar de los trabajadores de la salud a largo plazo
- b) Fomentar la búsqueda de ayuda y garantizar la disponibilidad de recursos de salud mental para los trabajadores sanitarios de primera línea que se encuentren en peligro.
- c) Condenar y combatir la estigmatización de los trabajadores sanitarios de primera línea. Aumentar los esfuerzos para desestigmatizar los problemas de salud mental en toda la sociedad.
- d) Considerar la oportunidad de la tecnología digital y otros enfoques innovadores para garantizar el acceso a una formación eficaz y a un apoyo y orientación continuos entre los trabajadores de primera línea y en el personal sanitario en general.
- e) Entrenamiento y asistencia técnica en los departamentos y municipios para la implementación de la política nacional protección de trabajadores de la salud
- f) Realizar diagnósticos periódicos de la situación laboral y de salud mental de los trabajadores iniciando con una línea de base al implementarse la política
- g) Fortalecer la Política nacional de trabajadores de la salud en la que reglamente la jornada laboral, descansos, contratación, salarios justos y protección de los trabajadores de salud. Además, de garantizar niveles

- adecuados de dotación de personal en los sistemas de salud y una remuneración justa para los trabajadores. Pensar en la implementación de un régimen especial
- h) Seguimiento a los indicadores de salud mental del sistema de información que permitan seguimiento y acciones específicas según las necesidades
 - i) Implementar acciones de capacitación y entrenamiento con las IPS sobre programas y estrategias de prevención y tratamiento de problemas de salud mental en trabajadores de la salud
 - j) Líneas de atención nacional y locales para la salud mental de trabajadores de la salud
 - k) Crear programa para intervención en crisis (Resolución 2646 de 2008)

4.4 Consideraciones Adicionales

4.4.1 Evaluación del impacto de la densidad de recursos humanos en salud en el acceso a la atención, en los resultados sanitarios y estrategias para una distribución equitativa

La Facultad de Medicina y de Salud Pública de la Universidad de Antioquia realizaron una síntesis rápida denominada “Evaluación del impacto de la densidad de Recursos Humanos en Salud en el acceso a la atención, en los resultados sanitarios y estrategias para una distribución equitativa” descrita en el (Anexo 14) con base en dos preguntas orientadoras:

- ¿Cuál es el impacto en la salud de la densidad de recursos humanos en salud (asociación entre la densidad de recursos humanos y los indicadores de acceso a la atención en salud, en la morbilidad y mortalidad)?
- ¿Qué estrategias de reclutamiento, retención y redistribución se han demostrado efectivas para facilitar una distribución equitativa de los recursos humanos en salud?

4.4.2 Recomendaciones para la elaboración de planes de incentivos para el talento humano en salud

La construcción de un modelo de incentivos para el talento humano en salud tiene como finalidad propender por la garantía condiciones adecuadas para su desarrollo personal y profesional de las y los trabajadores de la salud, contribuyendo al acceso oportuno y adecuado a servicios de salud humanizados, resolutivos y de calidad en todas las regiones del país (Anexo 15). Para ello, se propone alcanzar los siguientes objetivos:



- Contribuir a la suficiencia y permanencia del talento humano en salud que garantice avanzar en el cierre de la brecha de la distribución del talento humano en salud en las zonas apartadas geográficamente o de condiciones socioeconómicas o de seguridad difíciles.
- Propender por la distribución equitativa del talento humano en salud que tenga en cuenta un enfoque de género y la gran diversidad cultural del país y sus regiones.
- Fomentar condiciones de desempeño profesional adecuadas para contribuir a la garantía de la dignificación de todas las personas que participan en la prestación del servicio de salud, independientemente del sitio y tipo de institución en el cual se desempeñe.
- Fomentar la realización personal y profesional del talento humano en salud.
- Instar a las instituciones a garantizar el cumplimiento efectivo de la normatividad que propende por la protección de los derechos laborales, condiciones de seguridad en el trabajo y salud ocupacional.

Para el logro de estos objetivos se requiere que el modelo sea implementado en cada institución mediante la construcción de planes de incentivos eficaces, efectivos y conmensurables que combinen elementos motivacionales de diferentes tipos, de índole financiero y no financieros, consensuados y que estén acordes con su misión y visión.

Los planes de incentivos deben reunir características que permitan adjudicar los incentivos de manera equitativa, ser contruidos de manera consensuadas con los trabajadores y adaptados a las características institucionales. Para adjudicarlos se partirá de la evaluación de los indicadores de desempeño que sean previamente acordados con el talento humano en salud. Su proceso de construcción e implementación plantean grandes retos en la planeación y gestión institucional por lo cual deben tener objetivos claros y reunir características que permitan su efectividad. En el Anexo 15 se describen los siguientes aspectos: población objeto, finalidad de los planes de incentivos y los tipos de incentivos.

Referencias

Alexandra Restrepo Henao, Nilton E. Montoya Gómez, Adriana Maldonado, Stella Giraldo, Javier Narváez, Javier Contreras, Hugo Grisales, Eliana Martínez, Neil Pearce, Karin Van-Veldhoven, Tim Rhodes, Julián Santaella-Tenorio, Ezra Susser, & Gonzalo Martínez. (2023). *Impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de la salud: Construyendo resiliencia en territorios durante el postconflicto*. Universidad de Antioquia.

Arias, R. (2019). El “ciclo de las políticas” en la enseñanza de las políticas públicas. *Opera*, 25, Article 25. <https://doi.org/10.18601/16578651.n25.08>

Artaza, O., Santacruz, J., Girard, J., Alvarez, D., Barría, S., Tetelboin, C., Tomasina, F., & Medina, A. (2020). Formación de recursos humanos para la salud universal: Acciones estratégicas desde las instituciones académicas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e83. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.83>

Asociación Colombiana de Salud Pública, & Organización Panamericana de la Salud. (2023a). *Avances de la Evaluación de Capacidades de Gobernanza de las Autoridades Territoriales de Salud*. Asociación Colombiana de Salud Pública.

Asociación Colombiana de Salud Pública, & Organización Panamericana de la Salud. (2023b). *Capacidad de la fuerza laboral en Colombia para implementar las Funciones Esenciales de Salud Pública*. Asociación Colombiana de Salud Pública.

Asociación Colombiana de Salud Pública, & Organización Panamericana de la Salud. (2023c). *Evaluación FESP Desarrollo de Recursos Humanos para la salud. Colombia 2023*. Asociación Colombiana de Salud Pública.

Asociación Peruana de Facultades de Medicina. (2021). *Formación en Salud Pública de los Médicos en el Perú: Diagnóstico y propuesta para su fortalecimiento*. Asociación Peruana de Facultades de Medicina. <https://www.aspefam.org.pe/series/serie7.pdf>

Barja-Ore, J., Valverde-Espinoza, N., Fiestas Requena, K. N., Aguilar-Aguilar, S., Barja-Ore, J., Valverde-Espinoza, N., Fiestas Requena, K. N., & Aguilar-Aguilar, S. (2021). Cambios en la disponibilidad de los recursos humanos en salud en el Perú. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 50(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-65572021000100014&lng=es&nrm=iso&tlng=en

Barr, H. (2002). *Interprofessional education: Today, yesterday and tomorrow: a review, 2002* [Technical report]. Higher Education Academy, Health Sciences and Practice Network. <http://www.health.heacademy.ac.uk/publications/occasionalpaper/occp1>

Barrios, K. K. C., Huertas, F. D. A., Mendoza, R. M. T., Flores, R. Y. T., Celis, M. del P. F., Barrios, K. K. C., Huertas, F. D. A., Mendoza, R. M. T., Flores, R. Y. T., & Celis, M. del P. F. (2022). Trabajo colaborativo para fortalecer la empatía como parte de la formación del profesional de salud. *Horizontes Revista de Investigación en Ciencias de la Educación*, 6(23), 626-636. <https://doi.org/10.33996/revistahorizontes.v6i23.363>

Bermejo, P. M., Valdés, L. S., López, L. S., Onega, N. C. V., Ledo, M. J. V., Sánchez, I. A., Jo, A. S., Cruz, Y. A., & Ojeda, R. M. (2020). Equidad y respuesta del Sistema Nacional de Salud de Cuba ante la COVID-19. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.138>

Bogossian, F., New, K., George, K., Barr, N., Dodd, N., Hamilton, A. L., Nash, G., Masters, N., Pelly, F., Reid, C., Shakhovskoy, R., & Taylor, J. (2023). The implementation of interprofessional education: A scoping review. *Advances in Health Sciences Education*, 28(1), 243-277. <https://doi.org/10.1007/s10459-022-10128-4>

Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R., Fernández Alonso, M. del C., & Tizón, J. L. (2021). Pandemia de la COVID-19 y salud mental: Reflexiones iniciales desde la atención primaria de salud española. *Atención Primaria*, 53(1), 89-101. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.06.006>

Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010). *A National Interprofessional Competency Framework*. Canadian Interprofessional Health Collaborative. <https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/07/CIHC-National-Interprofessional-Competency-Framework.pdf>

Castro, A., Sáenz, R., Avellaneda, X., Cáceres, C., Galvão, L., Mas, P., Ritterbusch, A. E., & Fuentes, M. U. (2020). La Red de las Américas para la Equidad en Salud: Inclusión, compromiso y acción. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.130>

Cejudo Córdoba, R. (2006). Desarrollo humano y capacidades. Aplicaciones de la teoría de las capacidades de Amartya Sen a la educación. *Revista española de pedagogía*, 14(234), 365-380.

Chen, H., Feng, H., Liao, L., Wu, X., Zhao, Y., Hu, M., Li, H., Hu, H., & Yang, X. (2020). Evaluation of quality improvement intervention with nurse training in nursing homes: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15-16), 2788-2800. <https://doi.org/10.1111/jocn.15289>

Comisión Internacional de la Cruz Roja. (2021, diciembre 15). *Proteger la asistencia de salud contra la violencia: Lista de verificación de Disposiciones Legislativas* [Publicación]. Comité Internacional de la Cruz Roja. <https://www.icrc.org/es/publication/proteger-asistencia-salud-contra-violencia-lista-verificacion-disposiciones-legislativas>

Comité Internacional de la Cruz Roja. (2023). *La salud en medio de los conflictos armados en Colombia*. Comité Internacional de la Cruz Roja. <https://www.icrc.org/es/document/la-salud-en-medio-de-los-conflictos-armados-en-colombia-2023>

Conejero, J. S., Godue, C., Gutiérrez, J. F. G., Valladares, L. M., Rabionet, S., Concha, J., Valdés, M. V., Gómez, R. D., Mujica, O. J., Cabezas, C., & Lucano, L. L. (2013). Competencias esenciales en salud pública: Un marco regional para las Américas. *Rev Panam Salud Publica*.

Congreso de la República. (1991). *Constitución Política de Colombia*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4125>

Congreso de la República. (2010). *Ley 1407 de 2010*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=40200>

Congreso de la República. (2015a). *Decreto 1066 de 2015*. Congreso de la República. <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=30019912>

Congreso de la República. (2015b). *Ley Estatutaria de la Salud 1751 de 2015*. Congreso de la República. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)

Congreso de la República. (2020). *Decreto 1809 de 2020*. Congreso de la República. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%201809%20del%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%201809%20del%202020.pdf)

Cortés Miguel, J. L. (2020). Género, interseccionalidad y el enfoque diferencial y especializado en la atención a víctimas. *Revista Digital Universitaria*, 21(4). <https://doi.org/10.22201/cuaieed.16076079e.2020.21.4.8>

Cruz Roja Colombiana. (2024). *Gestión de la Misión Médica*. Gestión de la Misión Médica. <https://www.cruzrojacolombiana.org/gestion-integral-de-salud/gestion-de-la-mision-medica/>, <https://www.cruzrojacolombiana.org/gestion-integral-de-salud/gestion-de-la-mision-medica/>

Cuba-Fuentes, M. S., Romero-Albino, Z., Dominguez, R., Rojas Mezarina, L., & Villanueva, R. (2018). Dimensiones claves para fortalecer la atención primaria en el Perú a cuarenta años de Alma Ata. *Anales de la Facultad de Medicina*, 79(4), 346-350. <https://doi.org/10.15381/anales.v79i4.15642>

Curtin University. (2011). *Interprofessional Capability Framework*. Curtin University. https://www.curtin.edu.au/resources/file/faculty/hs/interprofessional_A5_broch_1-29072015.pdf

Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. (2023). *Estadísticas Vitales (EEVV): Defunciones fetales y no fetales 2.º trimestre 2023pr, año corrido 2023pr*. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. [chrome-extension://efaidnbmninnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.dane.gov.co/files/operaciones/EEVV/bol-EEVV-Defunciones-Iltrim2023.pdf](https://www.dane.gov.co/files/operaciones/EEVV/bol-EEVV-Defunciones-Iltrim2023.pdf)

Dirección de Desarrollo de THS. (2023). *Guía de Planificación y Gestión del THS y lineamientos de trabajo Política THS*. Ministerio de Salud y Protección Social.

Domínguez, L. C., Torregrosa, L., Cuevas, L., Peña, L., Sánchez, S., Pedraza, M., & Sanabria, Á. (2023). Workplace bullying and sexual harassment among general surgery residents in Colombia. *Biomedica: Revista Del Instituto Nacional De Salud*, 43(2), 252-260. <https://doi.org/10.7705/biomedica.6915>

Edgar Ortégón, Juan Francisco Pacheco, & Adriana Prieto. (2015). *Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5607/S057518_es.pdf

Erwin Hernando Hernandez, Paula Acevedo Giedelman, Paula Avila Celis, Juan Felipe Sanchez Vergara, & Manuela Quiroga Carrillo. (2020). La salud pública como pilar para la educación de los profesionales de salud en Colombia. *Educación Médica Superior*, 34(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412020000100013&script=sci_arttext&lng=en

Farrell, T. W., Greer, A. G., Bennie, S., Hageman, H., & Pfeifle, A. (2023). Academic Health Centers and the Quintuple Aim of Health Care. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 98(5), 563-568. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000005031>

Feo, Óscar. (2004). La salud pública en los procesos de reforma y las funciones esenciales de salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 22(99), 61-71.

Fortuna, C. M., Dias, B. M., Laus, A. M., Mishima, S. M., & Cassiani, S. H. D. B. (2022). Educación interprofesional en salud en la Región de las Américas desde la perspectiva de la enfermería. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e69. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.69>

Gatica Eguiguren, F. A. (2015). *Las intervenciones psicosociales en establecimientos educacionales municipales vulnerables bajo el marco de la Ley SEP: Diseño, implementación y logros desde la perspectiva de actores claves*. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/133241>

Gloria Molina Marín, Andrés Ramírez Gómez, & Adriana María Ruiz Gutiérrez. (2014). *Tensiones en las decisiones en Salud Pública en el sistema de salud colombiano: El bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares*. Pulso & Letra Editores.

Grupo de investigación Políticas de Salud del Departamento de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. (2023). *La humanización en salud, una oportunidad que va más allá del acto de prestar servicios sanitarios*. Grupo de investigación Políticas de Salud del Departamento de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. <https://periodico.unal.edu.co/articulos/la-humanizacion-en-salud-una-oportunidad-que-va-mas-alla-del-acto-de-prestar-servicios-sanitarios>

Guerrero, R. J. A. (2022). Factores de atracción y retención del talento humano y su influencia en el compromiso organizacional. *ECONÓMICAS CUC*, 43(1), Article 1. <https://doi.org/10.17981/econcuc.43.1.2022.Org.1>

Inga-Berrosipi, F., & Rodríguez, C. A. (2019). Avances en el desarrollo de los recursos humanos en salud en el Perú y su importancia en la calidad de atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36, 312-318. <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2019.362.4493>

International Labour Organization. (s. f.). *Seguridad y salud en el trabajo*. Recuperado 5 de junio de 2023, de <https://libguides.ilo.org/occupational-safety-and-health-es/home>

Interprofessional Education Collaborative (IPEC). (2023). *2021-2023 Core Competencies Revision*. <https://www.ipecollaborative.org/2021-2023-core-competencies-revision>

Juan Camilo Fuentes, Lorena Andrea Cañón, Ángela Viviana Pérez, Carlos E. Pinzón, Angélica María Pérez, Paola Astrid Avellaneda, Álvaro Enrique Morales2, & Jorge Enrique Fernández. (2017). Metodologías para la priorización en investigación en salud: Una revisión sistemática de la literatura. *Rev Panam Salud Publica*, 41(22), 1-8.

Juan Fernández, María Ignacia Fernández, & Isidro Soloaga. (2019). *Enfoque territorial y análisis dinámico de la ruralidad: Alcances y límites para el diseño de políticas de desarrollo rural innovadoras en América Latina y el Caribe*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). https://ri.iberomx/bitstream/handle/iberomx/3112/SI_DOC_TRAB_11_.pdf?sequence=1

Juana Elvira Suárez Conejero, Gabriel Listovsky, Laura Magaña Valladares, María Isabel Duré, José Francisco García Gutiérrez, & Marcela van Olphen. (2023). Competencias esenciales para la docencia en salud pública: Marco regional para las Américas. *Rev Panam Salud Publica*, 47(1), 1-8.

Lafaurie Villamil, M. M., Angarita de Botero, M. del P., Chilatra Guzmán, C. I., Lafaurie Villamil, M. M., Angarita de Botero, M. del P., & Chilatra Guzmán, C. I. (2020). Atención humanizada del embarazo: La mirada de gestantes que acuden a una unidad hospitalaria de salud. *Enfermería Actual de Costa Rica*, 38, 180-195. <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i38.38376>

Lajes Ugarte, M., Aúcar López, J., Martínez Morell, A., Aguilar Rodríguez, Y., Lajes Ugarte, M., Aúcar López, J., Martínez Morell, A., & Aguilar Rodríguez, Y. (2021). El trabajo colaborativo interprofesional en el proceso de formación profesional en salud. *Humanidades Médicas*, 21(3), 951-966.

Larry D. Purnell. (2009). *Guide to Culturally Competent Health Care* (F.A. Davis Company). F.A. Davis Company.

Lizardo Huamán. (2022). *Agenda nacional de los recursos humanos en salud 2022-2026*. Ministerio de Salud de Perú.



Mejías Sánchez, Y., Borges Oquendo, L. de la C., Mejías Sánchez, Y., & Borges Oquendo, L. de la C. (2021). Consideraciones para la definición de desempeño profesional en el proceso de calidad en salud. *Humanidades Médicas*, 21(1), 224-238.

Ministerio de Salud. (2007). *Ley 1164 de 2007*. Ministerio de Salud. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). *Ley 1438 de 2011*. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1680431#:~:text=Es%20obligaci%C3%B3n%20de%20la%20familia,su%20desarrollo%20arm%C3%B3nico%20e%20integral>.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Manual de la Misión Médica*. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GT/RES-4481-12%20Manual%20de%20Mision%20Medica.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Calidad y humanización de la atención* [Ministerio de Salud y Protección Social]. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PI/Paginas/calidad-humanizacion-atencion.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. (2022). *Guía para la Formulación, Implementación, Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas de Salud y Protección Social*. Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Desarrollo de THS. (2021). *Documento final de trabajo de “Modelo de incentivos para el talento humano en salud – Lineamientos Nacionales” en el marco del CPS 849 de 2021*. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Desarrollo de THS.

Naciones Unidas. (2023). *Enfoque basado en los Derechos Humanos* [Naciones Unidas]. <https://unsdg.un.org/es/2030-agenda/universal-values/human-rights-based-approach>, <https://unsdg.un.org/es/2030-agenda/universal-values/human-rights-based-approach>

Olivar Rojas, A. F. (2020). Políticas públicas y enfoques diferenciales: Aproximaciones desde la interculturalidad y la democracia radical. *Iztapalapa. Revista de ciencias sociales y humanidades*, 41(88), 139-162. <https://doi.org/10.28928/ri/882020/aot1/olivarroja>

Organización de las Naciones Unidas. (2020). *Resolución aprobada por la Asamblea General el 15 de diciembre de 2020: Situación de los Protocolos Adicionales a los Convenios de Ginebra de 1949 relativos a la protección de las víctimas de los conflictos armados*. Organización de las Naciones Unidas. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N20/368/95/PDF/N2036895.pdf?OpenElement](https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N20/368/95/PDF/N2036895.pdf?OpenElement)

Organización Mundial de la Salud. (s. f.). *Funciones esenciales renovadas de salud pública—OPS/OMS*. Recuperado 6 de febrero de 2024, de <https://www.paho.org/es/temas/funciones-esenciales-salud-publica>

Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución de la OMS* (Constitución de la OMS). <https://www.who.int/es/about/accountability/governance/constitution>

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Informe sobre la salud en el mundo: 2006: Colaboremos por la salud* (p. 219) [Organización Mundial de la Salud]. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/43434>



Organización Mundial de la Salud. (2013). *Competencias esenciales en salud pública: Un marco regional para las Américas* (p. 17). Organización Mundial de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9154>

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Resolución CD53.R14 estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2019/CD53-R14-s.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: Personal sanitario 2030*. Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254600/A69_R19-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019, diciembre 9). *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción*. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53125>

Organización Panamericana de la Salud. (1978). *Declaración de Alma-Ata*. <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>

Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Sociedades justas: Equidad en la salud y vida digna. Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51615>

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Cómo atraer, captar y retener al personal de salud en zonas rurales, remotas y desatendidas. Una revisión rápida*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55873>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *La Misión Médica salva vidas... ¿Una puede ser la suya?* <https://www.paho.org/es/noticias/7-5-2021-mision-medica-salva-vidas-puede-ser-suya>

Organización Panamericana de la Salud & Asociación Colombiana de Salud Pública de Colombia. (2023). *Aportes y desafíos en el proceso de reforma del sector salud con énfasis en territorios prioritarios de Colombia*.

Osorio Guzmán, U. (2020). *La salud pública, la sociología y la interseccionalidad, una alternativa analítica por explorar*. 24(1), 100-103. <https://doi.org/DOI>: <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v24n1>

Presidencia de Colombia. (2007). *Ley 1122 de 2007*. Presidencia de Colombia. <https://www.suin-juricol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1674413#:~:text=La%20presente%20ley%20tiene%20como,los%20servicios%20a%20los%20usuarios>

Presidencia de la República de Colombia. (2011). *Ley 1448 de 2011*. Presidencia de la República de Colombia. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=43043>

Presidencia de la República de Colombia. (2023). *Ley 2294 de 2023 Por el cual se expide el plan nacional de desarrollo 2022- 2026 "Colombia potencia mundial de la vida*. Presidencia de la República de Colombia. https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/portalDNP/PND-2023/Ley_2294_del_19_de_mayo_de_2023.pdf

Redondo, R. P., Velazquez, M. C., & Hernandez, H. G. (2018). El recurso humano factor de competitividad en el sector salud. *Investigación e Innovación en Ingenierías*, 6(1), Article 1. <https://doi.org/10.17081/invinno.6.1.2778>

Rhizome against Polarization. (s. f.). *La definición de violencia según Johan Galtung*. Recuperado 30 de octubre de 2023, de <https://rap.education/es/conocimiento-de-fondo/violencia/>

Rivadeneira Paz, Enma Magdalena, & Pérez Arboleda, Pedro Antonio. (2022). *Humanización y desempeño laboral del profesional de salud durante el COVID-19 en una institución pública de salud-Lambayeque* [Tesis para optar el título de Magister en Gestión de los Servicios de la Salud, Universidad Cesar Vallejo]. chrome-extension://ehttps://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/106478/Rivadeneira_PE M-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rojas Jerez, J. A., & Montoya Ruiz, R. F. (2017). *Gobernanza y control social a la gestión pública en los procesos de planeación territorial en el municipio de Itagüí* [Para optar el título de Socióloga, Universidad de Antioquia]. chrome-extension://https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/14168/2/RojasJennifer_2017_GobernanzaControlSocial.pdf

Rovere, M. R. (2006). *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. Organización Panamericana de la Salud. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51595/9275326223_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Teófila Díaz. (s. f.). *Trabajo decente*. Revista Universidad Alas Peruanas. <http://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/LEX/article/viewFile/2076/2217>

Valcárcel Izquierdo, N., Suárez Cabrera, A., López Espinosa, G. J., Pérez Bada, E., Valcárcel Izquierdo, N., Suárez Cabrera, A., López Espinosa, G. J., & Pérez Bada, E. (2019). La formación permanente y continuada: Principio de la educación médica. *EDUMECENTRO*, 11(4), 258-265.

Vargas Aréballo, C. (2007). Análisis de las políticas públicas perspectivas. *Perspectivas*, 19(1), 127-136.

Vargas, C. S. (s. f.). *La definición de Política Pública*. Pontificia Universidad Javeriana. https://proyectos.javerianacali.edu.co/cursos_virtuales/posgrado/maestria_asesoria_familiar/proyectos_l/m%C3%B3dulo%202/C_Salazar.pdf

Vázquez Martínez, F. D., Sánchez Mejorada Fernández, J., Delgado Domínguez, C., Luzanía Valerio, M. S., & Mota Morales, M. D. L. (2020). La educación médica desde el enfoque de la salud basado en derechos humanos. *Investigación en Educación Médica*, 36, 30-40. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2020.36.20233>

Velykodna, M., Gorbunova, V., Frankova, I., Deputatov, V., & Happell, B. (2023). Predictors of Satisfaction and Value of Advanced Training for Mental Health Professionals in Wartime Ukraine. *Issues in Mental Health Nursing*, 44(11), 1096-1108. <https://doi.org/10.1080/01612840.2023.2258217>

Walsh, C., Gordon, F., Marshall, M., Wilson, F., & Hunt, T. (2005). Interprofessional capability: A developing framework for interprofessional education. *Nurse Education in Practice*, 5(4), Article 4. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2004.12.004>

Zyblewski, S. C., Callow, L., Beke, D. M., Jain, P., Madathil, S. B., Schwartz, S., Tabbutt, S., & Bronicki, R. A. (2019). Education and Training in Pediatric Cardiac Critical Care: International Perspectives. *World Journal for Pediatric & Congenital Heart Surgery*, 10(6), 769-777. <https://doi.org/10.1177/2150135119881369>

ANEXOS

Anexo 1.1 Antecedentes Internacionales de estudios sectoriales

Ver documento

Anexo 1.2 Antecedentes Nacionales de estudios sectoriales

Ver documento

Anexo 1.2. Documentos técnicos nacionales

Ver documento

Anexo 1.3. Antecedentes normativos

Ver documento

Anexo 1.4. Apartado estadístico

Ver documento

Anexo 1.5. Avances de la Evaluación de Capacidades de Gobernanza de las Autoridades Territoriales de Salud

Ver documento

Anexo 1.6. Problemas identificados para cada una de las dimensiones de gobernabilidad y gobernanza del talento humano en salud

Ver documento

Anexo 1.7. Capacidad de la fuerza laboral en Colombia para implementar las Funciones Esenciales de Salud Pública

Ver documento

Anexo 1.8. Evaluación FESP Desarrollo de Recursos Humanos para la salud. Colombia 2023

Ver documento

Anexo 1.9. Árboles de problemas

Ver documento

Anexo 1.10. Recomendaciones para la implementación de la Educación Interprofesional (EIP) y Práctica Colaborativa Interprofesional (PCI)

Ver documento



Anexo 1.11. Recomendaciones de seguridad para equipos de salud

[Ver documento](#)

Anexo 1.12. Impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de la salud: construyendo resiliencia en territorios durante el postconflicto

[Ver documento](#)

Anexo 1.13. Síntesis Rápida: Evaluación del impacto de la densidad de Recursos Humanos en Salud en el acceso a la atención, en los resultados sanitarios y estrategias para una distribución equitativa

[Ver documento](#)

Anexo 1.14. Recomendaciones para la elaboración de los planes de incentivos para el Talento Humano en Salud

[Ver documento](#)

Anexo 1.15. Entidades participantes y actores identificados en la Formulación de la Política Pública del Talento Humano en Salud

[Ver documento](#)