

# Principios de atención integral

## **Breve descripción:**

La atención y accesibilidad a los servicios de salud es un elemento fundamental en el desarrollo de las actividades de salud pública, porque, es un determinante en la calidad de vida y bienestar de las personas. Por esto, en este componente se estudiará el funcionamiento del sistema de atención integral en salud, procedimientos y normatividad asociada al cuidado ambiental y salud pública.

---

**Julio 2023**

## Tabla de contenido

Introducción.....	4
1. Política de atención integral en salud .....	4
1.1. Marco estratégico de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) .....	6
1.2. Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) .....	9
2. Metodología de evaluación de programas de salud .....	22
2.1. Enfoques y alcances de evaluación .....	23
2.2. Etapas del proceso de evaluación .....	24
3. Sistemas de recolección de información en salud .....	32
3.1. Clasificación de los sistemas de recolección de información.....	32
3.2. Instrumentos de recolección de información existentes en Colombia ...	33
4. Normas de seguridad y conservación del medio ambiente y salud pública ..	35
4.1. Normatividad de importancia .....	36
4.2. Otras normas .....	38
4.3. Principio de rigor subsidiario .....	40
4.4. Matriz legal ambiental .....	41
Síntesis .....	43
Material complementario .....	44
Glosario .....	45

Referencias bibliográficas.....	47
Créditos.....	50

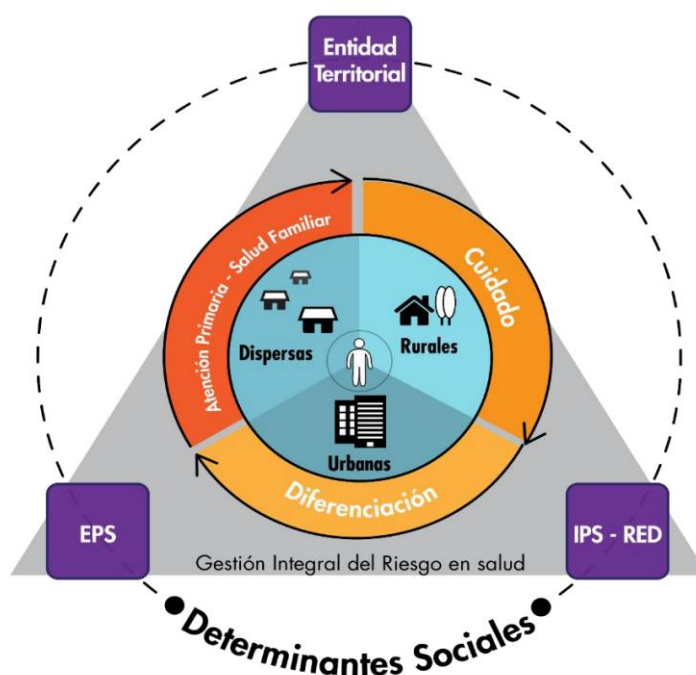
## Introducción

De acuerdo con el documento del Ministerio de Salud y Protección Social (2016), su política de atención integral en salud se define como un sistema de salud al servicio de la gente. Esta política nace en pro de garantizar el derecho a la salud, en consecuencia, el objetivo principal es mejorar la salud de la población a través del acceso a los servicios de manera oportuna, eficaz, con calidad y acogiendo el principio de promoción de la salud. Por esta razón el objetivo de este componente formativo denominado **Principios de atención integral**, es que profundice sobre el sistema integral en salud, como sus procedimientos, métodos de evaluación y normas de seguridad, tanto para la salud pública como para la conservación del medio ambiente. Por lo anterior le invitamos a desarrollar con mucho entusiasmo el presente componente formativo.

### 1. Política de atención integral en salud

La política, al ser integral, hace referencia a la igualdad de trato y oportunidades en acceso. Todas las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación están disponibles para cualquier persona que las requiera. Garantizar el derecho a la salud de cada individuo requiere de un trabajo coordinado entre diferentes entidades y actores, además, pueden hacer parte de este trabajo, desde las que tienen un alcance local como prestadoras de servicios hasta las que tienen un alcance nacional como los ministerios. Cuando se realiza esta coordinación se crean planes de desarrollo territoriales que se articulan con el plan decenal de salud pública y se evalúan con instrumentos derivados del plan nacional de desarrollo.

La interacción de las entidades territoriales, las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS), se articulan haciendo una gestión integral del riesgo en salud, identificando las causas que pueden generar enfermedades, haciendo énfasis en el cuidado teniendo en cuenta la diferenciación y prestando una atención primaria en zonas rurales, urbanas y dispersas.



**Fuente:** Ministerio de salud y de protección social (2016). Política de atención integral en salud (p. 31)

Es así como la política de atención integral en salud, está conformada principalmente por dos columnas: el marco estratégico, y el modelo operacional.

- A. Marco estratégico:** convierte principios, objetivos y estrategias.
- B. Modelo operacional:** adopta mecanismos, instrumentos operativos y de gestión.

## **1.1. Marco estratégico de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS)**

a transformación del modelo institucional de la Ley 100 (1993) a los objetivos de un sistema de salud centrado en la población y sus relaciones a nivel familiar y comunitario, está contenida en la política de atención integral en salud. Esta transformación incluye las estrategias e instrumentos que permiten hacer el cambio. En términos globales existen cuatro estrategias, las cuales son:

### **La Atención Primaria en Salud (APS)**

Es la estrategia básica social, clínica y científica que provee asistencia a las personas, al tiempo que integra las necesidades de la población, la respuesta del sistema y los recursos disponibles con un enfoque de salud familiar y comunitaria. Cuando se habla de este enfoque se tiene en cuenta la coordinación de los procesos primarios de la salud en la población en general, se realizan trabajos que se tienen como prioridad los problemas de salud que no requieren alta tecnología médica para su solución.

La atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria permite también tener una mayor cercanía al equipo de salud, una mejor comprensión de las enfermedades, mejora la percepción y confianza en los servicios de salud e involucra a la comunidad en la toma de decisiones de salud pública. Esta atención es universal, intercultural, con enfoque diferencial, integral, comunitario, transparente, sostenible, eficiente, progresiva e irreversible. Contiene además diversas estrategias que son:

**A. El cuidado de la salud:** Son las capacidades, decisiones y acciones que toma una persona para proteger su salud, la de su familia, la de su comunidad y el medio ambiente. La base del cuidado de la salud es el autocuidado, así que depende del conocimiento que tenga cada individuo en temas de salud, higiene, nutrición, estilos de vida, manejo de estrés, uso de tecnología, entre otras.

El cuidado de la salud es una de las estrategias más importantes debido a que institucionalmente se pueden hacer campañas de promoción y prevención de la enfermedad, pero puede que estas no tengan ningún resultado visible si los individuos no tienen acciones de autocuidado.

Adicionalmente, el cuidado a la salud también tiene en cuenta cómo los servicios de la salud se acercan a la comunidad debido a que estos deben cumplir con tres condiciones básicas para tener una relación óptima, estos son:

- **Permitir la libre personalidad:** para que sea una decisión personal adquirir los hábitos de vida saludable.
- **Consolidar redes de apoyo y socialización:** para que todos los individuos conozcan los hábitos saludables.

**B. La gestión integral del riesgo en salud:** Es la estrategia que permite la articulación de los objetivos con la financiación y prestación de servicios creando una sinergia de todos los componentes del sistema, minimizando su riesgo y optimizando su funcionamiento. Algunas de las acciones que se realizan dentro de la gestión integral del riesgo en salud son: la caracterización y clasificación del riesgo de las personas, conformación de

grupos de riesgo, intervención sobre la apropiación individual del riesgo, monitoreo y seguimiento de intervenciones, gestión de la calidad de los procesos de atención, entre otros.

Por otra parte, la gestión integral del riesgo en salud, busca minimizar el riesgo de ocurrencia de una enfermedad y, en caso de aparecer reduce la severidad de las consecuencias. Cuenta con un componente colectivo y uno individual.

#### **Componente colectivo:**

- Liderado por entidades territoriales articuladas con otras instituciones.
- Su finalidad es disminuir la aparición de una morbilidad.

#### **El enfoque diferencial en la atención**

Es la estrategia mediante la cual se reconocen las diferencias de las personas y comunidades en términos de determinantes sociales. Dentro de la estrategia de enfoque diferencial se tienen en cuenta las condiciones de vulnerabilidad y potencialidad asociada a factores físicos, psíquicos, sociales, psicosociales, culturales, económicos, ambientales, entre otros.

Existen dos grandes visiones de la diferenciación:

- A. La primera es poblacional:** que ve la vulnerabilidad como un gradiente que incrementa la probabilidad de ser afectado por un riesgo de cualquier naturaleza. Puede originarse en condiciones permanentes como ancianidad, discapacidad o pobreza estructural no intervenida, o en



condiciones transitorias como desplazamiento forzoso, victimización por conflicto o caídas drásticas de ingresos económicos.

- B. La segunda es la diferenciación territorial:** donde se tienen en cuenta necesidades específicas culturales, territoriales, geográficas, ambientales, entre otras. El sistema de salud entonces debe ajustarse a cada contexto para tener en cuenta tanto las diferenciaciones poblacionales como las territoriales.

## **1.2. Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)**

Es el modelo operacional que adopta herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud a partir de estrategias definidas, las cuales son:

- A.** La atención se debe brindar con equidad, con una visión centrada en las personas, priorizando su bienestar y desarrollo.
- B.** Incrementa la capacidad resolutive de los servicios y permite el flujo de la información entre los usuarios y organizaciones de forma efectiva.
- C.** Detección de riesgos, curación de las enfermedades y disminución de la discapacidad.
- D.** Se establecen acciones de salud tales como el cuidado, la detección temprana, tratamiento, rehabilitación, paliación a lo largo de la vida.

### **Caracterización poblacional de acuerdo con el (PDSP) 2012-2021**

Es necesario organizar las poblaciones para que la atención y los servicios que se le prestarán sean acorde a sus necesidades y estén vinculadas con las metas propuestas en el plan nacional de salud pública.

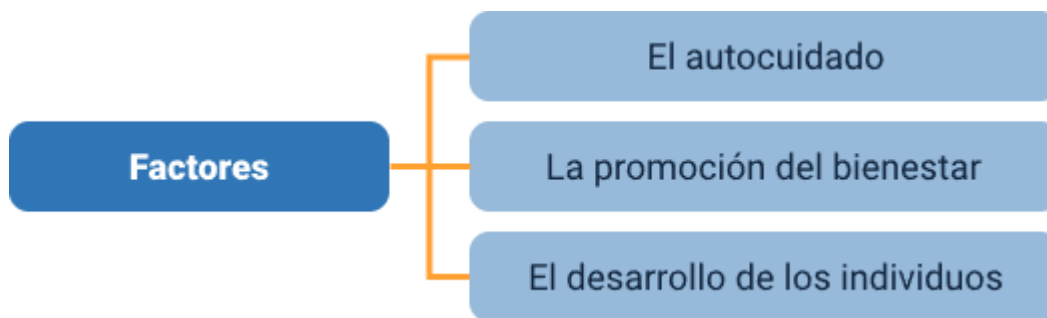
La organización de las poblaciones tiene dos enfoques, el primero es el curso de vida que ubica en el centro a las personas, familias y comunidades, permitiendo entender las relaciones dinámicas, las experiencias acumulativas y cómo estas impactan en la salud. El segundo enfoque es el de grupo de riesgo que tiene en cuenta condiciones similares en términos de interés en salud pública, comparten factores de riesgo, enfermedades, desenlaces clínicos similares por lo que se organizan bajo seis criterios los cuales son:

- A.** Grupos sociales de riesgo.
- B.** Enfermedades de alta frecuencia y cronicidad.
- C.** Enfermedades prioritarias en salud pública.
- D.** Enfermedades con tratamientos de alto costo.
- E.** Condiciones intolerables para la sociedad.
- F.** Enfermedades de alto costo.

La caracterización de la población debe hacerse para todos los ámbitos territoriales con el fin de tener en cuenta los resultados en las formulaciones de los planes territoriales de salud.

### **Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)**

Las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), son un instrumento regulatorio básico que permite la atención de las prioridades en salud, tienen un objetivo social que es la ganancia en salud y la disminución de la carga de enfermedad. Así mismo, son herramientas que definen las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención. Se tienen en cuenta varios factores entre los que se encuentran:



**Están diseñadas para los diferentes agentes del sistema:** entes territoriales, aseguradores y prestadores de salud. Esta articulación permite que a partir de las RIAS se consoliden acciones del plan de intervenciones colectivas y del plan de beneficios. Existen tres tipos de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) estas son:

- A. Ruta de promoción y mantenimiento de la salud:** maneja los riesgos colectivos en salud y protección de la salud, promueve entornos saludables, desarrollo de individuos e incluye acciones de cuidado desde y hacia el individuo.
- B. Ruta de grupo de riesgo:** incorpora actividades individuales y colectivas, está dirigida hacia la identificación oportuna de los factores de riesgo y su intervención.
- C. Ruta específica de atención:** aborda condiciones específicas orientadas al tratamiento, rehabilitación y paliación.

Entre otras características de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), se encuentran:

- A.** Documentan, monitorean y evalúan los resultados y las diferencias.
- B.** Facilitan la identificación de los recursos humanos, de infraestructura y financieros apropiados.

- C. Describen explícitamente los elementos clave de la atención basada en la evidencia, las mejores prácticas, y las expectativas de los usuarios.

### **Implementación de la Gestión Integral del Riesgo de Salud (GIRS)**

Es necesaria la coordinación, monitoreo y ajuste de todas las acciones planificadas en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) debido a esto nace la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS), que busca anticiparse a la ocurrencia de los eventos de interés en salud pública, prevenir las enfermedades, así como las discapacidades producidas por estas.

La Gestión Integral del Riesgo de Salud (GIRS) se vuelve operativa mediante:

- A. La identificación y ponderación de los riesgos de salud pública, la priorización de grupos de riesgo y la armonización de los diferentes actores.
- B. Recolección y análisis de evidencias sobre la detección del riesgo.
- C. Desarrollo y adaptación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).
- D. La identificación de circunstancias que inciden en la aparición de la enfermedad.

La Gestión Integral del Riesgo de Salud (GIRS), requiere de la participación de varios agentes entre los cuales se encuentran:

- A. **Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB):** coordinan la gestión individual del riesgo en salud, monitorean acciones orientadas a minimizar el riesgo a padecer de enfermedades.

- B. Red de servicios:** manejan la integralidad del riesgo de cada individuo, comunican ese riesgo y realizan las intervenciones clínicas.
- C. Entidad territorial:** coordina todos los agentes del sistema con los demás sectores, ejecuta gestión colectiva del riesgo, los identifica, comunica y genera estrategias preventivas.
- D. Afiliado:** es el individuo responsable del autocuidado, también se incluye la familia y los cuidadores.

Para tener una mejor eficiencia y poder realizar un cumplimiento de los objetivos la Gestión Integral del Riesgo de Salud (GIRS) deben basarse en los grupos de riesgo y en los requerimientos de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).

### **Delimitación territorial del modelo integral de atención en salud**

Cada territorio tiene necesidades particulares, por eso la operación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), debe adaptarse a las diferentes condiciones, no solo desde un punto de vista físico, sino que se deben incluir las características sociales, geográficas, étnicas y de género.

Hacer más efectiva la operación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), es una prioridad, esto por ello, es necesario armonizar las funciones para los dos tipos de entidades territoriales, municipio y departamento, y también se necesita homologar el encuadre territorial del modelo y la operación de los tres agentes del sistema (ente territorial, Entidad Administradora de Beneficios (EAPB) y redes de prestación) con la población del territorio.

El modelo de atención MIAS, reconoce tres tipos de ámbitos territoriales que son:

- A. Urbano:** hay una alta agregación de población, densidad y accesibilidad geográfica. De acuerdo con el artículo 65 del plan de desarrollo 2014-2018, son territorios con más de un millón de habitantes, no existe una barrera relevante entre los servicios de salud y la población.
- B. Alta ruralidad:** estos son la mayoría de los municipios de Colombia, la oferta de servicios tiende a ser monopólica, normalmente es pública, sin embargo, es de baja complejidad y tiene poca capacidad.
- C. Dispersos:** son municipios de densidad poblacional muy baja, tiene muchas limitaciones en los servicios, barreras geográficas y carencia de vías de acceso.

Teniendo en cuenta los diferentes ámbitos, se deben adaptar las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), conformar y organizar las redes de salud y tener criterios diferenciales en la operación de los aseguradores para poder atender a todos los afiliados de forma oportuna.

Debido a la complejidad que puede presentar la implementación de los servicios de la salud, lo más recomendable es crear redes integrales que permitan aprender de los procesos y prestar un mejor servicio.

### **Redes integrales de prestadores de servicios de salud**

La red integral de prestación de servicios de salud, surge a raíz de las necesidades de la población ubicada en un ámbito territorial, el riesgo de las aseguradoras para su población afiliada, los requerimientos de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y los resultados de los grupos poblacionales y grupos de riesgo, el siguiente

video expone este importante tema de manera más detallada con el video que se expone a continuación:

**Video 1. Redes integrales de prestadores de servicios de salud**



**Enlace de reproducción del video**

**Síntesis del video: Redes integrales de prestadores de servicios de salud**

La red integral de prestación de servicios de salud surge a raíz de las necesidades de la población ubicada en un ámbito territorial, el riesgo de las aseguradoras para su población afiliada, los requerimientos de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y los resultados de los grupos poblacionales y grupos de riesgo.

Concretamente, se articulan organizaciones funcionales en temas de salud tanto públicas como privadas teniendo en cuenta las condiciones de operación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y bajo principio de disponibilidad, adaptabilidad, accesibilidad y calidad, contando con recursos humanos, técnicos y financieros para formar una red integral de prestadores de servicios de salud.

Cada red debe consolidarse para una población y entorno territorial de referencia y deberá contar con dos componentes prestacionales que son:

**Componente primario de prestación:** se encarga de las actividades definidas como primarias de acuerdo con las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), este componente debe resolver mínimo el 80% de los problemas de salud de la población por lo que debe ser cercano a la comunidad, debe prestar varios servicios con diferentes prestadores que pueden ser públicos, privados o mixtos, deben estar direccionados al cumplimiento de los objetivos de la gestión integral.

**Componente complementario de prestación:** se encarga de las acciones individuales de mayor complejidad en la atención. Está dirigido a la atención de eventos de enfermedad que requieren tecnología o competencias especializadas y que no están disponibles en el componente primario.

Algunos elementos que la red integral de prestación de servicios de salud debe tener en cuenta para su gestión son:

- La identificación de la capacidad instalada reportada para la atención de la prioridad.



- La definición de procesos, procedimientos y mecanismos administrativos para la contratación, recepción de cuentas, reconocimiento y pago de servicios a prestadores.
- La definición de procesos, procedimientos, mecanismos administrativos y asistenciales para la gestión del flujo de pacientes, el sistema de referencia y contrarreferencia, la red de urgencias, contratación, recepción de cuentas, reconocimiento y pago de servicios de prestadores, capacitación y actualización continua para promover el desarrollo de competencias del personal encargado de la operación de la red, la gestión de los reportes obligatorios de información, entre otras.

### **Redefinición del rol del asegurador**

Es muy necesario reconocer las responsabilidades de los aseguradores sociales y lo que deben fortalecer y mejorar continuamente para prestar un servicio de calidad de cara a sus asociados.

Las funciones generales del aseguramiento social en salud incluyen:

- A.** Protección frente al riesgo financiero derivado del riesgo en salud de la población. En el aseguramiento social colombiano no hay deducibles, exclusiones ni periodos de latencia por lo que el asegurador debe asumir ese riesgo.
- B.** Agencia, bajo el cual el asegurador representa al afiliado y puede efectuar compras en volúmenes o intervenir en la prestación de servicios de manera que le permita reducir los precios de los bienes, servicios y controlar los costos.

- C. Efecto de acceso y de resultados en salud, que permite al asegurado acceder a servicios adecuados a sus riesgos y con resultados previsibles, más allá de las restricciones financieras derivadas de sus ingresos.

En el contexto del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) el asegurador, entre otras competencias debe:

- A. Identificar y calcular los riesgos en salud de su población afiliada.
- B. Conformar grupos de riesgo.
- C. Adoptar, adaptar o desarrollar rutas integrales de atención.
- D. Gestionar la demanda.
- E. Disponer y aplicar mecanismos de contratación, mecanismos de pago orientados a resultados.

### **Redefinición del esquema de incentivos**

Para hacer posible el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), los incentivos se orientan hacia los resultados esperados, se tiene especial precaución en que los resultados se hacen viables sin poner en riesgo la sostenibilidad del sistema. Garantizar esta sostenibilidad es responsabilidad tanto del prestador como de los proveedores de insumos, de este modo deben articularse para redefinir la unidad de atención garantizando el derecho en la integridad y asegurando que los servicios y tecnologías de salud se suministren de manera completa.

Los pagos deben realizarse de acuerdo con la formulación de la ley estatutaria y las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) definidas. Estos pagos deben ser integrales, regulados y de forma tal que generen incentivos en forma de descuentos cuando se minimicen riesgos para el sistema de salud.

Al mismo tiempo se deben desarrollar incentivos a los usuarios teniendo como objetivo el autocuidado, participación en diferentes programas, adherencia a tratamientos y otros, con el fin de garantizar la calidad y la centralización del sistema en el ciudadano. Son varios los requerimientos y procesos que se deben cumplir dentro del sistema de información en salud.

### **Requerimientos y procesos del sistema de información**

El sistema de salud debe estar centrado en el ciudadano, por lo tanto, se debe contar con la información necesaria para su atención; esta información debe recolectarse, analizarse y disponerse individualmente para después gestionarse permitiendo integrar así los requerimientos de los agentes en el sistema de salud, se presentan estos requerimientos a través del siguiente video:

#### **Video 2. Requerimientos y procesos del sistema de información**



[Enlace de reproducción del video](#)

### **Síntesis del video: Requerimientos y procesos del sistema de información**

El sistema de salud debe estar centrado en el ciudadano, por lo tanto, se debe contar con la información necesaria para su atención; esta información debe recolectarse, analizarse y disponerse individualmente para después gestionarse permitiendo integrar así los requerimientos de los agentes en el sistema de salud.

La gestión de la información permite hacer análisis individuales, de comunidades o de ámbitos territoriales, lo que permite obtener la relación de las poblaciones con sus determinantes sociales.

El modelo de información en salud debe estar alojada en un solo sitio y debe estar disponible para su estudio; sin embargo, para todos los agentes del sistema se les debe garantizar el derecho a la intimidad y el derecho a la privacidad.

Así mismo la información debe permitir comparación y trazabilidad al estar almacenada preferiblemente en medios electrónicos bajo mecanismos de seguridad, de este modo es posible realizar seguimiento de resultados, establecer incentivos y realizar ajustes en caso de ser necesario.

### **Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud (RHS)**

La base fundamental en el sistema de salud de cualquier país es el talento humano, esto incluye a todas las personas que hacen su aporte tanto administrativo y de gestión como en el cuidado y la atención a pacientes, donde su objetivo primordial debe ser el cuidado con calidad tanto preventivo como en la enfermedad.

Para el fortalecimiento de desarrollo del RHS se deben realizar acciones a nivel de cuatro ejes que son:

- A. La formación del Recurso Humano en Salud (RHS):** incluye cambio en procesos académicos, fortalecimiento de gremios, entidades territoriales, coordinación con la población, prestador y asegurador. Para tener resultados a corto plazo se realizan acciones de formación continua en el nivel primario. A mediano plazo se abren programas de especializaciones y posgrados en medicina y salud familiar, también se forman médicos en diferentes territorios del país. A largo plazo se ajustan planes curriculares en el sector salud y se evalúan la calidad y pertinencia de estos para el mejoramiento continuo.
- B. La armonización del Recurso Humano en Salud (RHS):** con el esquema de cuidado integral y provisión de servicios: se desarrollan equipos multidisciplinarios en salud y se diseñan nuevos perfiles como promotores de salud, parteras, líderes comunitarios entre otros, de modo que se genere un desarrollo progresivo en los modelos territoriales de salud, de acuerdo con las orientaciones del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).
- C. El fortalecimiento del Recurso Humano en Salud (RHS):** responsable de la planeación y gestión territorial en salud: es la definición participativa de las competencias que exige la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) a nivel de la administración, gestión, gerencia y planeación en salud.

**D. Gestión:** planificación y mejoramiento de condiciones laborales del Recurso Humano en Salud (RHS) a nivel nacional y territorial.

### **Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación de conocimiento**

Mejorar continuamente el sistema de salud, se logra a partir del fortalecimiento de los sistemas de información, implementando nuevas tecnologías y fortaleciendo la investigación e innovación en sistemas y servicios de salud a nivel nacional y regional.

El fortalecimiento de los programas debe orientarse a solucionar las necesidades en salud de las poblaciones, al tiempo que se garantizan la sostenibilidad financiera, gerenciar eficientemente los recursos, plantear políticas públicas en beneficio de los ciudadanos y dar acceso a los adelantos que se logren a la comunidad en general.

Así como se fortalece la innovación y la investigación, también es necesario incrementar la capacidad de atención del sistema, aumentar el territorio donde hay presencia de instituciones del sector salud y mejorar la gobernanza de los recursos:

## **2. Metodología de evaluación de programas de salud**

Naranjo (2006), en su artículo evaluación de programas de salud, establece que los programas de salud están diseñados para alcanzar unos objetivos concretos con el fin de mejorar el estado de salud de una población. En particular lograr estos objetivos requiere de actividades coherentes, organizadas e integradas de diferentes actores de la sociedad; con el fin de poder realizar revisiones y ajustes necesarios a los programas de salud es necesario hacer constante análisis y evaluación, donde se verifica si se están cumpliendo los objetivos para los cuales fue creado cada programa.

Las evaluaciones que se ejecuten deben tener una estructura definida y un proceso claro, así como una estructura sistemática y objetiva que minimicen al máximo el sesgo del evaluador, que permita ver el programa desde diferentes enfoques, entre los cuales están:

- A.** Valoración sistemática y objetiva.
- B.** Uso de procedimientos científicos para investigar la efectividad de los programas.
- C.** Procedimientos para orientar la toma de decisiones en las diferentes fases de ejecución de un programa.

Álvarez, C (2014), en su manual de operación denominado el modelo de evaluación de programas de salud resalta también la importancia de la evaluación de las estrategias y programas de salud, visto que es una herramienta esencial para la toma de decisiones y el mejoramiento paulatino de los programas y sus estrategias.

Por lo cual, las personas que participen de un programa de salud deben estar ampliamente capacitados en técnicas de evaluación y deben ejecutarla a través de diferentes etapas.

## **2.1. Enfoques y alcances de evaluación**

El mismo autor, menciona que debido a los diferentes objetivos que pueden llegar a tener los programas de salud, es necesario tener enfoques que se adapten a la evaluación de esos objetivos al tiempo que se determina el alcance de los ítems a evaluar.

**En general hay dos grandes corrientes de evaluación:**

- A.** Evaluación enfocada al estudio de la estructura: se presta principal atención al contexto, los insumos, procesos, en general son los resultados inmediatos.
- B.** Evaluación enfocada a los resultados: se centra la atención en los resultados intermedios y largo plazo, se basa en los objetivos establecidos previamente en los programas.

Cuando se habla del alcance de la evaluación se puede realizar en distintos niveles:

- A. Alcance global:** integra la medición de las necesidades de salud de una población, tiene en cuenta las políticas públicas a las cuales esa población está sujeta y al mismo tiempo evalúa si alguna vez se han desarrollado otros programas de salud con la comunidad.
- B. Alcance operativo:** se define la evaluación en términos de la estructura y los procesos de atención a la salud, los procesos para prestar el servicio y los equipos con los que se cuenta.

## **2.2. Etapas del proceso de evaluación**

En el mismo manual de operación en referencia al modelo de evaluación de programas de salud, el autor, manifiesta que, en términos generales, el proceso de evaluación de un programa o alguno de sus componentes, debe ser planeado y organizado cuidadosamente. Sin embargo, generalizando los procesos evaluativos se puede dividir en tres grandes etapas:



- A. Diagnóstico del entorno del programa y definición de propósitos generales de la evaluación.
- B. Descripción del programa a evaluar.
- C. Diseño metodológico y trabajo de campo, incluidos los aspectos relativos a la elaboración de informes y retroalimentación a los usuarios de la información.

En la siguiente figura se precisan estas tres etapas:

**Figura 1.** Etapas del proceso de evaluación



**Nota:** tomado de Álvarez, C. (2014). Manual de operación, el modelo de evaluación de programas de salud (p.35).

A continuación, se analizarán a profundidad los procesos dentro de las etapas del proceso de evaluación:

**Diagnóstico del entorno del programa y definición de propósitos generales de la evaluación**

Realizar un diagnóstico del entorno del programa es un proceso que debe tener en cuenta varios lineamientos y diferentes puntos de vista para tener un concepto global y establecer los propósitos generales de la evaluación.

En primera medida, se realiza el reconocimiento del contexto de operación del programa y una vez reconocido se procede a determinar los propósitos, en caso de no hacer un reconocimiento del contexto se pueden plantear propósitos que no se pueden cumplir o que simplemente no se necesitan, esto genera costos innecesarios en los programas y retrasos en los tiempos de ejecución de propósitos que sí son necesarios.

### **Reconocimiento del contexto de operación del programa**

Esta actividad se considera la base de los programas en salud, es tan relevante que debe ser considerada antes de iniciar la planeación y desarrollo de las actividades de evaluación de programas. Dentro del reconocimiento se debe estudiar el programa y los posibles problemas que este puede presentar sobre todo en términos de operación. Debido a esto, se deben realizar visitas de campo, entrevistas informales con trabajadores y beneficiarios, revisión de infraestructura y de ser necesario elaborar listado de requerimientos.

Cuando la evaluación se hace sobre un propósito poblacional es necesario identificar las características de las localidades, los servicios de salud, los perfiles del personal, la infraestructura que incluye los centros de salud, archivos, consultorios, equipos y ver si todo está articulado en función de la comunidad. Por ejemplo, de nada serviría tener una infraestructura adecuada si el horario de atención no se ajusta a las necesidades poblacionales, o si esta no puede acceder al lugar porque no hay vías.

## Determinación de los propósitos de la evaluación

Este punto es clave para atender las expectativas de los usuarios principales, determinando si los propósitos que se quieren alcanzar corresponden a los requerimientos de información de quien toma las decisiones.

Los propósitos principalmente se deben determinar teniendo en cuenta la efectividad, eficiencia y el impacto final de cada programa, sin embargo, para fines administrativos también se puede tener una perspectiva de enfocar los propósitos de evaluación frente a la calidad de la atención, necesidades o cumplimiento de la normatividad institucional.

Un ejemplo de un propósito definido acorde a la efectividad, eficiencia e impacto final es: **determinar las coberturas de atención de los programas de prevención y promoción de la salud a nivel de la población usuaria de servicios.**

Mientras que un propósito con un fin administrativo sería: determinar la calidad de la atención médica hospitalaria para población adscrita al Sistema de Protección Social en Salud y el grado de satisfacción de sus usuarios.

Cabe resaltar que **los propósitos no son excluyentes y que se pueden alcanzar de manera simultánea o progresiva**; sin embargo, cada uno de los propósitos debe medirse con distintas metodologías, instrumentos y criterios de evaluación, así como deben disponer de diferentes recursos materiales y financieros para poder cumplirse.

Los programas deben ser claros para que no se presente ningún tipo de ambigüedad, al tiempo que se articulan con los objetivos y cuente con los recursos necesarios.

## **Descripción del programa a evaluar**

Esta etapa es una de las actividades más delicadas debido a que es el acercamiento formal del evaluador con el objeto de estudio y eso hace que conozca a detalle cada uno de los componentes del programa. En este punto, de ser necesario, se deben incorporar programas de intervención, mecanismos de control de gestión, parámetros de comparación, seguimiento de objetivos, metas y actividades de los programas, entre otros instrumentos, por lo que la decisión del evaluador incide directamente en la calidad del programa.

- A.** El evaluador debe determinar rasgos generales si:
- B.** El programa es ambiguo o poco claro.
- C.** Las metas y actividades son precisas.
- D.** Los resultados adicionales a los objetivos son trascendentales.
- E.** Los recursos materiales y físicos están disponibles.

Luego de realizar los respectivos análisis, el evaluador debe entregar un informe que por lo menos debe tener los siguientes elementos:

- A.** Objetivos del programa.
- B.** Recursos de operación.
- C.** Indicadores y metas.
- D.** Financiamiento con calendario y conceptos de gasto.
- E.** Evidencias de las acciones realizadas a la fecha.

## **Formulación de preguntas de evaluación**

El proceso evaluativo se basa en la determinación de las preguntas de evaluación, estas preguntas deben ser congruentes con los criterios de evaluación y deben estar relacionadas con los propósitos generales de la evaluación y del programa.

Se recomienda que las preguntas de la evaluación cumplan con las siguientes características:

- A.** Deben ser exhaustivas y realizadas a todo el personal estratégico que forma parte del programa.
- B.** Deben haber sido consensuadas con los tomadores de decisiones para garantizar que sean preguntas útiles para el programa.
- C.** Deben haber sido seleccionadas y agrupadas para mantener un enfoque metodológico.

Las preguntas siempre deben tener un marco lógico de acuerdo con el programa, una estructura adecuada, evaluar los resultados esperados del programa, los recursos utilizados, los tiempos gastados y la relación entre diferentes acciones con sus respectivos resultados.

## **Diseño metodológico y trabajo de campo**

Una vez se definen los propósitos, el diseño metodológico es el cómo se van a realizar, para ello es necesario hacer diseño de estudio y planes de acción, definir los instrumentos y fuentes de información y organizar y ejecutar la supervisión del trabajo de campo.

## **Diseño de estudio y plan de acción**

Esta etapa permite definir los procedimientos de estudio, la selección de las personas que serán estudiadas y las variables e instrumentos con las que se realizará la recolección de información. A través del diseño de estudio se busca maximizar la confiabilidad y validez de los datos al tiempo que se reducen los posibles errores en los resultados. Para ello se debe hacer un análisis estadístico en la cantidad de información a recolectar teniendo en cuenta principios como muestra, universo, nivel de confiabilidad, entre otros.

El diseño de estudio debe ir de la mano con el plan de acción donde se determina si se hará una sola medición o si es necesario que se realicen mediciones comparativas y longitudinales, por ejemplo, determinar si hay un medicamento disponible en un centro de salud requerirá de solo una medición, si se habla de eficiencia en gastos de atención en salud por paciente atendido requerirá la comparación con otros puntos de atención para determinar que en promedio se gasta la misma cantidad de recursos en un paciente de un punto A, que en un paciente de un punto B. Finalmente, si se habla de satisfacción de la atención es necesario hacer un estudio antes, durante y después de la prestación del servicio para garantizar la confiabilidad de los resultados.

## **Definición de instrumentos y fuentes de información**

La confiabilidad, precisión, exactitud y reproducibilidad de los datos obtenidos en cualquier evaluación dependen de los instrumentos con los que se realice y de las fuentes de información seleccionadas.

Dada la importancia de este procedimiento es necesario realizarlo de forma técnica y precisa, para ello se pueden utilizar:

- A. Diseños no experimentales:** son procesos donde se realiza una sola medición, no hace falta tener resultados previos ya que estos no van a influir sobre los resultados ni tampoco es necesario hacer mediciones posteriores.
- B. Diseños experimentales para la evaluación de programas:** aseguran los resultados obtenidos, tienen un gran rigor científico y la experimentación se hace a condiciones reales, no se permite la extrapolación de resultados.
- C. Diseños experimentales para la evaluación de programas:** en este caso es válido experimentar en condiciones diferentes a las reales, son útiles cuando se quiere por ejemplo aplicar la introducción de nuevas técnicas de capacitación.
- D. Diseños cuasi-experimentales:** en este tipo de estudios el evaluador puede intervenir en las condiciones en las que se conducirá el estudio.

### **Organización, ejecución y supervisión del trabajo de campo**

Cuando se van a realizar las actividades de evaluación, es importante contar con un coordinador de equipo, que conduzca tanto las actividades técnicas como las administrativas a fin de optimizar tiempos, al igual es recomendable que haya investigadores de campo, estadistas e informáticos en el equipo, así como un administrador de recursos financieros.

Los resultados de la ejecución de la evaluación deben presentarse en un informe técnico que incluye el nombre de las personas que realizaron el estudio, resumen de

las actividades desarrolladas, introducción con antecedentes, objetivos claros, métodos explicados, resultados con interpretación, conclusiones y bibliografía.

### 3. Sistemas de recolección de información en salud

Mantener información documentada sobre los sistemas de salud, las estrategias de intervención implementadas y las condiciones generales de la población permite actuar de manera apropiada ante eventos no deseados como pandemias, enfermedades colectivas, entre otros.

De acuerdo con Bernal, O., y Forero, J, (2011) en su artículo sistemas de información en el sector salud en Colombia, se puede definir a los sistemas de recolección como:

“Aquel que integra la recolección, procesamiento y reporte de información necesaria para el mejoramiento de los servicios de salud, a través de una mejor gestión en todos los niveles del sistema” (p 88).

#### 3.1. Clasificación de los sistemas de recolección de información

Teniendo en cuenta que las organizaciones del sector salud, dependiendo de donde provienen sus recursos se subdividen en públicas y privadas, de la misma forma se podría hacer una primera aproximación de la clasificación de los sistemas de recolección, esto es:

**Públicos: dependientes del estado + Privados: prestadores de servicios de salud  
y agremiaciones = Sistemas de recolección**



Buscar información sobre las condiciones de salud de la población en Colombia se puede realizar gracias a la existencia de instrumentos de recolección de información que se han implementado durante la última década.

### **3.2. Instrumentos de recolección de información existentes en Colombia**

Aunque no todas las entidades prestadoras de servicios de salud pertenecen al estado, si todas están en la obligación de informar y reportar todas las variables que sean de especial seguimiento y que son determinadas por el Ministerio de Salud, como las que se exponen a continuación:

**A. SIVIGILA:** el sistema regulador y que consolida la información es el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), de acuerdo con Bernal, O., y Forero, J, (2011) “es un sistema de reporte de eventos de interés en salud pública, gestionado por el Instituto Nacional de Salud (INS), que reporta especialmente patologías infecciosas, aunque recientemente se ha adicionado un módulo de mortalidad materna” (p.90).

Este sistema siempre se encuentra en actualización para mejorar los reportes, una de las últimas actualizaciones más importantes fue realizada en el 2017 mejorando procesos de notificación y gestión de información que se aplicarán en el periodo del 2018 al 2020 (Instituto Nacional de Salud INS, 2017).



**B. SISPRO:** este sistema es considerado la bodega de datos de salud del país, en el cual integra datos e información de salud, pensiones, riesgos profesionales, trabajo, empleo y asistencia social. Cada fuente de información del Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO) tiene una estructura de reporte y consolidación independiente (Bernal, O y Forero, J, 2011).

Se puede definir algunas características generales del sistema que son:

- Conformado por bases de datos.
- Cuenta con información de oferta y demanda de servicios de salud y todo lo asociado a los mismos.
- Permite la construcción de indicadores.
- Recoge información de fuentes internas y externas del ministerio.



Adicionalmente, el Sistema Integrado de Información de la protección Social (SISPRO), es alimentado o construido por medio de diferentes reportes que recibe de otros instrumentos como:



#### 4. Normas de seguridad y conservación del medio ambiente y salud pública

La normatividad legal vigente es la base de todos los procesos ambientales y de salud pública, por lo cual es muy importante conocer a manera general la información

más relevante del tema; sin embargo, es importante aclarar que siempre se deben consultar las últimas actualizaciones.

De acuerdo con Bernal, O y Forero J, 2011, el marco legal muestra el contexto institucional a nivel gubernamental en el cual se desarrollan los sistemas de información de la salud en Colombia; Sin embargo, en este caso es importante definir y referenciar un término que es muy importante Salud Ambiental, de acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social (s.f.) en su página web referencia que:

La salud ambiental es un componente esencial de la salud pública que promueve la calidad de vida, donde el ser humano debe ser tomado en cuenta como un integrante más de los ecosistemas. Por lo tanto, los factores ambientales que pueden afectar la salud de nuestra población, no se reducen a los agentes físicos, químicos o biológicos; sino también, se deben incluir aquellos otros factores que afectan los ecosistemas; dentro de los cuales pueden mencionarse el cambio climático, la pérdida de la biodiversidad y la deforestación; los cuales influyen de forma directa o indirecta en la calidad de vida individual, familiar y colectiva.

Luego, en la búsqueda de normatividad aplicable a salud pública, también debe ser analizada la normatividad en temas de ambiente.

#### **4.1. Normatividad de importancia**

De acuerdo Bernal, O y Forero J, (2011), una de las leyes de mayor importancia en el sector salud es la Ley 100 (1993), que reformó al sector salud en el país, en el objeto, fundamentos y características del sistema. Establece, entre otros la protección integral, es decir que el sistema general de seguridad social en salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la

salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia.

La importancia de esta ley es que, aunque desde 1993 se estableció que se debe informar todos los aspectos relevantes al sistema de salud pública, la ley 100 (1993) definió responsabilidades de cada actor diferenciando el nacional del regional, así como hacer el seguimiento a elementos como:

**A.** Indicadores de precios de medicamentos.

**B.** Elementos de gestión y calidad.

Ahora bien, es importante reconocer y manejar los decretos vigentes que reglamentan diversos sectores como son:

- A. Decreto 780 (2016) Decreto único reglamentario del sector salud y protección social:** por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector salud y protección social, en su parte 8 normas relativas a la salud pública, título VIII sistema de vigilancia en salud pública.
- B. Decreto 1076 (2015) Decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible:** es una compilación de las normas expedidas por el gobierno nacional en cabeza del presidente de la república, la pretensión de esta iniciativa es recoger en un solo cuerpo normativo todos los decretos reglamentarios vigentes expedidos hasta la fecha, que desarrollan las leyes en materia ambiental.

## 4.2. Otras normas

El marco normativo del país en relación con salud pública y medio ambiente es de gran extensión, su análisis debe ser particular, es decir, en el momento de requerir se debe realizar una búsqueda exhaustiva de la información para analizarla, sin embargo, se resaltan algunas:

- A.** Ley 9 (1979) de acuerdo con García, C., García, J., y Vaca., M (2013) se creó el código sanitario nacional, adoptó un enfoque amplio de los aspectos que intervienen en la salud humana incluyendo elementos específicos en relación con la protección del medio ambiente, fundamentándose en la comprensión de que la relación del ser humano con su entorno ambiental es un determinante básico de la calidad de vida y la condición de salud.
- B.** Reglamento sanitario internacional (2005) el alcance es prevenir y proteger la propagación internacional de enfermedades, proteger, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos, evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacional.
- C.** CONPES 3550 (2008) lineamientos para la formulación de la política integral de Salud ambiental Con énfasis en los componentes de calidad de aire, calidad de agua y seguridad química.
- D.** Decreto 3678 (2010) define los criterios que deben tener en cuenta las autoridades para imponer sanciones de tipo ambiental.
- E.** CONPES 3700 (2011) estrategia Institucional para la Articulación de Políticas y Acciones en Materia de Cambio Climático en Colombia.

- F.** Política de salud ambiental (2011) adopta el modelo de determinación social de la salud, que considera que la salud o la enfermedad no son un acontecimiento de orden exclusivamente bio natural, ni se dan aisladas en un ambiente individual, sino que son la resultante de relaciones e interacciones dinámicas entre el individuo biológico, su entorno y sus condiciones de vida en los ámbitos económico, ambiental, cultural y político (García, C., García, J., y Vaca., M, 2013).
- G.** Objetivos de desarrollo sostenible (2015), agenda 2030: específicamente para este caso el objetivo 3 el cual busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.
- H.** Resolución 1536 (2015) por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud, estableciendo sus disposiciones las cuales están a cargo de las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal.
- I.** Resolución 518 (2015) por la cual se dictan disposiciones en relación con la gestión de la salud pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC).
- J.** Ley 1931 (2018) la cual define las características para la gestión del cambio climático de las personas públicas y privadas.
- K.** Resolución 1561 (2019) por el cual se establecen los términos de referencia para los estudios de impacto ambiental.

**Nota:** este es un recuento muy general de algunas normas, siempre es relevante en el momento de realizar la revisión verificar el histórico de la legislación puntual que es requerida e indagar por las nuevas actualizaciones o derogaciones que apliquen.

### 4.3. Principio de rigor subsidiario

En materia ambiental se aplica el principio de rigor subsidiario consagrado en el artículo 63 de la Ley 99 (1993) el cual indica que:

Principio de Rigor Subsidiario. Las normas y medidas de policía ambiental, es decir aquellas que las autoridades medioambientales expidan para la regulación del uso, manejo, aprovechamiento y movilización de los recursos naturales renovables, o para la preservación del medio ambiente natural, bien sea que limiten el ejercicio de derechos individuales y libertades públicas para la preservación o restauración del medio ambiente, o que exijan licencia o permiso para el ejercicio de determinada actividad por la misma causa, podrán hacerse sucesiva y respectivamente más rigurosas, pero no más flexibles, por las autoridades competentes del nivel regional, departamental, distrital o municipal, en la medida en que se descende en la jerarquía normativa y se reduce el ámbito territorial de las competencias, cuando las circunstancias locales especiales así lo ameriten, en concordancia con el artículo 51 de la presente Ley. **Congreso de la República de Colombia, 1993**

A partir de este principio se establece, que, sin importar la jerarquía de la legislación, en el campo ambiental, siempre se aplicará la norma de mayor rigurosidad, es decir, si hay dos normas que legislan sobre el mismo tema por ejemplo parámetros de calidad del agua, se deberá revisar cada uno de los valores de los parámetros y cumplir el de mayor rigurosidad, sin importar el nivel jerárquico de las normas.



#### 4.4. Matriz legal ambiental

Para establecer la normativa aplicable en el campo ambiental y de salud pública, se recomienda seguir los pasos establecidos por la construcción de una matriz de requisitos legales a través del procedimiento sugerido Rodríguez, F. (s.f.) de la secretaría de ambiente de Bogotá, esto es:

- A. Responsables:** definición de responsables.
- B. Legislación:** identificación de legislación, requisitos legales y otros requisitos (teniendo en cuenta el principio de rigor subsidiario).
- C. Periodicidad:** definición de la periodicidad de revisión y actualización.
- D. Distribución y comunicación:** definición de canales y mecanismos de distribución y comunicación.
- E. Evaluación:** determinación de la metodología de evaluación del grado de cumplimiento de cada requisito legal.
- F. Registro:** generación de un registro.

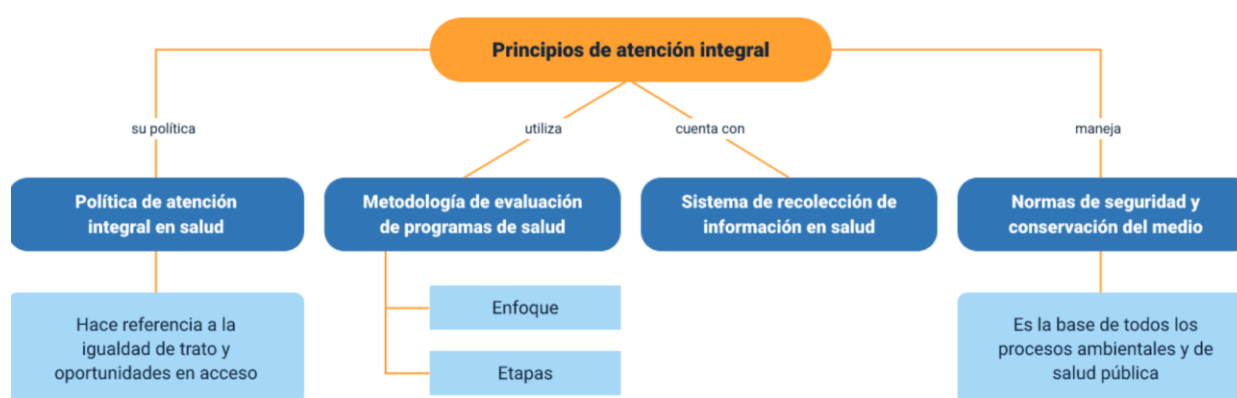
Usualmente las matrices legales de las organizaciones o entidades son desarrolladas en ese último paso de generación de un registro, el cual hace referencia a un documento donde quede consignado que base normativa fue identificada y si el proyecto o la organización lo cumple o no, para ello se realizan tablas con la siguiente información como mínimo:

- A. Tipo de norma:** describe la tipología de la norma que se identificó que es aplicable (ley, decreto, resolución, acuerdo, Norma Técnica Colombia NTC, entre otros).
- B. Número:** indicar el número de dicha norma.

- C. Fecha:** fecha en la cual se creó la norma y entró en rigor.
- D. Objeto:** resumir el objetivo de la norma y para qué es aplicable.
- E. Artículos que aplican:** resumir que artículos de la norma aplican a la organización.
- F. Aplicable:** en las últimas columnas se debe evaluar con una (x) si la norma se aplica actualmente o no en la organización.

## Síntesis

La calidad y oportunidad en la prevención y atención de enfermedades, es uno de los pilares fundamentales en la política de atención integral en salud, por lo que es necesario manejar muy bien sus conceptos, metodologías, protocolos y normatividad, entre otros temas que son abordados en este componente formativo y que se esquematizan a través del siguiente mapa conceptual.



## Material complementario

Tema	Referencia	Tipo de material	Enlace del Recurso
2.2 Etapas del proceso de evaluación	Álvarez, C & Lara, A. (2014). Modelo de evaluación de programas de salud. Manual de operación.	Manual gubernamental	<a href="https://saludcolima.gob.mx/images/documentos/ModeloDeEvaluacionDeProgramasDeSalud.pdf">https://saludcolima.gob.mx/images/documentos/ModeloDeEvaluacionDeProgramasDeSalud.pdf</a>
1.1 Marco estratégico de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS)	Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Política de Atención Integral en Salud.	Política pública	<a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf</a>
4.4 Matriz legal ambiental	Rodríguez, F. (s.f.). Matriz de requisitos legales. Programa de gestión ambiental empresarial. Secretaria Distrital de Ambiente (SDA). Bogotá. Colombia.	Presentaciones	<a href="https://oab.ambientebogota.gov.co/?post_type=dln_download&amp;p=3357">https://oab.ambientebogota.gov.co/?post_type=dln_download&amp;p=3357</a>

## Glosario

**Afiliación:** es el procedimiento mediante el cual los potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado y su núcleo familiar se vinculan al Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

**Contrarreferencia:** es la respuesta que las IPS receptoras de la referencia, dan al organismo o la unidad familiar. La respuesta puede ser la contra remisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir o, simplemente, la información sobre la atención recibida por el usuario en una institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

**Empresa social del Estado ESE:** las Empresas Sociales del Estado constituyen una categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por ley o por las asambleas o concejos. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

**Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS:** son las Instituciones encargadas de prestar los servicios de salud en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

**Remisión:** envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las IPS a otras IPS para atención o complementación diagnóstica, que, de acuerdo con el grado de complejidad, den respuesta a las necesidades de salud. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

**Sistema general de seguridad social en salud SGSSS:** el Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es la forma como se brinda un seguro que cubre los gastos de

salud a los habitantes del territorio nacional, colombianos y extranjeros. (Ministerio de la protección social, 2004).

## Referencias bibliográficas

Álvarez, C. H., Lara Esqueda, A., Torres Lepe, C., Covarruvias Ortiz, L. (2014). Modelo de evaluación de programas de salud: Manual de operación. Secretaría de Salud y Bienestar Social del Estado de Colima.

Bernal, O y Forero J. (2011). Sistemas de información en el sector salud en Colombia. Revista gerencia política en salud. Bogotá. Colombia.

Congreso de la República de Colombia. (Diciembre de 1993) [Ley 99 de 1993]. <https://www.minambiente.gov.co/wp-content/uploads/2021/08/ley-99-1993.pdf>

García, C., García, J., y Vaca., M. (2013). Evolución del marco normativo de la salud ambiental en Colombia.

Instituto Nacional de Salud (INS). (2017). Lineamientos nacionales 2018 vigilancia y control en salud pública, Estrategia basada en casos predefinidos.

Ley 100 de 1993. [Congreso de la República de Colombia]. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá. Colombia. 23 de diciembre de 1993.

Ministerio de Salud y Protección Social Decreto [Decreto 780 de 2016] Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Bogotá. Colombia. 6 de mayo 2016.

Ministerio de Ambiente y Desarrollo sostenible. (s.f.). Decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible. <https://www.minambiente.gov.co/wp-content/uploads/2021/06/Decreto-1076-de-2015.pdf>

Ministerio de Protección Social. (2004). Sistema de Seguridad Social en Salud. Ministerio de Protección Social.

Ministerio de Salud. (7 de 2020). Cuadro de temas. Registro Único de Afiliados - RUAF. MINSALUD. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Registro%C3%9AnicodeAfiliados-OS-RUAF.aspx#:~:text=El%20Registro%20%C3%9Anico%20de%20Afiliados,la%20red%20de%20protecci%C3%B3n%20social%2C>

Ministerio de Salud. (17 de 7 de 2020). Planilla Integrada de Liquidación de Aportes. MINSALUD. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pila.aspx>

Ministerio de Salud. (2015). Preguntas frecuentes RIPS. MINSALUD.

Ministerio de Salud. (18 de 7 de 2020). SIHO - Sistema de Gestión Hospitalaria. MINSALUD. <https://www.sispro.gov.co/central-prestadores-de-servicios/Pages/SIHO-Sistema-de-gestion-hospitalaria.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (15 de 7 de 2020). Glosario. MINSALUD. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Glosario.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Política de atención integral en salud "Un sistema de Salud al servicio de la gente". Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). PROGRAMA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, USO Y MANTENIMIENTO. Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Salud Ambiental. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Salud-ambiental.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (16 de 7 de 2020). SISMED - Sistema de Información de Precios de Medicamentos. MINSALUD. <https://www.sispro.gov.co/central-prestadores-de-servicios/Pages/SISMED-Sistema-de-Informacion-de-Precios-de-Medicamentos.aspx#:~:text=El%20Sistema%20de%20Informaci%C3%B3n%20de,lucha%20contra%20la%20pobreza%20y>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO). <https://www.sispro.gov.co/Pages/Home.aspx>

Naranjo, M (2006). Evaluación de programas de salud. Revista Comunidad y Salud vol.4 no.2 Maracay dic. [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-32932006000200005](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932006000200005)



Presidencia de la república de Colombia. (26 de mayo de 2015). Decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible [Decreto 1076 de 2015]. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=78153>

Resolución 1536 de 2015. [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud. Bogotá. Colombia. 11 de mayo de 2015.

Resolución 518 de 2015. [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - Pie. Bogotá. Colombia. 24 de febrero de 2015.

Rodríguez, F. (s.f.). Matriz de requisitos legales. Programa de gestión ambiental empresarial. Secretaría Distrital de Ambiente (SDA). Bogotá. Colombia.

Secretaría Distrital de Ambiente. (2015). Matriz de Requisitos Legales. Secretaría Distrital de Ambiente.

Zapata, J. (2013). Las reformas hospitalarias en los sistemas de salud en años recientes - un acercamiento al caso colombiano. Banco interamericano de desarrollo y centro de investigación económica y social.

## Créditos

Nombre	Cargo	Regional y Centro de Formación
Claudia Patricia Aristizábal	Líder del Ecosistema	Dirección General
Liliana Victoria Morales Gualdrón	Responsable de Línea de Producción	Centro de Gestión De Mercados, Logística y Tecnologías de la Información - Regional Distrito Capital
Gloria Amparo López Escudero	Adecuación instruccional - 2023	Centro de Gestión de Mercados, Logística y Tecnologías de la Información - Regional Distrito Capital
Alix Cecilia Chinchilla Rueda	Metodología para la formación virtual	Centro de Gestión de Mercados, Logística y Tecnologías de la Información - Regional Distrito Capital
Xiomara Becerra Aldana	Instructora Ambiental	Regional Distrito Capital - Centro de Gestión Industrial
Jesús Ricardo Arias Munevar	Instructor Ambiental	Regional Distrito Capital - Centro de Gestión Industrial
Javier Ricardo Luna Pineda	Diseñador Instruccional	Regional Distrito Capital - Centro para la Industria de la Comunicación Gráfica
Silvia Milena Sequeda Cardenas	Evaluador Instruccional	Regional Distrito Capital - Centro de Diseño y Metrología
Sergio Arturo Medina Castillo	Evaluador instruccional	Regional Distrito Capital - Centro para la Industria de la Comunicación Gráfica
Ana Catalina Córdoba Sus	Asesora Metodológica	Regional Distrito Capital - Centro de Diseño y Metrología
Rafael Neftalí Lizcano Reyes	Responsable Equipo de Desarrollo Curricular	Regional Santander - Centro Industrial del Diseño y la Manufactura

Nombre	Cargo	Regional y Centro de Formación
Sandra Patricia Hoyos Sepúlveda	Correctora de estilo	Regional Distrito Capital - Centro de Diseño y Metrología
Yuly Andrea Rey Quiñonez	Diseñador web	Centro de Gestión De Mercados, Logística y Tecnologías de la Información - Regional Distrito Capital
Diego Fernando Velasco Güiza	Desarrollador Fullstack	Centro de Gestión De Mercados, Logística y Tecnologías de la Información - Regional Distrito Capital
Lady Adriana Ariza Luque	Animación y producción audiovisual	Centro de Gestión de Mercados, Logística y Tecnologías de la Información - Regional Distrito Capital
Laura Gisselle Murcia Pardo	Animación y producción audiovisual	Centro de Gestión de Mercados, Logística y Tecnologías de la Información - Regional Distrito Capital
Ernesto Navarro Jaimes	Animación y producción audiovisual	Centro de Gestión de Mercados, Logística y Tecnologías de la Información - Regional Distrito Capital
Carolina Coca Salazar	Evaluación de contenidos inclusivos y accesibles	Centro de Gestión de Mercados, Logística y Tecnologías de la Información - Regional Distrito Capital
Lina Marcela Pérez Manchego	Validación de recursos educativos digitales	Centro de Gestión de Mercados, Logística y Tecnologías de la Información - Regional Distrito Capital
Leyson Fabian Castaño Pérez	Validación de recursos educativos digitales	Centro de Gestión de Mercados, Logística y Tecnologías de la Información - Regional Distrito Capital