

Fundamentos y normatividad vigente en prestación de servicios de salud

Breve descripción:

El sistema general de seguridad social en salud de carácter obligatorio busca garantizar la prestación del servicio de forma pertinente, accesible, continuo, oportuno y seguro en todos los procesos. Este sistema se ha actualizado para potencializar la calidad en el servicio, articulando otros procesos como el SUH, PAMEC, el SUA y el Sistema de información para la calidad en salud.

Tabla de contenido

Introducción	1
1. Conceptos de los principios normativos y fundamentales del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y los soportes de la red de servicios de salud.....	3
1.1. Constitución política	4
1.2. Leyes (SGSS).....	8
1.3. Decretos (mecanismos de habilitación, políticas públicas en salud).....	37
1.4. Resoluciones.....	40
2. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS)	42
2.1. Decretos	42
2.2. Resoluciones.....	54
Síntesis	63
Material complementario.....	65
Glosario	68
Referencias bibliográficas	71
Créditos.....	73

Introducción

Bienvenidos a este componente formativo relacionado con los fundamentos y la normatividad vigente en la prestación de servicios de salud. Este es la base normativa en el orden la prestación de servicios de salud, en el marco de la calidad que obliga a todos los actores partícipes del proceso.

Se invita a ver el siguiente video en donde encontrará de manera general la información concerniente al tema de la normatividad que regula los procesos de gestión en seguridad sanitaria y salud ambiental:

Video 1. Fundamentos y normatividad vigente en la prestación de servicios de salud



[Enlace de reproducción del video](#)

Síntesis del video: Fundamentos y normatividad vigente en la prestación de servicios de salud

El sistema de salud lo conforman instituciones, servicios y organismos, que tiene como finalidad mejorar la salud de la población. Y ha evolucionado de acuerdo con la época en que se vive, garantizando el acceso a la salud, mediante un Sistema de seguridad social integral –SSSI

El SSSI creado por la Ley 100 de 1993 unifica los regímenes generales de pensiones; salud y riesgos laborales; subsidio familiar y servicios sociales complementarios. Esta Ley dispuso los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación, entre otros, los cuales fueron ratificados por la política nacional de salud.

La universalidad responde a los regímenes contributivo y subsidiado para el cubrimiento de la salud de toda la población colombiana. La prestación de servicios de salud, regulada mediante la política nacional de prestación de servicios de salud se fundamenta en la Ley 1122 de 2007. La regulación en la prestación de los servicios de salud incluye diferentes sistemas que garantizan la calidad, que es necesario que se conozcan y manejen.

1. Conceptos de los principios normativos y fundamentales del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y los soportes de la red de servicios de salud

El SGSSS tiene como objetivo regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población residente del país en todos los niveles de atención. Está integrado por:

1. El Estado

A través del Ministerio de Salud y Protección Social que actúa como organismo de coordinación, dirección y control.

2. Las entidades promotoras de salud - EPS

Responsables de la afiliación y el recaudo de las cotizaciones y de garantizar la prestación del plan obligatorio de salud a los afiliados.

3. Las instituciones prestadoras de salud -IPS-

Es decir, los hospitales, clínicas y laboratorios, entre otros, encargados de prestar la atención a los usuarios.

4. Entidades territoriales y la Superintendencia Nacional de Salud

Las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal corresponden a las personas jurídicas, de derecho público, que componen la división político-administrativa del Estado, gozando de autonomía en la gestión de sus intereses.

Mientras que la Superintendencia Nacional de Salud realiza la inspección, la vigilancia y el control del cumplimiento de las normas constitucionales y legales que reglamentan el Sistema general de Seguridad Social en Salud, incluyendo las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras del sector salud.

1.1. Constitución política

La evolución del Sistema de seguridad social colombiano ha estado relacionado con la situación social, económica y política del país en diferentes épocas y gobiernos, por lo tanto, es importante analizar las características generales del contexto normativo iniciando desde el modelo higienista hasta la actual constitución colombiana expedida en el año 1991, la cual recogió algunas disposiciones de la Ley 10 de 1990, además de reestructurar el sistema nacional de salud y posibilitar la descentralización en la prestación de los servicios, reconociendo el derecho de los ciudadanos a recibir atención en salud, bajo principios de calidad y equidad.

Con relación a la salud la Constitución Política de Colombia en los Artículos 48 y 49 apropian el derecho a la salud, de tipo fundamental, reconociendo entre otros aspectos su universalidad, el derecho irrenunciable inherente a la persona humana, integral e integrador. Especificando para cada Artículo lo siguiente:

➤ Artículo 48

Deja claridad que la atención la podrán realizar entidades públicas o privadas y en ningún caso se podrán utilizar los recursos disponibles para la seguridad social en otras actividades que difieran de esta.

Hacia el año 2005 se incluyeron otros elementos relacionados con los requisitos y los beneficios de tipo pensional. La actualización corresponde al acto legislativo 01.

➤ **Artículo 49**

En este Artículo se pone en manifiesto que la salud y el saneamiento ambiental son servicios de tipo público y que están a cargo del Estado. De igual manera hace énfasis en que todas las personas tienen derecho a acceder a los servicios de promoción, protección y de recuperación de la salud. Este artículo se actualizó mediante el acto legislativo 02 del año 2009.

Si bien la Constitución atendió la necesidad de crear un Sistema de salud obligatorio que se ha venido reglamentando desde el año 1993 hasta la fecha, aún persisten dudas en su aplicación e implementación de disposiciones, tal es el caso del Artículo 48, el cual fue demandado bajo el argumento que se vulneró lo relacionado con la libertad económica, la integración vertical, la posición dominante, la libertad de empresa en el ámbito de la seguridad social, los efectos generales de la Ley 1122 de 2007 y el usuario.

Teniendo en cuenta dicha demanda el Consejo de Estado revisó y producto de ello, argumentó lo que se muestra en el siguiente resumen.

Tabla 1. Comparativo de lo dispuesto en el Artículo 48 antes y después de la demanda.

Contenido del Artículo 48 de la Constitución Política de Colombia (antes de la demanda)	Contenido del Artículo 48 de la Constitución, después de la demanda
“La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.”	Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social.
	El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la seguridad social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la ley.
	La seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley.
	No se podrán destinar, ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a esta.
	La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.

Acorde con los lineamientos dispuestos en la Constitución Nacional y teniendo en cuenta los diversos momentos de la seguridad social se puede resumir las diversas etapas por las cuales se ha pasado hasta el presente:

- Modelo higienista desarrollado entre 1886 y 1950.
- Sistema nacional de salud que tuvo vigencia desde el año 1970 hasta 1989.
- Sistema de salud establecido entre 1990 y 1992.
- Sistema de seguridad social en salud que inició en el año 1993 hasta la actualidad.

A continuación, se describe las características principales de cada una de estas etapas, además de indicar la normatividad que le da base en sus funciones:

1. Modelo higienista (1886 - 1950)

- A partir de 1947 la atención de aspectos de carácter sanitario fue realizada así:
 - Preventiva y curativa.
 - Financiada por los propios usuarios o por entidades religiosas.
 - Especialización en los hospitales.
- En el año 1945 se crean las Cajas de previsión social - CAJANAL.
- En el año 1946 se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) o también llamado Instituto de Seguros Sociales.

2. Sistema nacional de salud (1970 - 1989)

- Se acudió a la teoría general de sistemas frente a la diversidad de instituciones prestadoras de servicios.
- El servicio de salud se convierte en parte integral de la planeación socioeconómica del país.
- Se adopta el Plan decenal de salud de Las Américas OPS/OMS, 1973, el cual concreta el Sistema Nacional de Salud – SNS

3. Sistema de salud (1990 - 1992)

Se fundamenta en la Ley 10 de 1990, que dispone entre otros los siguientes criterios:

- El derecho del servicio público de salud.
- La prestación de los servicios de salud en todos los niveles a cargo de la nación.

- La administración de la salud se debe desarrollar en asocio con las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas para el efecto.
- El Estado intervendrá en el servicio público de salud.

4. Sistema general de seguridad social en salud (1993 a la fecha)

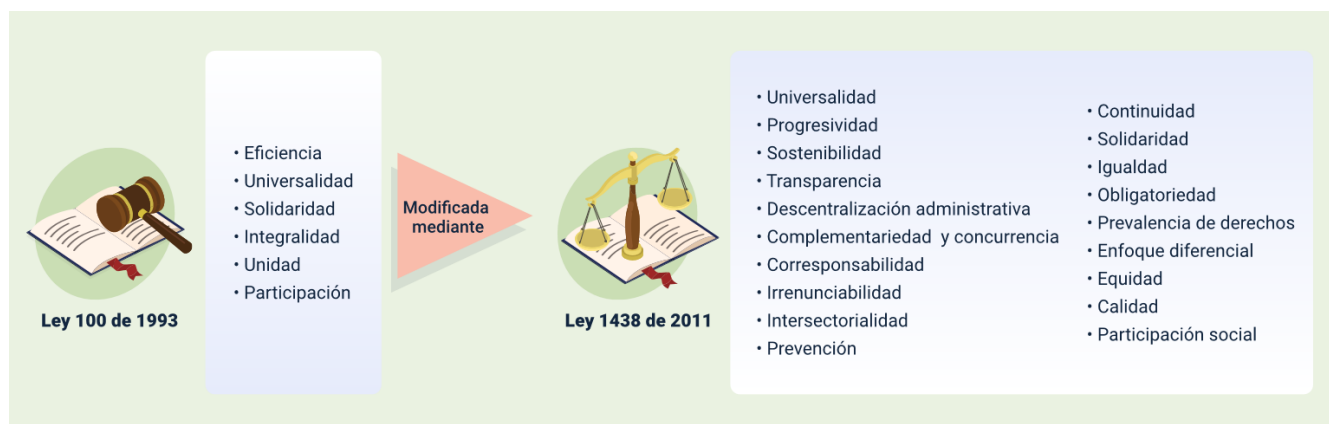
La reforma de la seguridad social tiene lugar en el contexto de los procesos de apertura y globalización, de la necesidad de corregir defectos en eficiencia, equidad, cobertura, integralidad y calidad, y del desarrollo legislativo de la nueva Constitución de 1991, la cual indica de manera taxativa que “la seguridad social es un servicio público” y “se prestará bajo la coordinación y control del Estado”.

La Ley 100/1993 establece por primera vez en el país un sistema de seguridad social en salud con vocación explícita de cobertura universal, bajo los principios de equidad, solidaridad, eficiencia, calidad y participación social.

1.2. Leyes (SGSS)

Con el fin de garantizar lo dispuesto en la Constitución y las reglamentaciones gubernamentales que se generaron a partir de la misma se crea el Sistema general Seguridad Social en Salud, la cual quedó regulada por medio de la Ley 100 de 1993, que garantiza en forma progresiva la cobertura y atención oportuna de la prestación de los servicios de salud a todos los habitantes del territorio nacional. Dicha ley establece algunos principios, los cuales fueron ampliados por la Ley 1122 de 2007 y posteriormente por la Ley 1438 de 2011, estas disposiciones pueden consultarse en la siguiente figura:

Figura 1. Principios Sistema general de Seguridad Social en Salud - SGSSS



a. Ley 100 de 1993

- Eficiencia
- Universalidad
- Solidaridad
- Integralidad
- Unidad
- Participación

➤ **Modificada mediante**

b. Ley 1438 de 2011

- Universalidad
- Progresividad
- Sostenibilidad
- Transparencia
- Descentralización administrativa
- Continuidad

- Solidaridad
- Igualdad
- Obligatoriedad
- Complementariedad y concurrencia
- Prevalencia de derechos
- Enfoque diferencial
- Corresponsabilidad
- Irrenunciabilidad
- Intersectorialidad
- Equidad
- Prevención
- Calidad
- Participación social

Acorde con lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 se generaron los diversos sistemas que componen el Sistema general de Seguridad Social en Salud – SGSSS. A continuación, se hace una descripción de cada uno de estos.

Sistema general de pensiones

Tiene como objetivo garantizar a la población productiva el amparo a futuro de una pensión al momento de ya no ser productivo, derivado de la vejez, invalidez o muerte.

Igualmente, pretende ampliar de forma progresiva la cobertura a los segmentos de población no cubiertos por el sistema. Este sistema lo conforma el régimen solidario

de prima media con prestación definida y el régimen de ahorro individual con solidaridad.

Los referidos regímenes buscan garantizar a sus afiliados y a sus beneficiarios cuando sea el caso las siguientes prestaciones económicas: pensión de vejez, pensión de invalidez, pensión de sobrevivientes, indemnización sustitutiva o devolución de saldos y, auxilio funerario.

A continuación, podrá consultar en detalle los regímenes asociados con el sistema general de pensiones:

a. Régimen de prima media

- Es solidario.
- Fondo común de naturaleza pública.
- El Estado es el garante del pago de los beneficios.
- Los afiliados o sus beneficiarios obtienen la pensión por: vejez, invalidez, indemnización o sobrevivientes.

b. Régimen de ahorro individual

- Consiste en un ahorro individual.
- Debe tener un capital acumulado para acceder a la pensión.
- Es administrado por las sociedades administradoras de fondos de pensiones (AFP), y se basa en el ahorro proveniente de las cotizaciones y sus respectivos rendimientos financieros.

c. Régimen exceptuado

- Normas especiales para acceder a la pensión, las cuales aplican para miembros de la policía, fuerzas militares, afiliados al fondo del magisterio y miembros no remunerados de las corporaciones públicas.

Sistema general de riesgos profesionales

Este consiste en un conjunto de procedimientos destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos causados por las enfermedades profesionales y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan, además de mantener la vigilancia para el estricto cumplimiento de la normatividad en salud ocupacional.

A partir de las diversas eventualidades que se puedan generar existen unas prestaciones económicas tales como: subsidio por incapacidad por accidente o enfermedad laboral, indemnización por pérdida de capacidad laboral, pensión de invalidez, sustitución pensional y auxilio funerario. Dentro de los principales objetivos del sistema general de riesgos profesionales se pueden describir:

- Prevenir los accidentes de trabajo y las enfermedades laborales.
- Mitigar la severidad por accidente de trabajo o enfermedad laboral.
- Atender e indemnizar a los trabajadores o a sus familiares en caso de accidente de trabajo o enfermedad laboral.

En este sistema existen tres actores principales, el trabajador, el empleador y la administradora de riesgos laborales, y cada uno de ellos tiene un rol específico como se observa a continuación.

1. Trabajador

➤ Obligaciones

- Autocuidado de su salud.
- Cumplir los estándares de seguridad y salud en el trabajo.
- Informar al empleador acerca de su estado de salud.

- Participar en todas las estrategias y acciones de promoción y prevención de la seguridad y la salud en el trabajo.

2. Empleador

- Es responsable de controlar el riesgo garantizando la operatividad del Sistema de gestión de Seguridad y Salud, así como informar a la ARL sobre aquellas novedades que pueda afectar el proceso.

3. Administradora de riesgos laborales

➤ Le corresponde:

- Facilitar el proceso de afiliación.
- Garantizar las prestaciones asistenciales y económicas.
- Promover las actividades de promoción y prevención.

En el plan de beneficios en el sistema de riesgos laborales se encuentran las prestaciones asistenciales y económicas, que se caracterizan por:

- **Prestaciones asistenciales:** asistencia médica general (quirúrgica, terapéutica y farmacéutica), servicios de hospitalización, odontología, diagnóstico y entrega de medicamentos, tratamientos, prótesis y órtesis (reparación y reposición), procesos de rehabilitación física y profesional, y transporte de pacientes.
- **Prestaciones económicas:** en cuanto a las prestaciones económicas se pueden identificar: el subsidio por incapacidad temporal, la indemnización por incapacidad permanente o parcial, el auxilio funerario, la pensión por invalidez o pensión para sobrevivientes.

Servicios sociales complementarios

Este tipo de servicio se encuentra dirigido a la población mayor que vive en estado de mendicidad y tiene como único objetivo apoyar de manera económica a los ancianos que cumplan con los requisitos establecidos en la norma para dicho beneficio. Las modalidades de subsidio a las cuales puede aplicar esta población son:

- **Subsidio económico directo:** se entrega el dinero directamente a la persona.
- **Subsidio económico indirecto:** el dinero se entrega por medio de centros de bienestar para el adulto mayor.

Este beneficio termina en caso que la persona muera, cuando se compruebe que la mendicidad se realiza como actividad productiva o cuando el adulto que accede al beneficio también reciba otro subsidio o pensión.

Los requisitos generales para acceder a este tipo de beneficio son:

- **Nacionalidad:** ser colombiano y haber residido en el país durante los últimos 10 años de forma continua.
- **Edad:** tener más de 65 años de edad y no depender económicamente de ninguna persona.
- **Pobreza extrema:** no podrá contar con ningún tipo de ingreso y encontrarse en condiciones de extrema pobreza.
- **Vivir institución:** vivir en una institución sin ánimo de lucro, en donde se atiende a los ancianos en estado de indigencia, con limitaciones físicas o mentales.

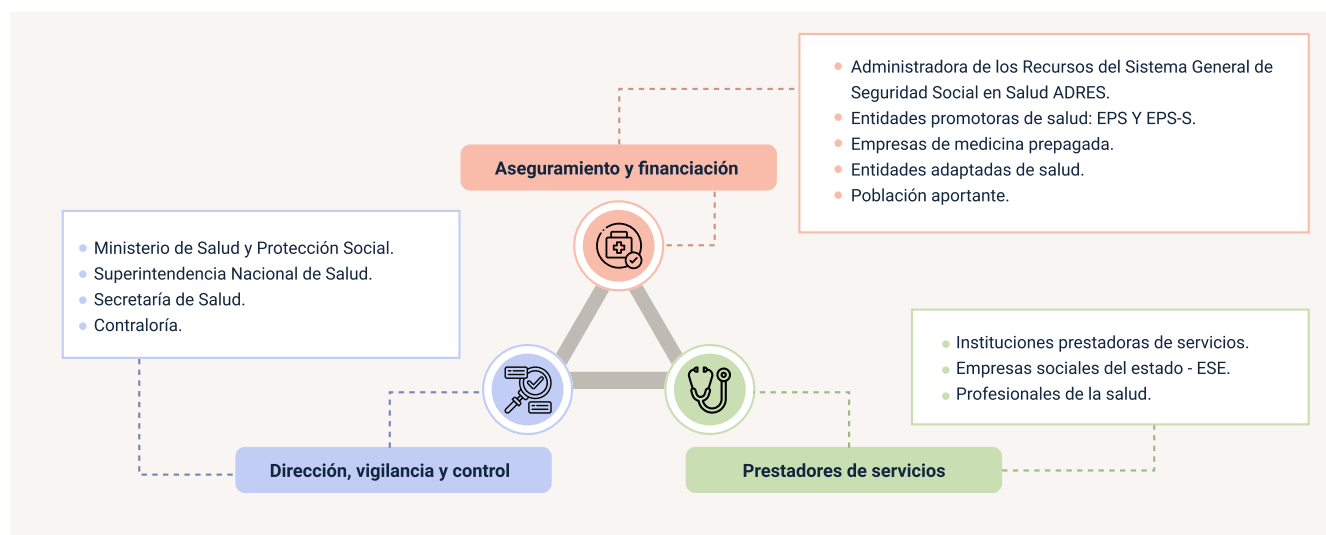
Sistema de seguridad social en salud

Como ya se indicó, este sistema proviene de la Ley 100 de 1993, que manifiesta la obligatoriedad para todos los nacionales de afiliarse al sistema a través de los regímenes establecidos: contributivo, subsidiado y participantes vinculados, de excepción o especial, posibilitando así el acceso a la atención en salud en el marco del plan de beneficios establecidos.

A nivel normativo el aseguramiento corresponde a todas aquellas actividades encaminadas a la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la garantía de acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la debida representación del afiliado ante el prestador y los demás actores del sistema.

Esta participación de diversas entidades gubernamentales tiene a su cargo roles o actividades específicas, las cuales posibilitan el monitoreo, seguimiento y control de los diferentes procesos que surgen al interior de la prestación del servicio de salud, como puede verse en la siguiente figura:

Figura 2. Modelo de aseguramiento en salud



Dirección, vigilancia y control

- Ministerio de Salud y Protección Social.
- Superintendencia Nacional de Salud.
- Secretaría de Salud.
- Contraloría.

Aseguramiento y financiación

- Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES.
- Entidades promotoras de salud: EPS Y EPS-S.
- Empresas de medicina prepagada,
- Entidades adaptadas de salud.
- Población aportante.

Prestadores de servicios

- Instituciones prestadoras de servicios.
- Empresas sociales del estado - ESE.
- Profesionales de la salud.

Para el acceso a los servicios de salud es indispensable que la población esté asociada a un tipo de régimen ya sea contributivo o subsidiado. Ellos tienen requisitos, beneficios y acciones que deben tenerse en cuenta y que podrá consultar a continuación.

- **Régimen contributivo**

Creado para las personas con capacidad de pago de sus aportes, ya sea por tener un vínculo laboral, ser servidor público, pensionado, jubilado, trabajador independiente, etc. Aquella persona que realiza cotización en salud debe cotizar de manera paralela al sistema de pensiones; se tiene el derecho de afiliar a otros miembros de su círculo familiar.

Para acceder a los servicios de salud se definen los aportes al régimen contributivo, llamados cuotas moderadoras y copagos.

Régimen subsidiado

- Disponible para las personas que no tienen capacidad de pago y población vulnerable. Se determina la afiliación mediante una encuesta. Para aquellas personas que no pueden acceder al régimen subsidiado existe el régimen vinculado, que recoge todas las personas no censadas o clasificadas en la encuesta dispuesta por el régimen subsidiado.

No se cobra cuotas moderadoras y copagos, todo está cubierto en el plan de beneficios. Pero si queda clasificada en el nivel II hay cobro establecido de copago.

En el régimen contributivo se pueden afiliar a otros miembros de su círculo familiar como al esposo, esposa o compañero, compañera permanente, hijos no mayores a 25 años que dependan económicamente o que presenten incapacidad permanente, padres del afiliado que no sean pensionados y dependan económicamente de él.

En el régimen subsidiado se considera la población vulnerable como la población infantil que haya sido abandonada y esté a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, los menores de edad que sean desvinculados del conflicto armado, comunidades indígenas, población en condición de desplazamiento forzado, sean desmovilizados o aquellas personas mayores que vivan en centros de protección, población ROM, entre otros.

En el marco de los pagos exentos hay que aclarar que existen algunas situaciones que deben tenerse en cuenta, ya que acceden de manera gratuita al servicio:

- **Discapacidades**

Los niños, niñas y adolescentes con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas y ruinosas que haya sido certificadas por el médico tratante; y que a su vez hayan sido clasificadas en el nivel I o II, tendrán acceso gratuito a los servicios y medicamentos de la parte especial y diferenciada del Plan de beneficios.

- **Víctimas de violencia**

Los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, que estén certificados por la autoridad competente, tendrán acceso gratuito a los servicios para la rehabilitación física y mental.

Tenga presente que la atención en los siguientes servicios es gratuita, independientemente de la edad y del nivel socioeconómico.

Figura 3. Servicios de salud exentos de pago



- Control prenatal, la atención del parto y sus.
- Atención de enfermedades catastróficas o de alto costo.
- Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.
- Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.

- Atención de urgencias.
- Servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Programas de control en atención materno infantil.
- Prescripciones regulares dentro de un programa especial de atención integral de patologías.

Acorde con las actualizaciones normativas también se encuentran exonerados del pago de cuotas moderadoras y de copagos las personas que pertenezcan a los grupos de población descritos en la Circular 16 de 2014, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, que es actualizada por el Decreto 1652 de 2022 Régimen aplicable de copagos y cuotas moderadoras.

Además, no se debe olvidar que existe el régimen de excepción o especial, creado para atender a las personas que trabajan o han trabajado con instituciones públicas, tales como: docentes del Magisterio, Policía Nacional, Fuerzas Militares, trabajadores de Ecopetrol y telecomunicaciones. Este tipo de régimen existe ya que se cuenta con unas coberturas distintas a las dispuestas en los otros regímenes existentes, estas coberturas se enmarcan en el tipo de actividad y, así mismo, en el riesgo que puede tener la persona al asumir las actividades propias de su cargo, es decir, son personas expuestas a riesgos de salud diferentes en función de su actividad laboral y que, por tanto, deben acceder a un plan de beneficios especial. En la siguiente figura se indican otros grupos de población que se acogen al régimen de excepción o especial.

Figura 4. Régimen de excepción o especial



- Ecopetrol.
- Fuerzas Militares y Policía Nacional.
- Fondo de prestaciones sociales del Magisterio.
- Universidades públicas que se acogieron a la Ley 647 de 2001.

En cuanto a las leyes que dan soporte al sistema de salud se encuentran relacionadas las que contribuyen al mejoramiento del servicio y propenden por la calidad en la prestación del mismo. Entre estas se hallan las que se describen a continuación.

Figura 5. Normatividad del sistema que regula la salud de los nacionales



- Ley 100 de 1993.
- Ley 122 de 2007.
- Ley 1438 de 2011.

- Ley 1751 de 2015.
- Resolución 429 de 2016.

Se presenta una breve descripción de cada una de las normativas que regulan la prestación del servicio de salud, de acuerdo con los aportes, los beneficios y el curso que establece cada una de estas:

1. Acorde con lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y teniendo en cuenta que este sistema normativo se ha ido fortaleciendo durante los años posteriores se deben enunciar aquellas normas que han dado mayor fuerza a la salud, como es el caso de la Ley 1122 de 2007, la cual pone de manifiesto que la salud pública está conformada por diversas políticas que tienen por objetivo garantizar la salud de toda la población, tomando en cuenta acciones colectivas e individuales que aportan a las condiciones de vida, bienestar y por supuesto, de desarrollo.

Esta Ley 1122 de 2007 enriqueció el proceso de atención en el sector salud cumpliendo con las siguientes características:

- Contribuye al mejoramiento de la prestación de los servicios a los usuarios y la ampliación de la cobertura de aseguramiento.
- Contribuye a la dirección, universalización, financiación y equilibrio entre los aseguradores y los prestadores que hacen parte del sistema.
- Garantiza el fortalecimiento en los programas de salud pública y de todas aquellas actividades orientadas a inspeccionar, vigilar, controlar, organizar y definir el funcionamiento de las redes para la prestación de servicios de salud.

Dentro de las acciones resolutorias enmarcadas en la Ley 1122 se pueden describir las siguientes:

a. Modos, condiciones y estilos de vida saludable

Para entender esta actividad se disgregan sus términos:

- **Modo de vida:** manifiesta todas las actividades diarias de las diferentes esferas de la vida, es decir, cómo se vive, para qué se vive, cuáles son los objetivos de la vida y la escala de valores para alcanzarlos.
- **Condiciones de vida:** son las condiciones sujetas a la vivienda, socioeconómicas, dinámica familiar, cultura sanitaria, entre otras.
- **El estilo de vida:** son los hábitos de la persona, enmarcados en la alimentación, higiene personal, actividades lúdico-recreativas, relaciones sociales, sexualidad y mecanismos de participación social.

El Ministerio de Salud y Protección Social establece como modos, condiciones y estilos de vida saludable: la actividad física, la nutrición y la alimentación saludable, la prevención de consumo tabaco, el peso saludable, el lavado de manos, la salud visual, bucal y auditiva y, el entorno laboral formal saludable.

b. Poblaciones vulnerables

El plan decenal de salud pública indica que las poblaciones vulnerables son aquellas que se han reconocido en sus diferencias desde lo sociocultural, económico y momento del curso de vida, agrupadas así:

- **Curso de vida**
 - Niños y niñas

- Adolescentes
- Jóvenes
- Adultos
- Adultos mayores

➤ **Por condiciones o situaciones particulares:**

- Grupos étnicos
- Poblaciones en situación de discapacidad
- Víctimas del conflicto armado

c. Enfermedades transmisibles y no transmisibles

Las enfermedades transmisibles son aquellas que se transmiten de humano a humano, de animal a humano por medio de vectores o al exponerse a material infeccioso. MinSalud contempla:

- COVID-19.
- IRA: insuficiencia respiratoria aguda.
- Aedes aegypti (zika, dengue, chikunguña).
- **Enfermedades infecciosas desatendidas reportadas en Colombia:**
oncocercosis, tracoma, geohelmintiasis, enfermedad de chagas, lepra, tétanos neonatal, sífilis congénita, malaria y rabia transmitida por perros.
- Ébola.
- Geohelmintiasis.
- Hepatitis.
- Sarampión.
- Infección asociada a la atención en salud (IAAS) y la resistencia antimicrobiana (RAM).

- Tuberculosis.
- Leishmaniasis.
- Toxoplasmosis.
- Enfermedades transmitidas por alimentos.
- Escabiosis.

Enfermedades no transmisibles son consideradas crónicas, pues presentan larga duración y lenta progresión. Se consideran las siguientes: enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y enfermedades huérfanas (las que afectan un número pequeño de personas respecto a la población en general).

d. Sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos

Para el Ministerio de Salud y Protección Social, la sexualidad es considerada una dimensión prioritaria en la vida de las personas. Acorde con lo establecido en el marco de la práctica de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, por tanto, el gobierno ha encaminado sus acciones hacia:

- La sexualidad y los derechos.
- Violencia de género.
- Salud materna.
- Anticoncepción.
- Cánceres relacionados con la sexualidad y la reproducción.
- Infecciones de transmisión sexual - VIH/SIDA.
- Prevención del aborto inseguro e interrupción voluntaria del embarazo.
- Adolescentes y jóvenes.

e. Epidemiología y demografía

La inteligencia epidemiológica responde efectivamente a riesgos contingentes de la salud. Esta vigilancia epidemiológica cuenta con tres elementos clave:

- **Planeación, monitoreo y evaluación del plan decenal de salud pública, consiste en:**
 - Análisis de la situación de salud.
 - Caracterización de la población afiliada a las EAPB.
 - Comisión intersectorial de salud pública.
- **Gestión del conocimiento y fuentes de información permite la información, los documentos y el análisis que posibilite comprender y dimensionar daños, riesgos y determinantes de la salud en el país.**
Estrategias:
 - Sistema nacional de estudios y encuestas poblacionales.
 - Gestión de registros administrativos.
 - Observatorio y servicios de información.
- **Vigilancia en salud pública. Ayuda en la recolección, análisis, interpretación y divulgación de los datos de salud para identificar eventos que le afecten, además de vigilar la salud pública desde la comunidad.**

f. Salud ambiental

Refiere a la interacción del hombre con factores del entorno (elementos físicos, químicos, biológicos y sociales). Se considera una dimensión unida a las políticas públicas. Favorece la calidad y la salud de la población, garantizando el derecho a un ambiente sano.

g. Salud mental y sustancias psicoactivas

La salud mental al igual que la física requiere de atención integral e integrada en torno a la promoción, prevención y rehabilitación en el marco de los aspectos individuales, comunitarios y familiares. Es importante reconocer que la salud mental es considerada un derecho fundamental; una adecuada salud mental apropiada entre otros elementos: la promoción de la convivencia, la prevención de las violencias, así como la prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas.

h. Actividades de vacunación

Las vacunas cobran su importancia al entender su uso como medio de protección ante diversas enfermedades, por tanto, hace parte integral de las acciones en pro de la salud pública.

i. La nutrición y alimentación saludable

Esta estrategia se articula con los modos, las condiciones y los estilos de vida saludable. Es indispensable garantizar todas aquellas acciones que promuevan el derecho a la alimentación sana durante todo el curso de vida. Como parte de los principales objetivos a tener en cuenta dentro de la nutrición y la alimentación saludable se destacan la reducción o prevención de la malnutrición, el control y el manejo de los riesgos sanitarios y fitosanitarios de los alimentos, así como la seguridad alimentaria y nutricional. Como parte de la nutrición y la alimentación saludable se pueden destacar las siguientes acciones: alimentación y nutrición, lactancia materna, control de la deficiencia de micronutrientes, alimentación saludable, inocuidad y calidad de los alimentos, atención integral a la desnutrición aguda y política de seguridad alimentaria y nutricional.

En cuanto a la salud ambiental se debe tener en cuenta las condiciones ambientales que aportan elementos diversos, buscando garantizar la debida ejecución de acciones para su implementación, estas acciones pueden consultarse a continuación.

1. **Agua y saneamiento básico:** es indispensable que en todos los entornos en los cuales se desarrolla y participa el ser humano (vivienda, centros de educación, trabajo, fábricas, empresas, entre otros) se cuente con los elementos de saneamiento necesarios para disminuir aquellos factores contaminantes que pueden poner en riesgo la salud de las personas.
2. **Inspección, vigilancia y control sanitario:** de responsabilidad estatal y ciudadana, consiste en proteger la salud individual y colectiva mediante la minimización de los riesgos, daños e impactos negativos para la salud humana por el uso de consumo de bienes y servicios en establecimientos de interés en salud pública, a través de la verificación, asesoría y asistencia técnica del cumplimiento normativo en relación a las condiciones sanitarias: infraestructura, agua y saneamiento básico, control de calidad, procesos y procedimientos, cualificación del talento humano y monitoreo de los efectos en salud.
3. **Sustancias y productos químicos:** se entiende por producto químico toda sustancia, sola o en forma de mezcla o preparación, ya sea fabricada u obtenida de la naturaleza, excluidos los organismos vivos.
4. **Mercurio:** el efecto en la salud debido a una exposición al mercurio puede generar graves alteraciones y se darán según el tipo de mercurio expuesto, pues hay mercurio orgánico e inorgánico; al estar expuesto al mercurio

inorgánico (vapores) se pueden generar alteraciones del sistema nervioso central, la función del riñón y de la glándula tiroidea. En cambio, la exposición al mercurio orgánico genera problemas en el neurodesarrollo, afectando a bebés cuyas madres estuvieron expuestas.

5. **Aire y salud:** el aire, al igual que el agua, puede contener elementos contaminantes que generar riesgos en la salud.
6. **Minería y salud:** la actividad minera es aquella que se encarga de extraer, procesar y transformar los minerales o materiales existentes en el subsuelo o el suelo. Este tipo de actividades también puede generar un riesgo para la salud. Con frecuencia estos elementos contaminantes producto de la minería pueden estar presentes en el agua, el aire y el suelo.
7. **Entornos saludables:** son todos aquellos espacios de la vida cotidiana como el hogar, la comunidad, los espacios educativos y laborales. En estos espacios se promueven las actividades de participación social, la construcción de políticas públicas y el mejoramiento de los mimos, con el fin de contribuir positivamente en la salud de las personas.
8. **Zoonosis:** hace referencia a todas aquellas enfermedades de tipo infeccioso que son transmitidas de los animales a los hombres. Dentro de las enfermedades más comunes se pueden destacar: la rabia, la leptospirosis, la encefalitis equina, la brucelosis, la tuberculosis bovina, la enfermedad de rickettsiosis, el carbón bacteriano (carbunco), la cisticercosis y la influenza aviar.
9. **Cambio climático:** los fenómenos asociados al cambio climático afectan de manera diversa los ecosistemas y, por tanto, esto genera un impacto en las condiciones de salud de la población.

10. Vecindad y fronteras: son todas aquellas condiciones que delimitan o facilitan la interacción entre las comunidades. Tanto las características de la vecindad como de las fronteras, facilitan la cooperación de políticas para el manejo de las diversas problemáticas entre el ambiente y las condiciones de salud.

Asimismo, se contempla el Plan decenal de salud pública como aporte a la ejecución de acciones que redunden en el bienestar de la salud. Este plan corresponde con los objetivos, las metas, las estrategias para atender los eventos en salud, el bienestar integral y la calidad de vida de las personas en el territorio nacional, y se actualiza acorde con las necesidades detectadas en los centros de inteligencia epidemiológica.

Este Centro Nacional de Enlace - CNE actúa como unidad de inteligencia encargada de monitorear, evaluar y notificar todos los eventos detectados y reportados por la población en el marco de los lineamientos establecidos en el reglamento sanitario internacional dispuesto por la OMS (2005). Las actividades de este organismo están orientadas principalmente hacia los eventos en salud pública, en especial a los relacionados con epidemias o emergencias de tipo sanitario.

2. Ley 1438 de 2011 fue creada con el fin de reformar el sistema, logrando así reforzar y mejorar la prestación del servicio. Este fortalecimiento se basa en la atención primaria en salud y tiene como objetivo actuar en conjunto con el Estado, las instituciones y la sociedad, con el fin de mejorar la salud por medio de la creación de ambientes saludables. Para garantizar estas acciones la norma incluye los lineamientos necesarios para que el Ministerio de Salud y Protección Social genere el Plan decenal de salud pública, el cual debe ayudar

a mejorar el estado de salud de la población por medio de las acciones en salud pública, la atención primaria en salud y las actividades de promoción y prevención.

Los principales elementos de esta ley son:

1. Atención primaria en salud

Trabaja sobre la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, actividades diagnósticas, tratamiento y rehabilitación en todos los niveles de atención.

Fortaleciendo servicios de baja complejidad y optimizando la capacidad resolutoria mediante el apoyo a equipos básicos de salud, quienes realizan el diagnóstico, identifican los riesgos, informan sobre el portafolio de servicios, promueven la afiliación e inducen la demanda de servicios.

2. Atención preferente

Atención de tipo preferente y diferencial para la infancia y la adolescencia.

3. Servicio de salud permanente

El acceso a los servicios de salud en el territorio nacional se dará de forma permanente e ininterrumpida por medio de la portabilidad nacional.

4. Actualización del plan

Acorde con las condiciones del perfil epidemiológico y las condiciones de enfermedad detectadas en la población, se debe actualizar el plan de beneficios con una periodicidad de 2 años.

5. Régimen subsidiado

Será administrado por los entes territoriales.

6. Universalización del aseguramiento

Indica que todas las personas tendrán derecho acceder a los servicios de salud, incluso, a las personas que provienen del extranjero se les ofrecerá seguro médico o plan voluntario de salud (plan de atención complementaria, medicina prepagada, pólizas de seguros y otros planes autorizados por la Superintendencia financiera y la Superintendencia nacional de salud.

7. Redes integradas de servicios de salud

Estas son definidas como un grupo de organizaciones o redes que prestan servicios de salud (prestadores públicos, privados o mixtos) en un espacio poblacional determinado. Se debe tener presente que estas redes deben dar atención primaria en salud, teniendo en cuenta a la persona, la familia y la comunidad, así mismo, identificando todos los factores de riesgo y protectores.

8. Atención primaria

Las acciones de atención primaria en salud también deberán tener presente la política nacional de salud mental por medio de la estrategia de atención integral en salud mental.

9. Personas con discapacidad

A las personas con discapacidad también se les debe garantizar la atención integral en salud.

10. Formación continua

Se debe garantizar la formación continua del talento humano en salud.

- 3.** Si bien es cierto la Ley 1438 de 2011 propuso lineamientos que permitieron la construcción del actual Modelo integral de atención en salud (MIAS) propuesto por el Gobierno Nacional por medio de la Ley estatutaria 1751 de 2015, fue esta última la que apropia y ordena los servicios de salud, además

de hacer un puente efectivo de comunicación y acción con la comunidad y, contribuir en el fortalecimiento de las capacidades institucionales en función de la prevención y la promoción.

Esta ley estatutaria busca principalmente la calidad, la atención integral, la continuidad – oportunidad, la reducción de las desigualdades, la idoneidad y la obligatoriedad sobre zonas marginales; esta atención integral se realiza por medio de la política de atención integral en salud, la cual opera a través de diversos componentes, los cuales son:

Componentes de la Ley estatutaria 1751 del 2015

1. Caracterización de la población

- El asegurador identifica el conglomerado de la población y sugiere el plan individual.
- La IPS identifica las necesidades de la familia y la persona y, sugiere el plan de cuidado.
- La entidad territorial identifica las necesidades de la población general y sugiere el plan poblacional.

2. Regulación de las rutas integrales

- Las rutas integrales son reguladas por los entornos y los tipos de intervenciones realizadas.
- Las intervenciones están orientadas hacia la atención para la promoción y el mantenimiento de la salud, la atención para grupos de riesgo y las rutas de atención específica (actividades de recuperación, rehabilitación y paliación).

3. Componentes Rutas Integrales de Atención en Salud - Rias

Están conformadas por:

- El prestador primario.
- El prestador complementario.
- Entidades administradoras de planes de beneficio.
- Entidad territorial.

4. Implementación de la gestión integral del riesgo

- Entidad territorial: gestión del riesgo colectivo, comunicación del riesgo, promoción de la salud, agenda intersectorial y rector territorial de salud.
- EAPB- ARL (empleador): gestión del riesgo individual, comunicación del riesgo a los afiliados, apoyo al autocuidado, prevención primaria, secundaria y terciaria.
- Usuario, paciente - trabajador: cuidado y autocuidado.
- Prestador primario: gestión del riesgo individual, gestión clínica, coordinación de la atención.
- Prestador complementario: gestión clínica.

5. Delimitación territorial del MIAS

- Se definen las zonas urbanas, rural, alta ruralidad y zona rural dispersa.

6. Redes integrales de servicios de salud

- Compuesto por el equipo comunitario y el prestador primario, las especialidades ambulatorias y las acciones intersectoriales.

7. Redes integrales de servicios prestador primario

- Comunidad: organizaciones sociales y comunitarias, médicos y agentes tradicionales, parteras y cuidadores, gestor comunitario y líderes comunitarios.
- Puesto de salud: auxiliares en salud pública, gestores en salud y otros sectores.
- Centro de salud: profesionales generales, técnicos en salud y auxiliares en salud.
- IPS baja complejidad: profesionales, técnicos y auxiliares; especialidad en medicina y salud comunitaria.
- IPS mediana complejidad: especialidades clínicas básicas.

8. Rol del asegurador

- El rol del asegurador está enfocado en la habilitación técnica y financiera.
- Se realizan actividades de administración del riesgo financiero, la gestión de la red de servicios, la representación del afiliado y la gestión del riesgo en salud.

9. Redefinición del sistema de incentivos

- Se define el sistema de incentivos en torno al sistema por pago, orientado a resultados e incentivos para el talento humano y los incentivos a usuarios.

10. Otros componentes de tener en cuenta

- Requerimientos del sistema de información.
- Fortalecimiento del recurso humano en salud.
- Investigación, innovación y apropiación del conocimiento.

En el componente relacionado con las rutas integrales de atención en salud -RIAS, la descripción de los elementos que la conforman se encuentra explicado en la siguiente figura.

Figura 6. Rutas integrales de atención en salud -RIAS



- **Prestador primario:** se genera demanda espontánea, demanda inducida y la identificación de las necesidades desde la comunidad. Se realiza la evaluación clínica y la clasificación del riesgo para determinar si requiere acciones de promoción y mantenimiento, tratamiento clínico o intervención integral de factores de riesgo.
- **Prestador complementario:** este prestador interviene en caso de que el prestador primario sugiera la intervención integral de los factores de riesgo. Realiza una evaluación clínica y determina si debe continuar con el tratamiento integral o se debe regresar el manejo al prestador primario.
- **Entidades administradoras de planes de Beneficio- EAPB:** están a cargo de realizar las acciones de vigilancia en salud pública, el seguimiento

individual y familiar, el monitoreo y la evaluación de los casos atendidos por el prestador (primario o complementario); así como el seguimiento a las acciones de promoción y mantenimiento.

- **Entidades territoriales:** realizan acciones de salud pública, seguimiento de los casos reportados y a las acciones de promoción y mantenimiento, articular respuestas sectoriales e intersectoriales, y realizar inspección, vigilancia y control.

4. En la reglamentación orientada hacia la política de atención integral en salud se debe tener presente la Resolución 429 de 2016, que crea los fundamentos enfocados en la Política de Atención Integral en Salud- PAIS, y se operativiza mediante el Modelo integral de atención en salud - MIAS. Cabe resaltar que la política de atención integral sienta sus bases en la atención primaria en salud - APS y tiene en cuenta elementos como la salud comunitaria y familiar, la gestión integral del riesgo, el cuidado, y así mismo, el enfoque diferencial entre territorios y poblaciones.

La política de atención integral en salud - PAIS garantiza su modelo operacional por medio del modelo integral de atención en salud - MIAS, el cual pone en marcha todo el conjunto de políticas, planes, proyectos, normas, guías, lineamientos, protocolos, instrumentos, metodologías, documentos técnicos, logrando un efecto positivo sobre los objetivos del Sistema obligatorio de garantía de la calidad.

1.3. Decretos (mecanismos de habilitación, políticas públicas en salud)

El sector de la salud se ha actualizado permanentemente mediante las normativas, en aras de generar procesos de calidad tanto en la prestación del servicio

como en reconocer los derechos y los deberes de cada actor participante desde la política pública de este sector.

Son varios los decretos que regulan la salud, se hará un breve recorrido por algunos de los más relevantes para el tema que se aborda:

Decreto 780 de 2016

Indica el proceso de afiliación de usuarios al sistema general de seguridad social en salud para el régimen contributivo y subsidiado. Describe la portabilidad, la implementación y la puesta en marcha del Sistema de información transaccional, que facilita la información de los afiliados. Además, aborda procesos como el flujo financiero, la administración de recursos, los elementos administrativos y procedimentales, relacionados con el sistema obligatorio de calidad en la atención de salud, buscando garantizar la pertinencia, accesibilidad, continuidad, oportunidad y seguridad en la atención, mediante diferentes sistemas entre los que están:

- Sistema único de habilitación.
- Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.
- Sistema único de acreditación.
- Sistema de información para la calidad.
- Texto que describa la imagen

Decreto 3518

Establece medidas sanitarias en acciones de vigilancia en salud pública; aislamiento, internación, cuarentena, vacunación y medidas profilácticas dirigidas a las personas y los animales. Este control de agentes, materiales de tipo infeccioso y tóxico, vectores y reservorios posibilita desocupar/desalojar lugares, la suspensión de

servicios, el decomiso/destrucción de productos y la suspensión de la venta/empleo de estos. Reglamenta el sistema de vigilancia en salud pública, responsabilidad de MinSalud y de otras instituciones que ejercen control sanitario como:

- Instituto Nacional de Salud.
- Instituto nacional de vigilancia de medicamentos y alimentos.
- Direcciones territoriales de salud.
- Entidades administradoras de planes de beneficios de salud.
- Unidades de biomedicina, notificadoras y generadoras de datos (IPS, laboratorio clínico, bancos de sangre y de órganos).

A partir de la información y de los resultados obtenidos gracias al sistema de vigilancia en salud pública se pueden cumplir con varios objetivos, tales como:

- Valorar y detectar cambios en el marco de los sucesos de interés en salud pública.
- Identificar los brotes y las epidemias, con el fin de organizar las respectivas acciones a seguir.
- Conocer tanto los factores de riesgo como los protectores, relacionados con los eventos en salud pública.
- Promover las acciones en torno a la investigación epidemiológica.
- Ayudar a que se generen las debidas acciones en torno a la planificación en salud (medidas de prevención, promoción en salud y políticas en salud pública).
- Promover las acciones que mejoren la calidad de los servicios de salud, así como la evaluación y el seguimiento de las intervenciones en salud.

Para lograr los objetivos propuestos dentro del sistema, cada actor participante debe garantizar el cumplimiento de las funciones asignadas, cada uno es elemento clave desde la planificación, la operación y la evaluación de los procesos delegados. Acorde con los lineamientos que deben cumplir todos los sectores respecto al cuidado de la salud se resalta que en el cumplimiento de las normas en salud pública existen algunos tipos de sanciones ante el incumplimiento de exigencias, estas pueden describirse como amonestaciones, multas, decomiso, suspensión de permiso sanitario, cierre de tipo temporal o definitivo del establecimiento, edificación o servicio.

1.4. Resoluciones

Las redes integrales de prestadores de servicios de salud que hacen parte importante del Modelo integral de atención en salud -MIAS deben cumplir unos requisitos especiales, los cuales se fundamentan mediante la promulgación de resoluciones entre las que están:

- La habilitación: requisito de orden transversal en todo el proceso de atención y que está direccionado desde la Resolución 1441 de 2016.
- Estas condiciones de habilitación han sido actualizadas en el marco de la Resolución 3100 de 2019, que busca este propósito en relación con los procedimientos y las condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud.

Actualmente, el Ministerio de Salud y Protección Social tiene proyectada una resolución que establece los procesos y los procedimientos para la habilitación y continuidad de las Redes integrales de prestadores y proveedores para la atención en salud – REDES. La cual debe monitorear todas las herramientas operativas y

adecuaciones de las condiciones de habilitación y continuidad de las REDES, desde el marco de la operación, las novedades, el seguimiento y la evaluación.

En las condiciones de habilitación para las REDES se pueden describir cuatro elementos básicos que son:

Estándares para la habilitación

- Criterios
- Modo de verificación
- Alcance y especificidad

Por medio de los criterios se organizan de forma detallada todos los requisitos que deben cumplir las EPS respecto a los estándares de estructura, proceso y resultado. Es importante tener claridad que, dada la dimensión de acción de las EPS, los estándares de habilitación están orientados hacia el inicio (entrada o procesos previos) y la permanencia (condiciones y requisitos a evidenciar durante la operación de las acciones en salud) de las actividades en salud.

Como se puede evidenciar hasta el momento, todos los actores que participan en los procesos de atención en salud deben cumplir y dar garantía de calidad en la prestación de los servicios, en donde el fin último es la salud y el bienestar de la población, teniendo en cuenta los elementos de salud pública y vigilancia del comportamiento de la salud a nivel nacional.

En el material complementario, podrá acceder al Manual de habilitación de REDES integrales de prestadores de servicios de salud para las entidades departamentales y distritales de salud. Este documento sirve de apoyo para realizar el proceso de habilitación de las Redes integrales de prestadores de servicios de salud -

RIPSS por cada Entidad promotora de salud - EPS autorizada a operar en el departamento o distrito, en cumplimiento de lo previsto en la Resolución 1441 de 2016,

2. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS)

El Decreto 780 de 2016, define el SOGCS, como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

2.1. Decretos

Como se mencionó anteriormente, los servicios de salud deben cumplir con los elementos de calidad que garanticen que la prestación del servicio se realice siguiendo los parámetros establecidos en la norma. Ya establecidas algunas de estas para regular el proceso de atención en salud con parámetros de calidad se cuenta con los siguientes decretos:

Decreto 1011 de 2006, que establece el Sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del Sistema general de seguridad social en salud. Relaciona en conjunto las instituciones, las normas, los requisitos, los mecanismos y los procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Tiene como fin suministrar los servicios de salud individuales y colectivos enmarcados en la accesibilidad y la equidad, contando con la infraestructura, los procesos y los procedimientos óptimos, procurando la satisfacción de los usuarios. Los componentes básicos del sistema están enfocados en:

- **Cumplimiento de tipo obligatorio**

Estándares de cumplimiento de tipo obligatorio: se le denomina sistema único de habilitación.

- **Excelencia de tipo voluntario**

Se le denomina al sistema único de acreditación.

- **Sistema de información en salud**

Se le denomina sistema de información para la calidad.

- **Acciones de auditoría continua**

Las acciones de auditoría continua para la detección de errores, se les denomina auditoría al mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Dentro de la herramienta más usada está el PAMEC.

Es importante tener en cuenta que las acciones de calidad están dirigidas a las diferentes instancias encargadas, como puede observarse en la siguiente figura:

Figura 7. Entidades que deben cumplir con el sistema obligatorio de garantía de la calidad



Nota. Tomado del Sistema obligatorio de garantía de calidad en salud (SOGCS). Ministerio de Salud y Protección Social.

- Instituciones prestadoras de servicios de salud.
- Entidades promotoras de salud subsidiadas y contributivas.
- Entidades adaptadas.
- Empresas de medicina prepagada.
- Entidades departamentales, distritales y municipales de salud.

Como este sistema une y articula diversos procesos y procedimientos debe cumplir con los atributos de calidad específicos que se describen a continuación:

- **Accesibilidad:** se refiere a la posibilidad que tiene el usuario para utilizar los servicios de salud.
- **Oportunidad:** posibilidad que tiene el usuario de tener los servicios que necesita, sin que se presenten eventos que retrasen o pongan en riesgo su vida o salud.
- **Seguridad:** son todos aquellos elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que ayudan a minimizar el riesgo de sufrir eventos adversos o eventos no esperados durante el proceso de atención.
- **Pertinencia:** es la garantía que los usuarios puedan recibir los servicios que requieren.
- **Continuidad:** es la posibilidad que tienen los usuarios para recibir las intervenciones que requieren, teniendo en cuenta una secuencia lógica y racional de las actividades en salud, basándose en el conocimiento de tipo científico y sin interrupciones innecesarias.
- **Satisfacción del usuario:** se refiere a la percepción del servicio por parte del usuario, teniendo en cuenta su nivel de expectativa, las necesidades y el resultado obtenido en todo el proceso de atención.

Para garantizar el correcto funcionamiento del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud se cuenta con personas que ayudan desde la parte técnica, operativa y de seguimiento para que las actividades de atención en salud puedan realizarse en función del cumplimiento normativo. En la siguiente figura puede observarse los actores responsables del seguimiento y ejecución de las acciones de calidad en salud.

Figura 8. Responsables del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en salud - SOGC



Nota. Tomada del Decreto 780 de 2016. Ministerio de Salud y Protección Social.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf

Ministerio de Salud y de la Protección Social

- Normas de calidad.
- Expedir la reglamentación.

- Actualización.
- Asistencia técnica.

Superintendencia Nacional de Salud

- Inspección.
- Vigilancia.
- Control.
- Sanciones.

Entidades departamentales y distritales de salud

- Cumplir y hacer cumplir las disposiciones establecidas.
- Divulgar las disposiciones.

Entidades municipales de salud

- Asistencia técnica para implementar la auditoría.
- Realizar la auditoría.

Decreto 780 de 2016, aplicable para las IPS, las entidades promotoras de salud, los gestores farmacéuticos, las entidades adaptadas, las empresas de medicina prepagada y las secretarías de salud (departamentales, distritales y municipales). En este sentido, se debe dejar claro que los elementos del sistema obligatorio de garantía de la calidad no tendrán injerencia sobre los siguientes tipos de entidades: bancos de sangre, laboratorios de genética forense, bancos de semen de las unidades de biomedicina reproductiva y otros bancos que manejan componentes anatómicos, así como demás entidades que realicen procesos de producción de insumos de salud y

productos biológicos; ya que este tipo de entidades deben ser evaluadas y supervisadas por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, acorde con lo estipulado en el Artículo 245 de la Ley 100 de 1993.

Este decreto enuncia las condiciones o requisitos de habilitación a tener en cuenta por los prestadores de servicios de salud a los cuales aplica. Dichos requisitos están agrupados en el marco de las condiciones de capacidad tecnológica y científica, condiciones de suficiencia patrimonial y financiera y las condiciones de capacidad técnico- administrativa.

Se enuncian los pasos a tener en cuenta para el proceso de habilitación, que se fundamentan en la autoevaluación de los estándares respectivos y el registro de los datos de la autoevaluación en el formulario de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud.

Las condiciones de cumplimiento en el marco de los estándares aplicables según el tipo de entidad serán validadas por las entidades departamentales y distritales de salud, por tanto, los prestadores deben tener plena responsabilidad en la veracidad de la información registrada. Una vez otorgada la habilitación, esta tendrá una vigencia de 4 años que se cuentan a partir de la radicación de los documentos.

Si bien ya se han descrito los lineamientos generales del proceso de habilitación de las Instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS, también es importante citar el Decreto 682 de 2018, que tiene como finalidad exponer los requisitos para tener la autorización de funcionamiento, las condiciones de habilitación y de permanencia por parte de las entidades promotoras de salud – EPS, las entidades adaptadas al sistema, las organizaciones de economía solidaria que sean vigiladas por la Superintendencia

Nacional de Salud y que estén autorizadas para operar el aseguramiento en salud y, las cajas de compensación familiar que prestan los servicios tanto al régimen contributivo como subsidiado. Estas entidades deben contar con la debida autorización de funcionamiento, basada en las siguientes actividades:

- Estudio de capacidad técnico - administrativa.
- Estudio de capacidad tecnológica y científica.
- Caracterización de la población que se pretende asegurar.
- Estudio de mercado.
- Condiciones financieras y de solvencia.
- Estudio de factibilidad financiera.
- Código de conducta y de gobierno organizacional.

El proceso de autorización de funcionamiento está a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, y dentro de las actividades que se desarrollan en este proceso se pueden describir las siguientes:

- El uso de la desviación estándar en estos casos proporciona una estimación de la incertidumbre de los rendimientos futuros de una inversión determinada.
- Por ejemplo, al comparar la acción A que tiene un rendimiento promedio del 7% con una desviación estándar del 10% contra la acción B, que tiene el mismo rendimiento promedio, pero una desviación estándar del 50%, la primera acción sería claramente la opción más segura. Dado que la desviación estándar de la acción B es significativamente mayor, para el mismo rendimiento exacto.

- Eso no quiere decir que la acción A sea definitivamente una mejor opción de inversión en este escenario, ya que la desviación estándar puede sesgar la media en cualquier dirección.
- Estos son solo algunos ejemplos de cómo se puede usar la desviación estándar, pero existen muchos más. Generalmente, calcular la desviación estándar es valioso en cualquier momento que se desee saber qué tan lejos de la media puede estar un valor típico de una distribución.

A manera de resumen, en relación con las condiciones de habilitación de las entidades prestadoras de salud puede consultar la siguiente tabla.

Tabla 2. Resumen de las condiciones de habilitación EPS.

Condiciones de habilitación		
Capacidad técnico-administrativa	Capacidad tecnológica	Capacidad científica
Certificación vigente que dé cuenta de su existencia y representación legal.	Plataforma tecnológica con conexión remota.	Demostrar que cuentan con talento humano para la operación del aseguramiento en salud.
Disponer de un órgano de dirección, estructura orgánica y funcional definida.	Sistema de la bases de datos de los afiliados que permita el estado de salud; la gestión de	Gestión integral del riesgo en salud.

Condiciones de habilitación		
Capacidad técnico-administrativa	Capacidad tecnológica	Capacidad científica
Tener auditoría y estructura orgánica; personal con conocimiento; política de talento humano; implementación de procesos y monitoreo.	la red integral; la autorización electrónica, garantice la trazabilidad de las facturas y trámite al prestador de servicios de salud, la gestión financiera y contable, la gestión de riesgos en salud.	La articulación de una red integral de prestadores de servicios de salud.
Contar con una política de contratación y pagos pública.		

Nota. Tomado del Decreto 682 de 2018. Ministerio de Salud y Protección Social.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20682%20de%202018.pdf

Es importante tener presente que parte de las actividades que deben desarrollar los prestadores de servicios de salud están orientadas a la auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención en salud; esta auditoría debe estar basada en estándares superiores a los contenidos en la habilitación, es decir, podrá basar su plan de auditoría bajo los estándares de acreditación o los que hagan sus veces (indicadores para el monitoreo del sistema de información de calidad, indicadores de seguimiento a riesgos y política de seguridad del paciente).

Dentro del plan de auditorías, las actividades generales están enfocadas a realizar la evaluación, el seguimiento y el mejoramiento; la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, adicional a esto deberá tener en cuenta los diversos niveles de operación, los cuales son el autocontrol y la auditoría interna y externa.

Acorde con el resultado encontrado en los niveles de operación se deben definir las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales. Para concluir, tanto los niveles de operación, las acciones y el proceso de evaluación continua siguen la estrategia de ruta crítica que está orientada a la valoración cuantitativa y cualitativa.

El Decreto 903 de 2014 actualiza los componentes del sistema único de acreditación, que se encuentra reglamentado desde el año 2002 bajo la Resolución 1774, luego actualizado mediante la Resolución 1445 del año 2006 y la Resolución 123 de 2012.

Mediante el Decreto 903 de 2014 MinSalud delegó al ICONTEC el proceso de acreditación en Colombia, por ello, es necesario conocer que la entidad a cargo de los procesos de acreditación a su vez debe estar certificada por la International Society for Quality in Healthcare - ISQUA y presentar experiencia de certificación de 5 años continuos. En el proceso de acreditación es fundamental dirigir las acciones hacia los siguientes ejes:

- 1. Seguridad del paciente:** se comprende como el conjunto de elementos de tipo estructural, procesos, instrumentos y metodologías que tienen como objetivo minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso dentro del proceso de atención en salud.

2. **Presencia de políticas y programas:** todos estos dirigidos a la humanización de la atención, teniendo en cuenta la dignidad del ser humano.
3. **Gestión de la tecnología:** por medio de un proceso de tipo racional respecto a la adquisición y la utilización que beneficie a los usuarios y a las instituciones.
4. **Gestión del riesgo:** trabajar en el enfoque y gestión del riesgo por medio de la provisión de servicios de salud de tipo accesible y equitativo, teniendo presente el balance entre la gestión clínica y la gestión administrativa, así como los beneficios, los riesgos y los costos.

La herramienta más importante para operativizar un programa de acreditación es realizar actividades de forma sistemática, garantizando un proceso continuo de transformación cultural de la de la organización; dicha transformación es promovida desde el direccionamiento estratégico y las acciones coordinadas del talento humano. Además, la acreditación cuenta con unos principios que garantizan la correcta ejecución de sus actividades en busca del alcance de estándares superiores; estos principios se pueden describir como confidencialidad, gradualidad y eficiencia.

Para una correcta ejecución de las actividades que garanticen un servicio de alta calidad se cuenta con los ejes de la acreditación, estos son:

- La gestión tecnológica.
- La humanización de la atención en salud.
- La seguridad del paciente y la gestión clínica.
- El enfoque de gestión del riesgo.

El manual de estándares del sistema único de acreditación en salud es una herramienta dispuesta en el proceso de acreditación; sin embargo, en caso que la

entidad que asume el proceso tenga sus propios manuales acreditados por la International “Society for Quality in Healthcare – ISQUA” únicamente podrán ser utilizados y aplicados con la debida autorización por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

Para cumplir con el ciclo global de acreditación se deben seguir los procesos de:

- Selección de la entidad acreditadora, la cual debe estar inscrita en el registro especial de acreditadores en salud.
- Autoevaluación de los estándares de acreditación elegidos por la entidad que desea acreditarse.
- Gestión de los planes de mejoramiento continuo.
- Evaluación externa del cumplimiento de los estándares.
- Otorgamiento de la acreditación, este se da por tres años bajo las siguientes categorías:
 - Acreditado con excelencia.
 - Acreditado.
 - Acreditación condicionada (seis meses).

Todos los componentes del sistema obligatorio de garantía de calidad enunciados hasta el momento requieren de un elemento básico y es aquel relacionado con el reporte de información producto de los procesos de atención en salud. Este reporte de información tiene como objetivos:

- **Monitorear:** consiste en realizar el respectivo seguimiento a la calidad de los servicios, con el fin de que todos los actores involucrados realicen la

respectiva evaluación y ajuste a los elementos que componen el SOGCS (Sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud).

- **Orientar:** refiere a la entrega de información que incluye la selección de la EAPB y/o la institución prestadora de servicios por parte de los usuarios y demás, teniendo en cuenta la información de calidad reportada.
- **Referenciar:** esta actividad incluye la referenciación de tipo competitivo sobre los aspectos de calidad de los servicios entre las EAPB y las instituciones prestadoras de servicios.
- **Estimular:** sugiere incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.

2.2. Resoluciones

El proceso de habilitación de los prestadores de servicios de salud en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad se encuentra normado por las siguientes resoluciones:

Resolución 3100 de 2019. Nace en función de los diversos avances tecnológicos y el surgimiento de otras normas regulatorias en el sector salud, por tanto, se hizo necesaria la actualización de todos los procedimientos y las condiciones de inscripción que fueron abordados en normas anteriores como la Resolución 2003 de 2014. Es necesario aclarar que estas condiciones de habilitación son aplicables solo a los siguientes tipos de prestadores:

- Instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS.
- Entidades que asuman la actividad de transporte especial de pacientes.
- Profesionales que ejerzan sus actividades de manera independiente.

- Instituciones con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, pero que, en el ejercicio de sus funciones, deban realizar la atención en salud.

Es importante recordar que, así como existen regímenes especiales que se abordaron en la primera parte de esta revisión normativa, las entidades que presten sus servicios de salud al régimen especial y de excepción no tendrán la obligación de cumplir con lo definido en el SOGCS, y solo estarán en la obligación de hacerlo si realizan una inscripción de tipo voluntario para ofertar y operar sus programas de salud dentro de este sistema. También están exentos de cumplir con estos requisitos los servicios de salud que se presten a nivel intramural de los centros carcelarios del país.

Las condiciones para evaluar la viabilidad de estos prestadores estarán a cargo de las secretarías de salud departamental o distrital, las entidades responsables del pago de los servicios prestados y la Superintendencia Nacional de Salud.

Acorde con lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 se definen unos pasos para realizar la habilitación, los cuales se describen a continuación.

- **Autoevaluación**

Realizar la autoevaluación de las condiciones descritas en los estándares.

- **Formulario de inscripción**

Ingresa a la página web de la Secretaría de Salud y diligenciar el formulario de inscripción en el REPS.

- **Declaración de autoevaluación**

Diligenciar la declaración de la autoevaluación de los servicios que se van habilitar e imprimir el formulario de inscripción.

- **Radicación del formulario de inscripción**

Radical en la secretaría de salud distrital o departamental (o en la entidad asignada para esta actividad) el formulario de inscripción y la declaración de autoevaluación.

- **Visita de verificación**

Recibir la visita de verificación por parte de la secretaría de salud distrital o departamental (o en la entidad asignada para esta actividad).

La autoevaluación de las condiciones descritas en los estándares, están orientadas a las condiciones que se deben cumplir en todos los servicios y aquellas que son exclusivas según el tipo de servicio. Para dar una mirada general a las condiciones aplicables a todos los servicios, se ha realizado el siguiente cuadro resumen:

Tabla 3. Sistema único de habilitación, estándares todos los servicios.

Estándar	Alcance del estándar - Resumen
1. Talento humano	<p>Condiciones del recurso humano requeridas en un servicio de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hojas de vida del personal con sus respectivos soportes. • Capacidad instalada de la institución. • Convenios docencia servicio.
2. Infraestructura	<p>Condiciones y mantenimiento de la infraestructura de las áreas asistenciales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de las instalaciones. • Plan de gestión integral de residuos.

Estándar	Alcance del estándar - Resumen
3. Dotación y mantenimiento	<p>Condiciones de suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Listado de equipos. • Hojas de vida de los equipos con sus respectivos soportes. • Cronogramas de mantenimiento, calibración de equipos y evidencias de su ejecución. • Contratos de mantenimiento.
4. Medicamentos, dispositivos médicos e insumos	<p>Gestión de medicamentos y demás insumos que utilice la institución:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Listado de medicamentos y dispositivos médicos empleados. • Procedimientos de selección, adquisición, almacenamiento, recepción, transporte, conservación, control de fechas de vencimiento, dispensación y disposición final. • Cronogramas de mantenimiento, calibración de equipos y evidencias de su ejecución. • Política de no reúso. • Programa de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia y Reactivovigilancia.
5. Procesos prioritarios	<p>Existencia, socialización y gestión de los principales procesos asistenciales calidad - riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guías clínicas y protocolos de atención. • Comités institucionales. • Seguimiento a riesgos. • Gestión de eventos adversos. • Manual de bioseguridad.
6. Historia clínica y registros	<p>Existencia y cumplimiento de los procesos que garanticen la historia clínica por paciente:</p>

Estándar	Alcance del estándar - Resumen
	<ul style="list-style-type: none"> • Toda atención por primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de la historia clínica. • Los registros asistenciales son conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva. • Auditoría a las historias clínicas.
7. Interdependencia	<p>Existencia y disponibilidad de servicios o productos necesarios para prestar de manera oportuna, segura e integral los servicios ofertados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contratos formalizados. • Auditoría a los contratos.

Nota. Resolución 3100 de 2019. Ministerio de Salud y Protección Social.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf

1. Atención intramural

cuenta con infraestructura física fija para la atención.

2. Atención extramural

cuenta con espacios o infraestructura adaptada. Dentro de esta atención se cuenta con unidad móvil (terrestre, marino o fluvial), atención en modalidad domiciliaria y jornadas de salud.

3. Telemedicina

prestación del servicio a distancia, mediante TICS. Hay dos opciones.

Telemedicina interactiva (video llamada en tiempo real) Telemedicina no

interactiva (comunicación asincrónica entre el profesional de la salud y el usuario.

Para dar cumplimiento y calidad al proceso, se debe contar con telexperticia y telemonitoreo. Este tipo de atención se caracteriza por contar con un prestador denominado emisor y otro prestador denominado de referencia.

Resolución 256 de 2016, la cual fundamenta el componente de información para la calidad que es ejecutado por medio del monitoreo de indicadores. Esta medición de indicadores permite evaluar las condiciones de calidad necesarias en la prestación de los servicios de salud.

La clasificación de los indicadores a reportar contenidos es esta resolución son:

- Indicadores de efectividad.
- Indicadores de seguridad.
- Indicadores de experiencia de la atención en salud.
- Indicadores de gestión del riesgo.

Para que exista claridad se debe comprender que cada grupo de indicadores está dirigido a las entidades administradoras de planes de beneficios departamentales, a las entidades distritales y municipales de salud, al Instituto Nacional de Salud, al organismo técnico de administración de la cuenta de alto costo, a los prestadoras de servicios de salud y a los servicios de transporte especial de pacientes, siendo necesario para estos dos últimos, el reporte de registro de control, el registro de detalle de oportunidad en citas, el registro de detalle de satisfacción global, el registro de detalle de la programación de procedimientos quirúrgicos realizados en sala de quirófano, el registro de detalle de evento adverso y registro de detalle de urgencias – “triage” II. A cada actor del sistema le corresponden los indicadores de efectividad, seguridad, experiencia de la atención en salud y de gestión del riesgo.

Para el envío de indicadores se hace necesario que los reportes sean manejados en un archivo tipo plano.

Hay otras herramientas de monitoreo en torno a las atenciones en salud, tales como el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS. Este será revisado en detalle en el siguiente componente; sin embargo, es importante tener presente que consiste en el conjunto de datos que identifica las actividades de salud que se les realiza a las personas y que hacen parte integral de la factura de venta de los servicios de salud, sirve para que los prestadores de servicios de salud puedan documentar el valor cobrado por las actividades de salud prestadas a las personas ante la entidad pagadora de los servicios de salud, informar sobre actividades de salud prestadas en las modalidades de contratación por paquete, por capacitación o servicios integrales y conocer las causas que generan la demanda de servicios de salud.

El aporte de los RIPS a las EAPB consiste en realizar la auditoría de cuentas y la autorización de servicios y pagos, conocer el estado de salud y enfermedad de la población afiliada, optimizar la contratación en función de la demanda de los servicios, impactando positivamente los procesos administrativos de las entidades que participan del proceso de atención de la población y en el seguimiento de las acciones en salud pública.

En el sistema obligatorio de garantía de la calidad se hace indispensable contar con los suficientes elementos en el marco de la política de seguridad del paciente, la cual tiene como objetivo prevenir la ocurrencia de hechos que afecten la seguridad de los usuarios que acceden al servicio de salud. Para garantizar un adecuado desarrollo de la política de seguridad del paciente es necesario garantizar los siguientes elementos.

- El enfoque de la atención debe estar centrado en el usuario, él es el eje de todo el proceso.
- Trabajar por una cultura de seguridad institucional.
- Integrar todas las acciones con el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud, ya que la política de seguridad del paciente es transversal a todos los componentes.
- Para que la política de seguridad del paciente sea óptima se debe garantizar la participación de las diferentes áreas organizacionales y de los diferentes actores.
- Todas las acciones a implementarse en la política deben contar con la debida validez, es decir, deben estar soportadas en la evidencia científica disponible.
- Incluir dentro de la política al paciente y su entorno familiar.
- Es indispensable la participación activa de los profesionales en salud.

Lo invitamos a consultar en el material complementario la Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Seguridad del paciente y la atención segura. Este documento sirve de apoyo para la estructuración de las estrategias a tener en cuenta dentro de la institución, garantizando la seguridad en los procesos de atención.

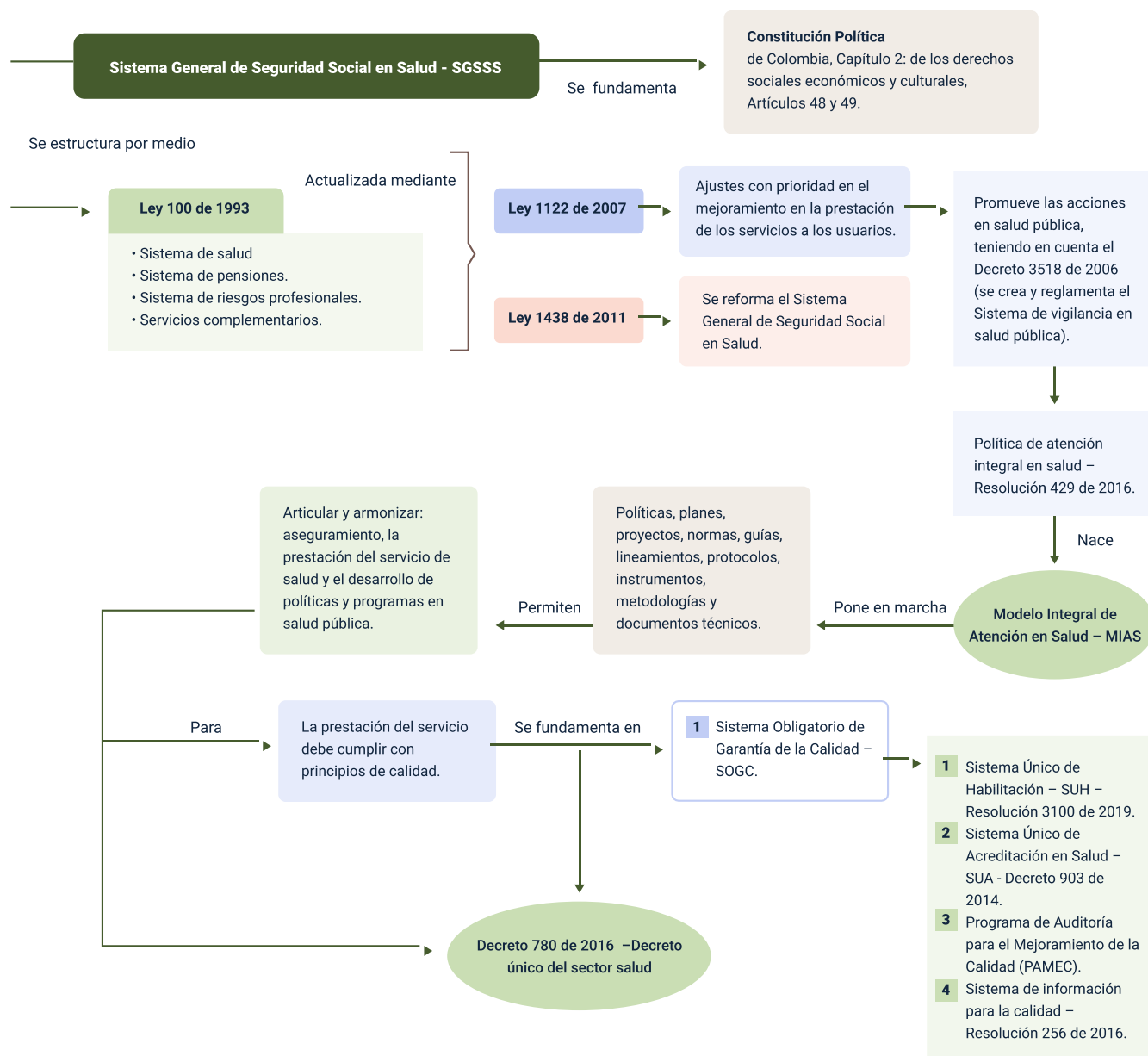
Para finalizar la revisión del presente componente es necesario dar a conocer el sistema encargado de organizar y disponer toda la información en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad - SOGC, buscando entregar las herramientas que faciliten la difusión, la estandarización de los indicadores y de los canales de acceso para el debido seguimiento y evaluación del sistema de salud en el marco de los atributos de calidad, humanización y resultados en salud de los diferentes agentes del

sector involucrados en la atención, este recibe el nombre de Observatorio Nacional de Calidad en Salud - ONCAS.

Síntesis

Los conceptos y la normatividad que dan soporte al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS se actualiza de manera constante, acorde con las necesidades de la población. La salud es un derecho de todos los colombianos, por tanto, se debe garantizar el control del estado de salud y las posibles fuentes o causas que puedan generar estados de enfermedad en las poblaciones, por medio de las políticas en salud pública. Además, del trabajo articulado que deben realizar los diferentes actores del sector en pro de garantizar la pertinencia, la accesibilidad, la continuidad, la oportunidad y la seguridad en la atención, teniendo como eje fundamental los sistemas de calidad que garantizan asegurar la globalidad del cumplimiento y la calidad en pro del beneficio del usuario, tanto de la red de prestadores como de cada prestador en el ejercicio individual de sus funciones.

En el mapa conceptual, podrá reconocer una ruta resumida de los aspectos que involucran la temática tratada:



Material complementario

Tema	Referencia APA del material	Tipo de material (Video, capítulo de libro, artículo, otro)	Enlace del recurso o archivo del documento o material
Leyes (SGSS)	Ley 1122 de 2007. [Congreso de la República de Colombia]. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Enero 9 de 2007.	Documento legal	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf
Decretos (mecanismos de habilitación, políticas públicas en salud)	Decreto 3518 de 2006. [Ministerio de la Protección Social]. Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones. Octubre de 2006.	Documento legal	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-3518-de-2006.pdf
Decretos (mecanismos de habilitación, políticas públicas en salud)	Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). <i>Salud</i> . Ministerio de Salud y Protección Social.	Sitio web	https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/inicio.aspx
Decretos (mecanismos de habilitación, políticas públicas en salud)	Instituto Nacional de Salud. (s.f.). <i>Observatorio Nacional de Salud</i> . INS.	Sitio web	https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Paginas/default.aspx#:~:text=Genera%20evidencia%20para%20informar%20la,formulaci%C3%B3n%20de%20proyectos

			%20de%20investigaci%C3%B3n
Decretos	Decreto 780 de 2016. [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Mayo 6 de 2016.	Documento legal	https://www.minsalud.gov.co/NormatividadNuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf
Decretos	Decreto 682 de 2018. [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por el cual se sustituye el Capítulo 3 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud. Abril 18 de 2018.	Documento legal	https://www.minsalud.gov.co/NormatividadNuevo/Decreto%20682%20de%202018.pdf
Resoluciones	Resolución 3100 de 2019. [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de	Documento legal	https://www.minsalud.gov.co/NormatividadNuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf

	servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud. Noviembre 25 de 2019.		
Resoluciones	Ministerio de Salud y de la Protección Social. 2017. Manual de habilitación de redes Integrales de prestadores de servicios de salud para las entidades departamentales y distritales de salud. Versión 1.0 Enero de 2017.	Documento técnico	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/manual-habilitacion-redes-dts.pdf
Resoluciones	Ministerio de la Protección Social. Dirección General de calidad de los servicios. Unidad sectorial de normalización. (2010) <i>Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Seguridad del paciente y la atención segura.</i> Bogotá, 4 de marzo de 2010.	Documento técnico	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guia-buenas-practicas-seguridad-paciente2010.pdf

Glosario

Archivo plano: es un archivo informático compuesto únicamente por texto sin formato, solo por caracteres, lo que hace que sea legible de forma sencilla por humanos. Carece de información destinada a generar formatos (negritas, subrayado, cursivas, tamaño, etc.) y tipos de letra (por ejemplo, Arial, Times, Courier, etc.). El término texto plano proviene de una traducción literal del término inglés plain text, término que en lengua castellana significa texto simple o texto sencillo (Sensagent, 2022).

Autoevaluación: es la verificación de las condiciones de calidad para el autocontrol de los servicios a ofertar (Decreto 1011 de 2006).

Control de calidad: sistema para verificar y mantener un nivel deseado de calidad en un servicio específico mediante el planeamiento cuidadoso, el uso del equipamiento adecuado, el chequeo continuo y la aplicación de las medidas correctivas necesarias (OPS, 2016).

Criterio: es un indicador o descripción de la calidad de las actividades que se están evaluando (ISO Tools, s.f.).

Cultura de seguridad: es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento desde lo individual y grupal, lo cual ayuda a determinar el compromiso, el estilo y el desempeño de una institución (Domínguez y otros, 2009).

Diagnóstico: en medicina o propedéutica clínica es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome o cualquier condición de salud - enfermedad. (MinSalud, 2013).

Estándar: son todos aquellos criterios mínimos de un servicio de salud (MinSalud, 2014).

Evento adverso: es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produce un daño en la salud de la persona. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles (MinSalud, 2016).

Igualdad: es el acceso a la seguridad social en salud que garantiza no incurrir en discriminación de las personas residentes en el territorio colombiano por razones de cultura, sexo, raza, origen, nacionalidad, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica (MinSalud, 2013).

Incidente: es un evento o circunstancia que ocurre durante el proceso de atención clínica de un paciente, este no genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención en el marco de los procesos con calidad (OMS, 2002).

Observatorio Nacional de Salud: es el responsable de hacer el monitoreo a los indicadores de salud pública para cada municipio y departamento, lo cual permite tener información desagregada de los resultados por asegurador, prestador y ente territorial (Ley 1438 de 2011).

Participación social: se refiere a la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto (MinSalud, 2013).

Plan decenal de salud pública: documento en el cual confluyen las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, logrando garantizar que el proceso de participación social sea eficaz,

mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales (MinSalud, 2013).

Prestador: corresponde a cualquier persona natural o jurídica, establecimiento o institución, que se encuentre autorizada para otorgar prestaciones de salud, tales como: consulta, consultorio, hospital, clínica, centro médico, centro de diagnóstico terapéutico, centro de referencia de salud, laboratorio y otros de cualquier naturaleza, incluidas las ambulancias y otros vehículos adaptados para la atención extrahospitalaria (MinSalud, 2013).

Prevención: es el enfoque orientado a la precaución que se aplica a la gestión del riesgo en el marco de la evaluación de los procedimientos y la prestación de los servicios de salud (MinSalud, 2013).

Referencias bibliográficas

Constitución Política de Colombia. (1991). Título II de Los derechos sociales, económicos y culturales Artículos 48 y 49. Constitución Política de Colombia.

<https://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/colombia91.pdf>

Decreto 3518 de 2006. [Ministerio de la Protección Social]. Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones. Octubre de 2006.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-3518-de-2006.pdf>

Decreto 903 de 2014. [Ministerio de la Protección Social]. Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud. Mayo 13 de 2014.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-0903-de-2014.pdf>

Decreto 780 de 2016. [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Mayo 6 de 2016.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf

Decreto 682 de 2018. [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por el cual se sustituye el Capítulo 3 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las

entidades responsables del aseguramiento en salud. Abril 18 de 2018.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20682%20de%202018.pdf

Ley 100 de 1993. [Congreso de la República de Colombia]. Artículos 156, literales e), i), 157, literales A y B. agosto 31 de 2022.

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993_pr003.html#153

Ley 1122 de 2007. [Congreso de la República de Colombia]. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Enero 9 de 2007.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS. Plan de capacitación sectorial. MinSalud.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/01-pais-mias-capacitacion-sectorial.pdf>

Resolución 256 de 2016. [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. Febrero 5 de 2016.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20256%20de%202016.pdf

Créditos

Nombre	Cargo	Regional y Centro de Formación
Claudia Patricia Aristizabal	Responsable del Equipo	Dirección General
Norma Constanza Morales Cruz	Responsable de Línea de Producción	Regional Tolima - Centro de Comercio y Servicios
Luz Adriana Cárdenas González	Experta Temática	Regional Antioquia - Centro de Servicios de Salud
María Inés Machado López	Diseñadora Instruccional	Regional Norte de Santander - Centro de la Industria, la Empresa y los Servicios
Carolina Coca Salazar	Asesora Metodológica	Regional Distrito Capital - Centro de Diseño y Metrología
Rafael Neftalí Lizcano Reyes	Responsable Equipo Desarrollo Curricular	Regional Santander - Centro Industrial del Diseño y la Manufactura
Julia Isabel Roberto	Correctora de Estilo	Regional Distrito Capital - Centro de Diseño y Metrología
Maria Inés Machado López	Metodóloga	Regional Tolima - Centro de Comercio y Servicios
Oscar Iván Uribe Ortiz	Diseñador de Contenidos Digitales	Regional Tolima - Centro de Comercio y Servicios
Francisco José Vásquez Suárez	Desarrollador Fullstack	Regional Tolima - Centro de Comercio y Servicios
Gilberto Junior Rodríguez Rodríguez	Storyboard de Ilustración	Regional Tolima - Centro de Comercio y Servicios
Maria Alejandra Vera Briceño	Producción Audiovisual	Regional Tolima - Centro de Comercio y Servicios
Nelson Iván Vera Briceño	Producción Audiovisual	Regional Tolima - Centro de Comercio y Servicios
Oleg Litvin	Animador	Regional Tolima - Centro de Comercio y Servicios
Francisco José Vásquez Suárez	Actividad Didáctica	Regional Tolima - Centro de Comercio y Servicios

Gilberto Naranjo Farfán	Validación de Contenidos Accesibles	Regional Tolima - Centro de Comercio y Servicios
Jorge Bustos Gómez	Validación y Vinculación en Plataforma LMS	Regional Tolima - Centro de Comercio y Servicios