PROCESO DE GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL FORMATO

GUÍA DE APRENDIZAJE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA GUIA DE APRENDIZAJE

- **Denominación del Programa de Formación:** TÉCNICO EN ENFERMERÍA
- **Código del Programa de Formación:** 331120
- **Nombre del Proyecto:** Implementación de cuidados de enfermería para mantener, recuperar y mejorar la calidad de vida de las personas.
- **Fase del Proyecto:** Análisis
- **Actividad de Proyecto:** Analiza las actividades básicas de salud en la persona y su entorno, aplicando técnicas de control de infecciones
- **Competencia:**
  Prevenir infecciones en las personas y su entorno de acuerdo con protocolos establecidos y normativa legal vigente.
- **Resultados de Aprendizaje a Alcanzar:**

1. Reconocer la normatividad vigente para control de infecciones de acuerdo con políticas y recomendaciones nacionales e internacionales
2. Alistar equipos, materiales requeridos en la atención teniendo en cuenta procesos de limpieza, desinfección y esterilización
3. Aplicar protocolos para el control de la infección de acuerdo con políticas de seguridad del paciente, guías de manejo, normatividad nacional

- ✓ Duración de la Guía: 144 horas
- ✓ 100 horas trabajo directo
- ✓ 44 horas de práctica clínica

2. PRESENTACIÓN

La infección es uno de los eventos adversos que se presenta con mayor frecuencia asociados al cuidado de la salud, generando impacto negativo para el paciente, su familia, la comunidad y los servicios de salud en general. Es aquí donde desde su perfil laboral el Técnico en Enfermería, cumple un papel protagónico en su control y prevención. Por lo tanto, se hace necesario que tenga conocimientos de los aspectos teóricos relacionados con la infección, los microorganismos, la cadena de transmisión, además, de las técnicas y protocolos relacionados con la prevención y el manejo de las infecciones.

Apreciado aprendiz, reciba un cordial saludo del equipo de instructores que lo invitamos a resolver esta guía de aprendizaje de la fase de análisis. La cual está planteada en el marco de la formación por proyectos de la política institucional del SENA y utiliza didácticas.

activas como la simulación, estudios de caso, cine foros y otras, que le permitirán la apropiación de los conocimientos de la competencia de la competencia de controlar las infecciones en los usuarios y su entorno de acuerdo con las buenas prácticas sanitarias en el marco de la política nacional de seguridad por el paciente.

3. FORMULACION DE LAS ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

3.1 Actividades de Reflexión inicial.

Uno de los riesgos a que se exponen los usuarios de servicios de salud es el de adquirir enfermedades infectocontagiosas. Imagine que usted es el responsable de evitarlas y controlarlas en un servicio de salud. Este puede ser un servicio de hospitalización, un servicio de urgencia o consulta externa.
A continuación, encuentra preguntas que pueden orientar la discusión y análisis de la situación.
Realice este ejercicio preferiblemente en grupo y participe en plenaria para que los participantes expongan sus criterios.



- ✓ ¿Cómo se sentiría si por descuido el paciente a su cuidado se infecta, se aumenta el tiempo de hospitalización o se genera una complicación que ponga en riesgo la vida?
- ✓ ¿Cómo técnico en enfermería cuál es su mayor interés para contribuir con la prevención y control de infecciones
- ✓ ¿Qué importancia tiene la prevención y control de la infección en paciente, con el personal de salud y consigo mismo?

3.2 Actividades de contextualización

Esta actividad tiene por finalidad identificar el nivel de conocimiento que usted, posee sobre las infecciones, los mecanismos de transmisión y medidas de prevención y control.

A. En esta actividad usted tendrá la oportunidad de analizar una situación real sobre un caso de infección en una comunidad, tomando como base sus conocimientos y experiencias previas.

Revise con cinco de sus compañeros elijan una comunidad y comenten respecto a una situación de infección e identifique:

- ✓ ¿Cuál fue la forma de transmisión?
- ✓ ¿Cuáles consideran que pueden ser las medidas de prevención y otros aspectos que considere importantes para el paciente, la familia y la comunidad
- ✓ Que complicaciones se pueden dar para el usuario, familia o comunidad
- ✓ ? Socialice las conclusiones con el resto del grupo e instructor.



B. El grupo se subdivide en subgrupos de 5 personas, cada persona cuenta una situación que haya vivido en su familia o comunidad relacionada con una infección, responda a las siguientes preguntas:

- ✓ ¿Cuál fue el proceso de infección?
- ✓ ¿Cuál fue el manejo que le dieron a esta persona en la familia y/o comunidad?,
- ✓ ¿Cuál fue el manejo que le dieron en la institución de salud, en caso?

Socialice con el resto del grupo e instructor-a.

3.3 Actividades de apropiación del conocimiento (Conceptualización y Teorización).

3.3.1 Anatomía y fisiología



De manera individual cada aprendiz debe pintar la célula, tejidos, sistema inmunológico, sistema tegumentario y faneras en el taller de anatomía facilitado por el instructor, apropiar conocimientos respecto a las estructuras anatómicas y fisiología.
El taller será revisado y socializado en formación, el instructor hará la retroalimentación necesaria

3.3.2 Normatividad

En equipos de trabajo asignados y orientados por el instructor deben realizar realizar mapa conceptual tipo cartelera, de cada una de las normas propuestas, teniendo en cuenta los aspectos más relevantes, posteriormente socializar en formación. El instructor evaluará mediante la observación y hará la retroalimentación pertinente.

- ✓ **Resolución 2471/2022**



Adoptar los lineamientos técnicos para los Programas de Prevención, Vigilancia y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud- IAAS y el de Optimización del Uso de Antimicrobianos-PROA para mitigar la resistencia a los antimicrobianos-RAM, contenidos en el anexo técnico que hace parte integral de este acto.

- ✓ **Resolución 591/2024**

la cual adopta el "Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y otras Actividades" (PGIRASA)

- ✓ **2.4 Resolución 2183 de 2004**

Por la cual se adopta el Manual de Buenas Prácticas de Esterilización para Prestadores de Servicios de Salud.

3.3.3 Causas de infección y mecanismo de contagio

El instructor realizara presentación de algunas generalidades con relación a las causas de infección y mecanismos de contagio, abordara los siguientes temas para lo cual se espera la mayor participación del aprendiz.
Historia natural de la enfermedad
Microorganismos

Triada ecológica
Cadena de transmisión



*posteriormente deben Participar en el cine foro de la película "Osmosis Jones" y dar respuestas a las siguientes preguntas:

¿Cuáles fueron los factores que afectaron la salud del señor Frank?
¿Cuáles fueron las medidas preventivas implementadas, para evitar el contagio de la enfermedad?
Enlace película:
https://www.youtube.com/watch?v=udKF1zZRMts

*Realice lectura sobre microorganismos y la cadena de transmisión de la infección basado en el del Manual de Medidas Básicas para el Control de Infecciones y otros documentos facilitados por el instructor, realice de manera individual mapa conceptual sobre los microorganismos (incluya imágenes).
Entregue y socialice en espacio de formación.

3.3.4 **Manual de Medidas Básicas para el Control de Infecciones**

En Colombia es la guía del Ministerio de Salud para prevenir y controlar las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)

Precauciones Estándar

Dentro de las medidas esenciales de las "Precauciones estándar" se incluyen:

1. Higiene de manos
2. Uso de guantes
3. Uso de elementos de protección personal (EPP)
4. Prevención de exposiciones por accidentes con instrumentos corto punzantes
5. Cuidados para el manejo del ambiente y de la ropa, los desechos, soluciones y equipos.
6. Higiene respiratoria y etiqueta de tos.
7. Limpieza y desinfección y esterilización de dispositivos y equipos biomédicos.



Con el propósito de apropiar conocimientos con relación a las precauciones estándar, formaran equipos de trabajo asignados y orientados por el instructor para realizar y socializar un plan de capacitación para la clínica samaria donde se ha detectado oportunidades de mejora en el personal de enfermeria, que de no solucionarse puede conllevar al desarrollo de infecciones asociadas en la atención en salud. Las capacitaciones serán evaluadas mediante observación directa.

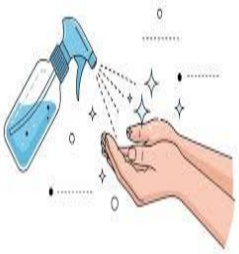
De manera individual deben realizar trabajo escrito que contenga:

- ✓ Mapa conceptual con el proceso de limpieza, desinfección y esterilización
- ✓ Cuadro de Análisis comparativo, para establecer diferencias.
- ✓ Personal que labora en la central de esterilización y que funciones cumplen

Entregar y socializar en espacio formativo.

3.3.5 Desinfectantes y antisépticos para la piel

Para la siguiente actividad el instructor los documentara respecto a los diferentes antisépticos y desinfectantes usuales utilizados para limpiar piel para la piel, se hará un están para lo cual aportaran frascos y rotulos que simulen el producto, cada equipo debe explicar indicaciones, técnica de aplicación y contraindicaciones.



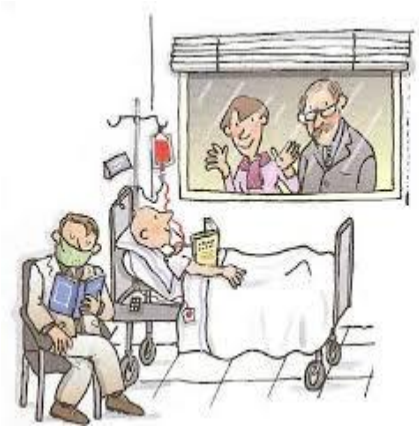


3.3.6 Aislamientos hospitalarios o precauciones expandidas

Con base documento facilitado por el instructor, cada equipo de trabajo asignado y orientado debe llevar escrito en una cartelera las especificaciones de los tipos de aislamientos, definiendo:

- ✓ Semaforización
- ✓ Definición
- ✓ Indicaciones
- ✓ Precauciones

Socializar y evaluar mediate técnica lluvia de ideas



3.3.7 Manejo de heridas y curaciones

Participe de la conceptualización dirigida por su Instructor- a, sobre **técnica aséptica**: conceptos, principios y procedimientos, luego la actividad será evaluada mediante lúdica (**Tingo-tango)**

El instructor orientara y facilitara material para trabajar en clase temas con relación al manejo de heridas y curaciones, se abordarán los siguientes temas:

- ✓ Clasificación de las heridas
- ✓ Manejo de hemorragia
- ✓ Proceso de cicatrización
- ✓ Descripción de la herida
- ✓ Limpieza
- ✓ Tipos de desbridamiento
- ✓ Tipo de apósitos
- ✓ Sustancias y medicamentos
- ✓ Aplicación de vendaje
- ✓ Nota de enfermeria de la curación



Los temas serán socializados con la participación de todos y evaluados mediante observación directa.

3.3.8 Segregación de residuos hospitalarios



Con el fin de a evitar futuros riesgos sanitarios, infecciones y contaminación ambiental y cumpliendo con normatividad nacional, los invito a realizar la segregación de residuos de residuos de manera correcta, para esta actividad deben realizar rótulos en cartulina con el color de la caneca y registrar los desechos que corresponden.

Para evaluar la actividad se colocarán papelitos con los colores de las canecas, cada uno sacará el suyo y dirá los residuos correspondientes.

3.4 Actividades de transferencia del conocimiento



Participe de manera individual en simulación sobre:

- ✓ Postura y retiro de guantes
- ✓ Postura y retiro de elementos de protección personal
- ✓ Manejo de residuos,
- ✓ Aislamientos hospitalarios
- ✓ curación de heridas con aplicación de principios y procedimiento de técnica aséptica

En primera instancia el instructor explicara y simulara el procedimiento, en segunda instancia el aprendiz lo hará y se evaluara mediante lista de chequeo la cual debe estudiar anticipadamente.

Ambiente Requerido:

Ambientes convencionales y aula de simulación.

Materiales: Computadores portátiles con acceso a internet

- ✓ TV Led de 50",
- ✓ Pliegos de papel periódico
- ✓ Marcadores borrables y permanentes
- ✓ Borrador de table Matić,
- ✓ Papel bond carta,
- ✓ Guantes de manejo y estériles,
- ✓ Tapabocas,
- ✓ Monogafas,
- ✓ Bata desechable,
- ✓ Polainas,
- ✓ Toallas desechables,
- ✓ Clorhexidina,
- ✓ Alcohol glicerinado,
- ✓ Simulador heridas,
- ✓ Gasas, apósitos,
- ✓ Vendas elásticas
- ✓ Solución desinfectante Solución desinfectante
- ✓ Esparadrapo
- ✓ Tijeras
- ✓ Contenedores para basura

4. ACTIVIDADES DE EVALUACION

Evidencias de Aprendizaje	Criterios de Evaluación	Técnicas e Instrumentos de Evaluación
1.Evidencia de conocimientos: Temas impartidos de la competencia Trabajos asignados **2. Evidencias de producto:** Mapa de procesos Carteleras Tareas en cuaderno	- Reconoce principios de la técnica aséptica y medidas de bioseguridad según protocolos y políticas de seguridad del paciente establecidos por la institución. - Describe tipos de residuos hospitalarios y su clasificación según la normatividad vigente. - Cumple con protocolo de reporte y manejo del accidente con riesgo biológico según las normas laborales y protocolo institucional. - Reconoce los procedimientos de la limpieza, desinfección y esterilización en el marco de la prevención de la infección y gestión del riesgo. - Describe nivel de desinfección teniendo en cuenta clasificación de áreas y protocolos para control de infecciones. - Reconoce las normas de circulación según clasificación de las áreas, nivel de contaminación y normas de la institución. - Identifica los principales eventos de notificación obligatoria en salud de acuerdo con normatividad de vigilancia epidemiológica nacional. - Realiza higiene de manos según política de seguridad del paciente y protocolo institucional. - Utiliza soluciones para limpieza y desinfección de materiales y superficies de acuerdo con protocolo institucional y ficha técnica de los fabricantes. - Aplica las normas de bioseguridad de acuerdo con protocolo institucional y normatividad laboral vigente. -Aplica las precauciones universales a fluidos corporales de acuerdo con la clasificación del riesgo y normas de salud laboral. - Aplica principios de técnica aséptica durante el cuidado de las heridas de acuerdo con la clasificación y protocolo institucional. - Entrega insumos y materiales estériles de acuerdo con normas y protocolos institucionales. - Reconoce los signos y síntomas de la infección	1. Cuestionario 2. Valoración de los trabajos entregados

3.Evidencia de desempeño: Simulación de procedimientos Socialización de temas	de acuerdo con sus características. - Clasifica y segrega residuos en la fuente de acuerdo con clasificación, protocolo institucional y normatividad nacional. - maneja heridas teniendo en cuenta, tipo, principios de técnica aséptica y protocolos establecidos. - Maneja con responsabilidad el guardián cumpliendo las normas institucionales. - Aplica precauciones específicas en el cuidado de pacientes según tipo de aislamiento y protocolo institucional. - Imparte educación a la persona y la familia sobre el uso de precauciones especificas según tipo de aislamiento y protocolo establecido. - Verifica el funcionamiento de equipos teniendo en cuenta especificaciones del fabricante y protocolos institucionales. - Realiza el cálculo de diluciones en procesos de limpieza y desinfección de elementos y áreas acuerdo con las especificaciones técnicas del fabricante y requerimientos institucionales. - Realiza registro de enfermería durante el control de las infecciones de acuerdo con los protocolos institucionales y normatividad vigente. - Reconoce la importancia de la adherencia a protocolos para el control de la infección de acuerdo con política de seguridad del paciente y sistema de garantía de calidad en salud. Reporta oportunamente eventos adversos según protocolo institucional. - participa en actividades de tecno vigilancia según la normatividad y protocolo institucional. - participa en la verificación de los procesos de limpieza y desinfección y esterilización según sistema de garantía de calidad.	3. Aplicación de litas de chequeo Observación directa

5. GLOSARIO DE TÉRMINOS

- Microorganismos
- Técnica Aséptica
- Bioseguridad
- Elementos de protección personal
- Residuos

- Desechos solidos
- Guardián
- Higienización
- Estéril
- Desinfección
- Herida
- Curación

6. REFERENTES BILBIOGRÁFICOS

- ✓ https://www.who.int/infection-prevention/about/en/
- ✓ Ministerio de Protección Social. Decretos 2676/2000, 1669/2002, 780/2016, Resolución 1164/2002 Manual de Medidas Básicas para el Control de Infecciones en IPS. Ministerio de Salud y la Protección Social. Bogotá, 2018. MINISTERIO DE SALUD/OPS/OMS. Situación de Salud en Colombia
- ✓ OPS/OMS. Proyecto: Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situación de Salud según Condiciones de Vida y del Impacto de las Acciones de Salud y Bienestar.
- ✓ Universidad Nacional. Facultad de Enfermería. (1983). Principios científicos aplicados en las actividades básicas de enfermería.

7. CONTROL DEL DOCUMENTAL

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
Autor	Nurfay Mina Valencia	Instructora	CCYS	JUNIO /2026

8. CONTROL DE CAMBIOS (diligenciar únicamente si realiza ajustes a la guía)

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha	Razón del Cambio
Autor (es)					
Autor (es)					


SENA

PROCESO DE GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

FORMATO GUÍA DE APRENDIZAJE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA GUIA DE APRENDIZAJE

- **Denominación del Programa de Formación**: Técnico en Enfermería
- **Código del Programa de Formación**: 331120 Versión 3
- **Nombre del proyecto**: Implementación de cuidados integrales a la salud de las personas para mantener, recuperar y mejorar la calidad de vida.
- **Fase del Proyecto**: **1.** Análisis
- **Actividad de Proyecto:** 1. Reconoce el sistema de salud colombiano para orienta y admitir la persona según su situación particular de acuerdo con principios éticos.

- **Competencias: Orientar personas según normativa de salud.**

- **Resultados de Aprendizaje:**

1. Reconocer el marco normativo en la prestación de los servicios de salud según normativa vigente.
2. Establecer comunicación asertiva con la persona, teniendo en cuenta sus necesidades,derechos y deberes.
3. Ofrecer información al usuario de acuerdo con necesidades y portafolio de servicios de salud

- **Competencias: Admitir personas según normativa de salud.**

- **Resultados de Aprendizaje:**

1. Reconocer la normatividad vigente de aseguramiento teniendo en cuenta sistema general deseguridad social en salud
2. Realizar admisión del usuario en la prestación de los servicios de salud teniendo en cuenta sus necesidades de atención y el tipo de aseguramiento.
3. Comprobar el ente pagador de la población según normatividad vigente.

Duración de la Guía: 96 horas: 72 Horas de trabajo directo.24 horas de práctica.

2. PRESENTACIÓN

- En esta guía se le proponen actividades que permiten al aprendiz familiarizarse con el Sistema de Seguridad Social de Salud en Colombia, su funcionamiento, el perfil epidemiológico, los principales indicadores de salud del país y la política de seguridad del paciente, teniendo en cuenta que la salud es uno de los componentes fundamentales para medir el grado de bienestar de los individuos y el desarrollo de las comunidades. Es por ello, que las autoridades tienen una gran responsabilidad con de trazar las políticas de salud territorial, asignar recursos y garantizar adecuada administración para que los servicios se presten con equidad, cumplimiento para alcanzar estándares de calidad.

3. FORMULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE



3.1 Actividad de reflexión

Participe de la siguiente actividad de reflexión: Observe el video: **"Documental "Sistema Terminal"**, realizado por Fabio Andrés Ruiz Acosta, en el siguiente enlace de YouTube: https://youtu.be/ibBs_TbhN9U
De acuerdo al análisis que haga reflexione respecto a l problemática expuesta. Participe en el conversatorio que se realizara para socializar las respuestas.
De manera individual responda la siguiente pregunta: ¿Como técnico en enfermería como puede ayudad a mejorar la problemática del sistema de salud en Colombia?

3.2 Actividad de contextualización.

Estas actividades tienen por finalidad identificar el nivel de conocimiento que posee sobre el funcionamiento del sistema de seguridad social en salud SGSSS.

A. Participe en un conversatorio entre compañeros exponiendo experiencias previas de la atención en salud. Desde su rol como usuario del sistema de salud, con base a su conocimiento defina los siguientes términos y socialice en espacio de formación.

- ✓ ¿Conoce como está conformado el sistema general de seguridad social en Colombia (SGSS)?
- ✓ Mencione los servicios que contiene su plan beneficios en salud
- ✓ ¿Sabe cuál es la clasificación que le hacen a un paciente cuando llega al servicio de urgencias?
- ✓ Mencione una actividad que involucre Servicio al cliente
- ✓ ¿Qué es un Portafolio de servicios?
- ✓ ¿Qué es Valor agregado?
- ✓ ¿Qué es Calidad en los servicios de salud?
- ✓ ¿Cuál es el aporte que hacen los usuarios por recibir servicios de salud?



3.3 Apropiación de conocimientos

ACTIVIDAD N°1. "CARACTERICEMOS EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)"

A. Participe activamente de socialización que hará el instructor de antecedentes históricos conceptos básicos del SGSSS, LEY 100/93 y tipos de aseguramiento en salud.

B. Mediante equipos de trabajo, caracterice el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS)definiendo cada una de las partes que lo conforman, los servicios que prestan, luego socializar la actividad en clase.

- ✓ Ministerio de salud y protección social
- ✓ Superintendencia nacional de salud (Supersalud)
- ✓ Administradora de los recursos del SGSSS (ADRES)
- ✓ Empresa prestadora de servicios de salud (EPS)
- ✓ Institución prestadora de servicios de salud (IPS)
- ✓ Empresas sociales del estado (ESE)
- ✓ Instituto nacional de salud (INS)
- ✓ Instituto nacional de vigilancia de medicamentos y alimentos (INVIMA)

SGSSS
Sistema General de Seguridad Social en Salud

ACTIVIDAD N°2 MODELO DE ATENCION EN SALUD

Con orientación del instructor y previa revisión de videos propuesto, los equipos de trabajo, elaboraran carteleras que contenga información relacionada con:

- ✓ Modelo de acción integral territorial (MAITE)
- ✓ Rutas de atención en salud (RIAS)
- ✓ Sistema indígena propio intercultural (SISPI)

VIDEOS

- ✓ MAITE: https://www.youtube.com/watch?v=5HMmV12BsGk
- ✓ RIAS: https://www.youtube.com/watch?v=OQ8PuL4ft1U
- ✓ SALUD EN EL CAUCA: https://www.youtube.com/watch?v=XgbBOPMCcac.

Posteriormente la actividad se socializará y el instructor hará la retroalimentación necesaria

ACTIVIDAD N°3 BENEFICIOS EN SALUD

Artículo 15 Ley 1751 de 2015 El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

Para esta actividad los equipos de trabajo asignados por el instructor, deben consultar el tema asignado, en la página del ministerio de salud, elaborar un mapa conceptual y socializar en espacio formativo.



- ✓ Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC (Protección colectiva)
- ✓ Plan de beneficios de los regímenes especiales
- ✓ Seguro obligatorio de Accidentes de Tránsito y eventos catastróficos
- ✓ Riesgos Laborales
- ✓ Planes complementarios y medicina prepagada
- ✓ Plan de Intervenciones Colectivas
- ✓ Tecnologías NO cubiertas Conjunto de Planes con cargo a la UPC (Protección Individual)
- ✓ Exclusione

ACTIVIDAD N°4 ADMISION DEL USUARIO

Desarrolle el ejercicio propuesto por el instructor con base al caso entregado y la orientación brindada:





- ✓ Comprobación de derechos en salud del usuario en bases de datos ADRES e institucionales.
- ✓ Realice la admisión del usuario con los formatos establecidos para tal fin
- ✓ Realice la clasificación del triage
- ✓ Sistema de referencia y contra referencia
- ✓ Establezca cuotas moderadoras y copagos de acuerdo al caso entregado por el instructor

Los registros clínicos elaborados mediante la actividad deben ser entregados de manera individual. como evidencia de producto.

ACTIVIDAD N°5 PLATAFORMA ESTRATEGICA INSTITUCIONAL

La plataforma estratégica: Es la estructura conceptual sobre la cual se rige una organización. En equipos colaborativos de trabajo revise la plataforma estratégica de una institución de salud asignada por el instructor, consulte la información consignada en el cuadro a continuación. Socialice la actividad en clase, resaltando la importancia de la plataforma estratégica para la institución.

Misión ¿Quiénes somos? ¿Qué hacemos? ¿Para quién lo hacemos? ¿Cómo lo hacemos?	**Visión** ¿Cuándo? ¿En dónde? ¿A dónde llegaremos? ¿Cómo llegaremos?	Objetivos Valores corporativos Código de ética

ACTIVIDAD N°6 ATENCION CON CALIDAD"

A. El instructor hará presentación del sistema obligatorio de la calidad (SOGC), los aprendices participaran activamente formulando preguntas con relación al tema, con la orientación del instructor y mediante equipos de trabajo deben consultar y presentar una institución de salud:
   - ✓ Habilitada
   - ✓ Acreditada,
   - ✓ Establecer la diferencia entre habilitación y acreditación
   - ✓ las ventajas entre la una y la otra
   - ✓ Mencionar el ente habilitador y el ente acreditador



B. Los equipos de trabajo deben revisar documentación sugerida por el instructor y elaborar presentación teniendo en cuenta los siguientes temas y posteriormente socializar en espacio formativo, el instructor retroalimentara los temas.
   - ✓ Metas de seguridad del paciente
   - ✓ Paquetes instruccionales en salud
   - ✓ Derechos y deberes de los usuarios
   - ✓ Centro integral de atención al usuario (CIAU)



ACTIVIDAD N°7 MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA

En formación magistral y con ayuda del material de apoyo (Resolución 1995 de 1990 y la resolución 866 del 2021.Mediante equipos de trabajo asignados por el instructor, identifique:

- ✓ Generalidades de la historia clínica
- ✓ organización y manejo del archivo de historias clínicas
- ✓ Características de la historia clínica
- ✓ Registros específicos y anexos de la historia clínica
- ✓ Interoperabilidad de los datos de la historia clínica
- ✓ Interoperabilidad de la historia clínica



Los equipos de trabajo tendrán autonomía para elegir la técnica didáctica innovadora que les permita socializar los trabajos de una forma creativa y sencilla.

ACTIVIDAD N° 8 CORRESPONSABILIDAD EN SALUD

Responsabilidad es el cumplimiento de las obligaciones, o elcuidado al tomar decisiones o realizar algo. La responsabilidad es también el hecho de ser responsable de alguien o de algo. Responsabilidad, se utiliza también para referirse a la obligación de responder ante un hecho.



De acuerdo con lo planteado anteriormente, analice los grados de responsabilidadque usted considera; debe tener el personal de salud en diversas situaciones, mencione al menos 2 ejemplos. Apóyese del componente de cultura de paz. Consulte la definición de:

- ✓ Responsabilidad civil ó administrativa.
- ✓ Responsabilidad penal.
- ✓ Responsabilidad sancionatoria.
- ✓ Responsabilidad fiscal.

Para la actividad se realizará mesa redonda para debatir los temas previamente leídos y comprendidos Después del debate deberán dar ejemplo de cada uno de los temas, aplicados a la profesión de enfermería.

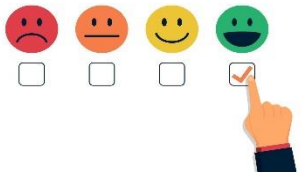
ACTIVIDAD N°9 REGISTRO UNICO NACIONAL DE TALENTO HUMANO(RETHUS)



De manera individual deben leer el documento el ABC RETHUS, los conceptos apropiados se socializarán mediante la técnica didáctica lluvia de ideas.
Posteriormente ingresar a la página web de SISPRO, para conocer el proceso de generación del certificado.

ACTIVIDAD N°10 SACTISFACION DEL USUARIO

El instructor realizara presentación de temas relacionados con la satisfacción del usuario, se espera la participación de los aprendices mostrando interés por el tema, preguntando si hay dudas y contestando Las siguientes preguntas:



como técnico en enfermería cuales son las claves que utilizaría para satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios?

3.4 Transferencia de conocimientos

Para esta actividad los aprendices deben simular con base a lo aprendido, lc le que ingresa al servicio de urgencias, teniendo en cuenta lo siguiente:



- ✓ Identificación del usuario
- ✓ Validación de datos del usuario en bases de datos
- ✓ Clasificación de triage
- ✓ Ciclo de servicio al cliente
- ✓ Momentos de verdad en la atención al usuario
- ✓ Elaborar y aplicar encuesta de satisfacción al paciente atendido.

Ambiente Requerido
Ambiente de formación convencional.
Ambiente virtual
Materiales
Pantallas y/o tablero inteligente.
Computadores con internet
Hojas de cuadernillo.
Papel craff.
Hojas de resma tamaño carta y oficio. o
Marcadores permanentes y borrables
Lápices y lapiceros
Borrador.
Tijeras.
Pegamento.
Cartulina en octavos.



4. ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Evidencias de Aprendizaje	Criterios de Evaluación	Técnicas e Instrumentos de Evaluación
1.Evidencias de Conocimiento: Los contenidos de la competencia, impartidos por el instructor y los asignados al aprendiz. **2.Evidencias de producto** Línea de tiempo Mapa conceptual Estudio de caso Presentación Infografía. **3.Evidencias de desempeño:** Simulación de Producción de documentos en plataforma y Orientación de usuarios	*Orienta suministrando información adecuada y clasifica al usuario según régimen de afiliación según necesidades, derechos y deberes en el SGSSS. *Reconoce y aplica la plataforma estratégica y estructura institucional de acuerdo con lineamientos institucionales establecidos. *Establece relaciones interpersonales con el equipo de trabajo, conservando una imagen personal acorde a las necesidades institucionales *Demuestra actitud de servicio según criterios de empoderamiento institucional. *Aplica la normatividad de calidad para la prestación del servicio y utiliza oportunamente los canales para procesar la información del usuario de acuerdo con normas técnicas de calidad. *Desarrolla acciones educativas en derechos y deberes a la persona y su familia desde la perspectiva del desarrollo. *Aplica lineamientos del sistema de información al usuario según normatividad vigente *Organiza el área de trabajo de acuerdo con parámetros institucionales *Suministra de manera oportuna, clara y completa la información en relación con el portafolio institucional y manuales técnicos. *Confronta las necesidades del cliente, verificando la satisfacción y suministra información de métodos reactivos a la persona en caso de inconformidad. *Brinda la información a la persona, verificando sus derechos de acuerdo con normatividad vigente del SGSSS de Colombia. *Ingresa a la persona a la red de servicios teniendo en cuenta solicitud, nivelesde complejidad y autorización del ente asegurador y/o pagador del servicio requerido. *Argumenta la importancia de cumplir con la normativa vigente de acuerdo con protocolos de archivo, manejo de registros clínicos y custodia de estos. *Maneja de manera ética y responsable la información consignada en los registros clínicos según normas técnicas. *Argumenta la importancia de la veracidad y coherencia de los registros de acuerdo con principios éticos y protocolo institucional *Realiza la apertura y organización de la historia clínica y sus registros de acuerdo con la secuencia, protocolos y normatividad vigente. *Realiza un manejo seguro y confidencial de la historia clínica de acuerdo con principios éticos y legales vigentes. Archiva y custodia la historia clínica de acuerdo con la normatividad. *Diligencia los datos necesarios en el aplicativo institucional teniendo en cuenta lineamientos de registro individual de la prestación del servicio. Participa en la evaluación de satisfacción del usuario.	1. Cuestionario 2. Valoración de los trabajos entregados 3. Registros en plataforma Observación directa

5. GLOSARIO DE TERMINOS:

Afiliación: Es el acto de ingreso al Sistema General de Seguridad Social en Salud que se realiza a través del registro en el Sistema de Afiliación Transaccional, por una única vez, y de la inscripción en una Entidad Promotora de Salud - - o Entidad Obligada a Compensar EOC. Afiliado: Es la calidad que adquiere la persona una vez ha realizada la afiliación y que otorga el derecho a los servicios de salud del plan de beneficios que brinda el Sistema General de Seguridad Social en Salud y, cuando cotiza, a las prestaciones económicas.
Afiliado adicional: Es la persona que, por no cumplir los requisitos para ser cotizante o beneficiario en el régimen contributivo, conforme a lo previsto en el presente decreto se inscribeen el núcleo familiar de un afiliado cotizante mediante el pago de una UPC adicional.
Afiliado cabeza de familia: Es la persona que pertenece al régimen subsidiado responsable de realizar su afiliación y la de su núcleo familiar, según lo previsto en el presente decreto, así como el registro de las novedades correspondientes.
Movilidad: Es el cambio de pertenencia a un régimen dentro de la misma EPS para LOS afiliados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud focalizados en los niveles I y II del SISBÉN y algunas poblaciones especiales.
Novedades: Son los cambios que afectan el estado de la afiliación, la condición del afiliado, la pertenencia a un régimen o la inscripción a una EPS y las actualizaciones de los datos de los afiliados.
Aportante: Es la persona natural o jurídica que realiza los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales de sus cotizantes a cargo y quien en es el responsable de suministrar la información en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes — PILA. **Aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud**: Corresponde a las cotizaciones querealizan a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes — PILA, las personas obligadas a cotizar al Régimen Contributivo, es decir, aquellas vinculadas mediante contrato de trabajo o como servidores públicos; los pensionados; los jubilados; los independientes; los rentistas; los propietarios de las empresas, y en general todas las personas residentes en el países que no tengan vinculo legal y reglamentario con algún empleador y cuyos ingresos mensuales sean iguales o superiores a un salario mínimo mensual legal vigente.

Atención en salud: conjunto de acciones que especifican un procedimiento de salud en el que intervienen recursos físicos, humanos o tecnológicos.
Consulta médica general: Es aquella realizada por un médico general o por personal paramédico y se considera como la puerta de entrada obligatoria del afiliado a los diferentes niveles de complejidad.
Consulta médica especializada: Es aquella realizada por un médico especialista en alguna de lasramas de la medicina autorizadas para su ejercicio en Colombia, quien recibe al paciente por remisión de un médico general, o interconsulta especializada, o directamente en casos de urgencia por que la patología que presenta el paciente requiere evaluación especializada, internación o cirugía que el médico general no esté en condiciones de realizar. Una vez el paciente haya sido evaluado o tratado por el médico especialista continuará siendo manejado por el médico general remitente.
Cotización: Es el valor a cancelar a cada uno de los subsistemas a los cuales el cotizante está obligado a aportar de acuerdo con la normatividad vigente. Se calcula multiplicando la tarifa por el Ingreso Base de Cotización.
Cotizante: Persona natural nacional o extranjera por la cual el aportante realiza sus aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes — PILA.
Cotizantes activos: Personas que aportan al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales en calidad de cotizantes dependientes o independientes de acuerdo con la normatividad vigente.
EPS: Empresa Promotora de Salud, son las encargadas de generar la afiliación en salud detodas las personas sean estas dentro del régimen contributivo, subsidiado o especiales.
Ingreso base de cotización: Corresponde al valor que de conformidad con la información sobre

las novedades suministrada por el aportante, configura el monto total con el cual el cotizante aporta al Sistema de Seguridad Social Integral y Pa**gadores de pensiones**: Son las personas

rales o jurídicas que tienen a su cargo el pago de pensiones y que están obligadas a realizar el pago de aportes y el reporte de novedades al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales de sus pensionados y son los responsables de suministrar la información en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes — PILA.

Planilla Integrada de Liquidación de Aportes — PILA: Es la ventanilla virtual que permite la autoliquidación y pago integrado de apodes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, en la cual los aportantes reportan la información para cada uno de los subsistemasen los que el cotizante está obligado a apodar.

SGSSS: abreviatura de Sistema General de Seguridad Social en Salud

Urgencia: Es la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.

Patologías de Alto costo: Son aquellas que representanuna alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento.

Promoción de la salud: La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.

Prevención de la enfermedad: Acciones encaminadas a generar una prevención continua, activay participativa para evitar la aparición y diseminación de las enfermedades

Remisión: Es el procedimiento administrativo asistencial mediante el cual se transfiere el cuidado de un paciente de un profesional del área de la salud a otro profesional, un especialistao nivel superior de atención, con la consiguiente transferencia de responsabilidad por la salud del usuario.

Interconsulta: Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atenciónde un paciente a otros profesionales del área, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones sobre la conducta a seguir en determinados pacientes, sin asumir la responsabilidad directa de tratantes, es decir, no hay en este aspecto transferencia de responsabilidad por parte del profesional tratante.

6. REFERENTES BILBIOGRAFICOS

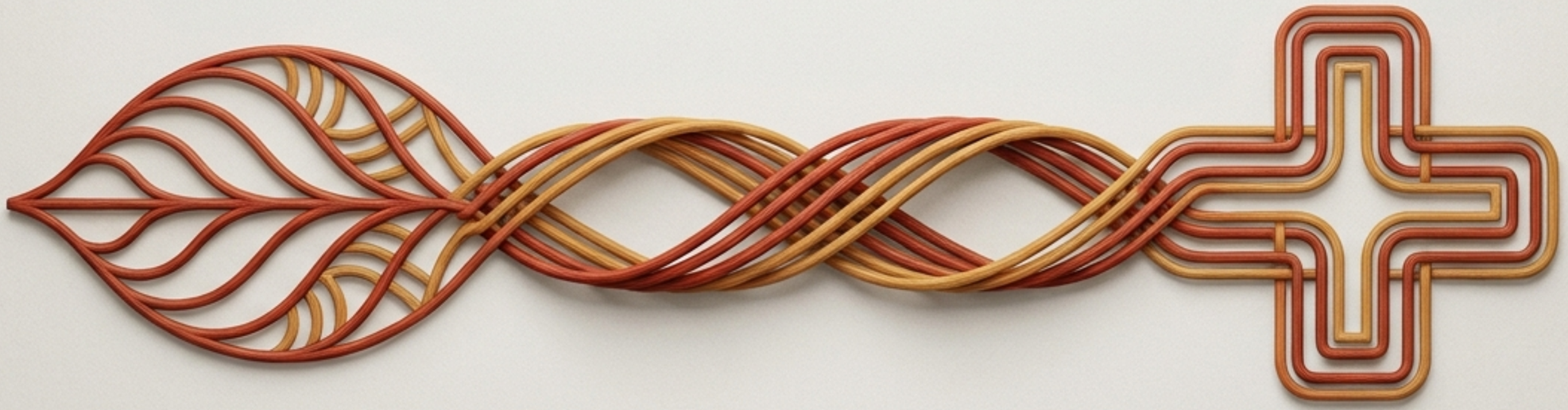
- https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/subdireccion-de-empleo-y-seguridad-social/Paginas/Seguridad-Social-Integral.aspx Sistema general de seguridad social integral.
- http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html "Ley 100 de 1993" SGSSS, Republica de Colombia. Online
- Constitución Política de Colombia.
- https://www.adres.gov.co/BDUA/Consulta-Afiliados-BDUA consulta de: Base de Datos Única de Afiliados al SGSSS.
- https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20d e%2020183280.pdf Resolución 3280 de 2.018
- https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/01- pais-mias- capacitacion-sectorial.pdf MIAS
- https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20d e%202019.pdf Resolución 2626 de 2019 MAITE
- https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/presentacion- cips-0062019.pdf MAITE

7. CONTROL DEL DOCUMENTO

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
Autor (es)	Diana Judith Fernández	Instructor Salud	Centro Comercio y Servicios	Abril de 2.021

8. CONTROL DE CAMBIOS (diligenciar únicamente si realiza ajustes a la guía)

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha	Razón del Cambio
Autor (es)	Nurfay Mina Valencia	Instructor aSalud	CCYS	ABRIL 2024 MAYO 2026	Actualización de contenidos



El tejido de la salud intercultural en Colombia

Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) — Una guía visual de la política pública y el modelo de cuidado para los pueblos indígenas.

NotebookLM

El equilibrio con la Madre Tierra es el fundamento innegociable del sistema

Cosmovisión:
La comprensión profunda del origen y el orden del universo desde la perspectiva indígena.



Madre Tierra:
El territorio no como un espacio físico, sino como una entidad viva que sostiene la salud comunitaria.

NotebookLM

Los cinco componentes del SISPI operan como un organismo vivo e interconectado



[1] **Sabiduría Ancestral:**
La base espiritual y el cuidado de la vida.

[2] **Político-Organizativo:**
El gobierno propio y la gobernanza territorial.

[3] **Formación:**
La transmisión y generación de saberes.

[4] **Cuidado de Salud:**
La acción preventiva y curativa integrada.

[5] **Administración:**
Los mecanismos operativos y financieros.

NotebookLM

La sabiduría ancestral es el núcleo que protege y revitaliza el cuidado de la vida



El **SISPI** reconoce formalmente a estos actores no como alternativas informales, sino como los pilares estructurales del sistema de salud.

NotebookLM

Las autoridades indígenas ejercen el gobierno propio sobre la salud y la administración de sus recursos



Componente Político-Organizativo (Gobernanza)

Garantiza que las autoridades indígenas y los cabildos lideren la toma de decisiones.

El gobierno propio se ejerce directamente dentro de sus territorios, asegurando soberanía sobre las políticas de vida.





Componente de Administración y Gestión (Operación)

Define los mecanismos operativos, financieros y administrativos. Permite la gestión directa de los recursos y la operación de las instituciones prestadoras de salud ubicadas en los resguardos y territorios indígenas.

NotebookLM

La formación garantiza la transmisión intergeneracional y el diálogo de saberes médicos



NotebookLM

El cuidado de la salud integra la medicina tradicional con el sistema occidental de forma complementaria



El modelo no busca reemplazar los avances clínicos occidentales, sino integrarlos armónicamente bajo la dirección de la sabiduría tradicional.

NotebookLM

El modelo SISPI territorializa la salud y devuelve la autonomía a las comunidades

Dimensión	Modelo Occidental Estándar	Modelo SISPI Intercultural
Gobernanza	Control estatal centralizado	Cabildos y autoridades indígenas
Agentes Médicos	Exclusivamente profesionales clínicos (médicos/enfermeros)	Sabedores, parteras + profesionales médicos
Enfoque de Cuidado	Puramente clínico y patológico	Espiritual, territorial y clínico
Formación	Títulos académicos formales	Transmisión intergeneracional + académica
Gestión de Recursos	Administración hospitalaria estándar	Recursos operados por instituciones en los resguardos

El Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural es el reconocimiento de que la diversidad cultural exige diversidad institucional.

NotebookLM

El Ciclo de Cuidado Continuo

Mapa estructural del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en Colombia.



NotebookLM

El motor técnico-administrativo que organiza el flujo de pacientes entre los diferentes niveles de complejidad.



Continuidad

El paciente nunca abandona el sistema, solo transita por él.

Accesibilidad

Conexión garantizada sin importar el punto de origen.

Calidad

Atención adecuada en el nivel de complejidad exacto.

NotebookLM

Direcciones del Flujo Clínico

	Referencia ↗	Contrarreferencia ↘
Dirección	De menor complejidad a mayor nivel (ej. puesto de salud a hospital de nivel III).	De mayor nivel de vuelta al centro de salud de origen.
Objetivo Central	Atención especializada o exámenes de diagnóstico avanzado.	Continuación del seguimiento y control básico.
Entregable Físico	Envío del paciente o muestra biológica.	Paciente retornado con indicaciones médicas y hoja de ruta.

NotebookLM

Marco Normativo:
Regulado por el Decreto 4747 de 2007.



NotebookLM

La Ruta de Escalamiento y Retorno



El ciclo completo garantiza que el conocimiento del especialista regrese a la comunidad.

NotebookLM

Paso 1: Valoración Inicial

El médico tratante de la IPS de origen determina que el paciente requiere atención de mayor complejidad.



NotebookLM

Paso 2: Gestión Administrativa

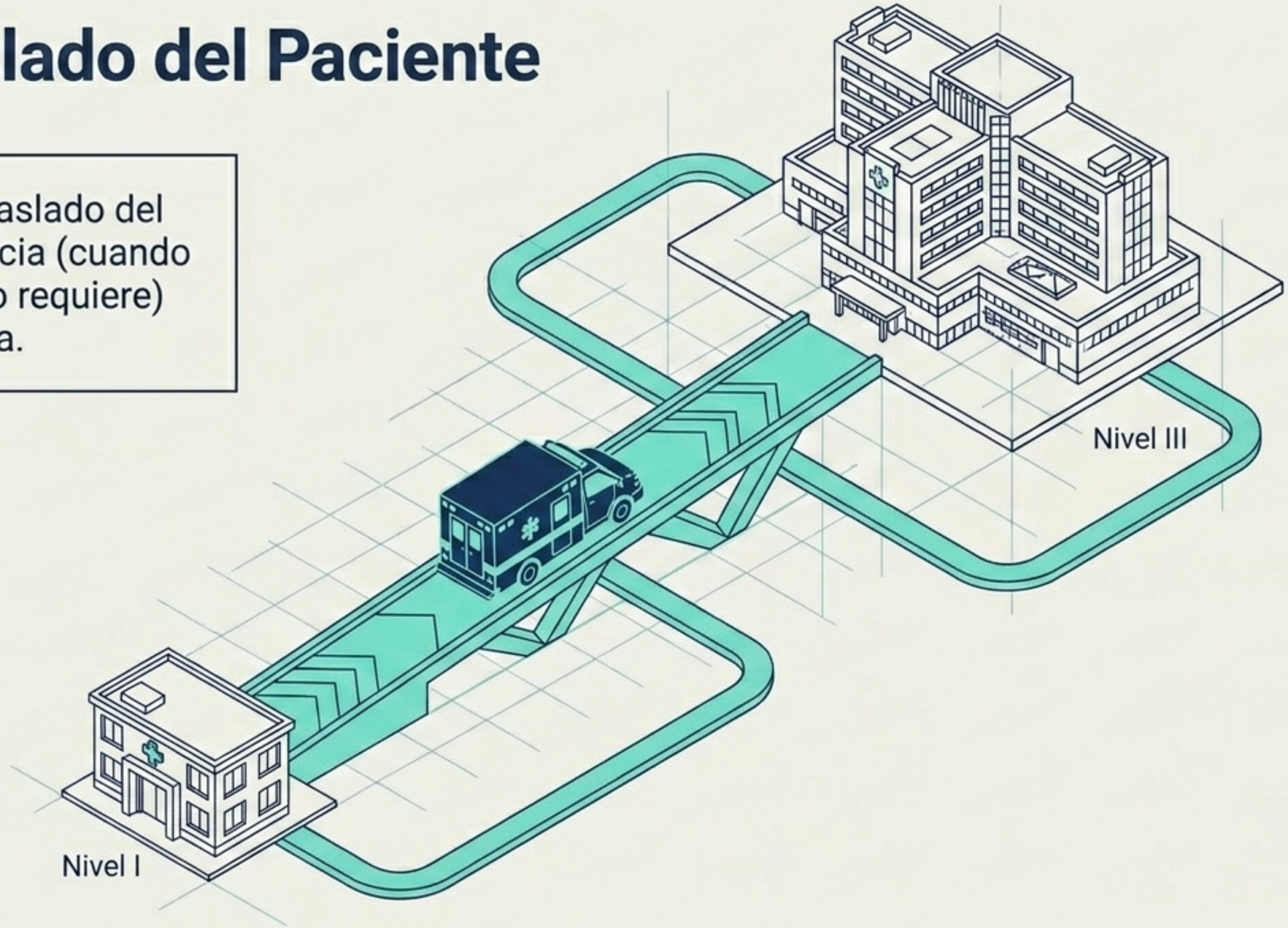
La IPS de origen solicita la autorización y asignación de cita o cama a la EPS correspondiente (Entidad Responsable del Pago).



NotebookLM

Paso 3: Traslado del Paciente

La EPS coordina el traslado del paciente en ambulancia (cuando la condición clínica lo requiere) hasta la IPS receptora.



NotebookLM

Paso 4: Atención Especializada

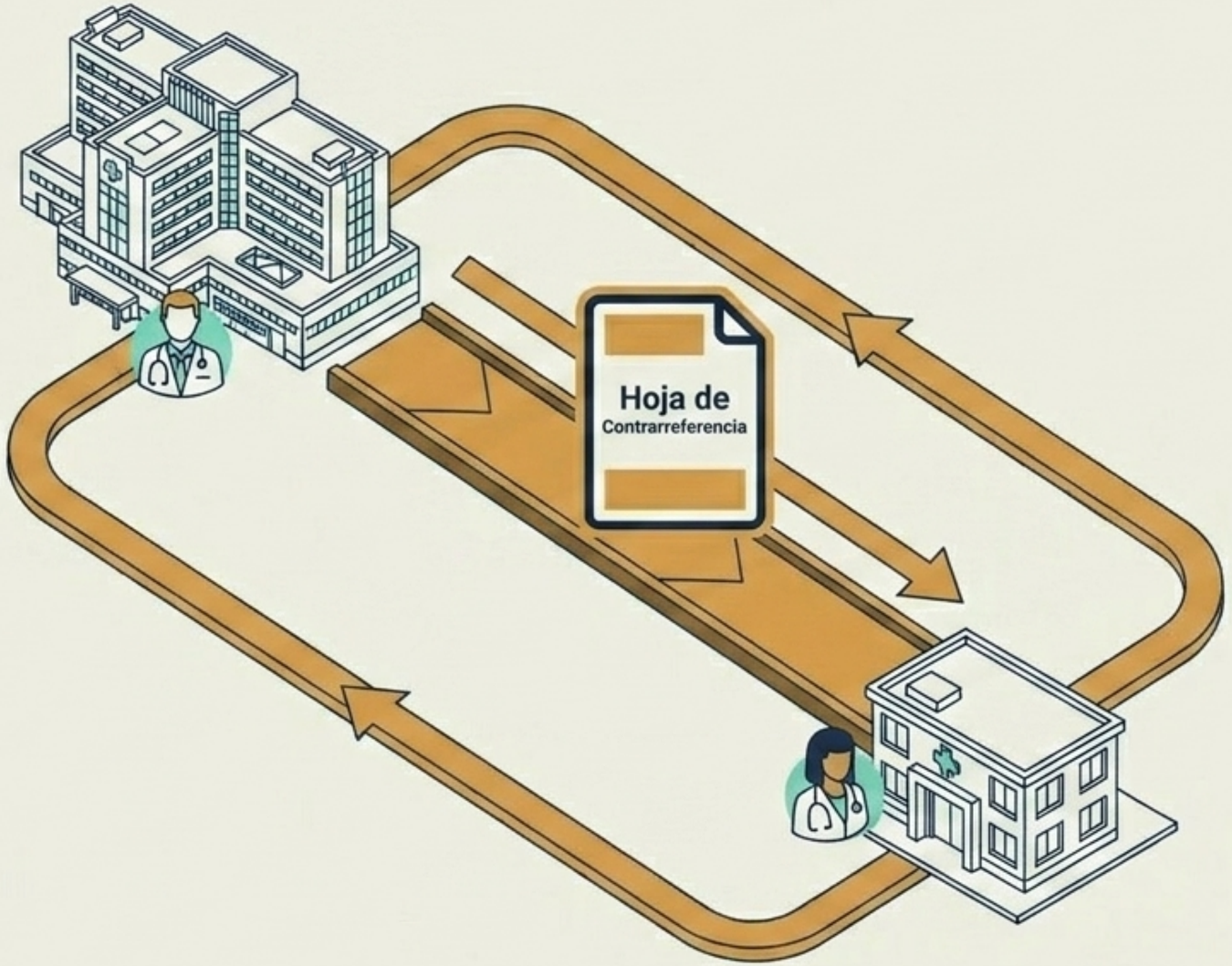
El especialista en la IPS receptora evalúa al paciente, realiza los procedimientos pertinentes y emite una historia clínica detallada con el diagnóstico y el plan a seguir.



NotebookLM

Paso 5: Retorno y Control Continúo

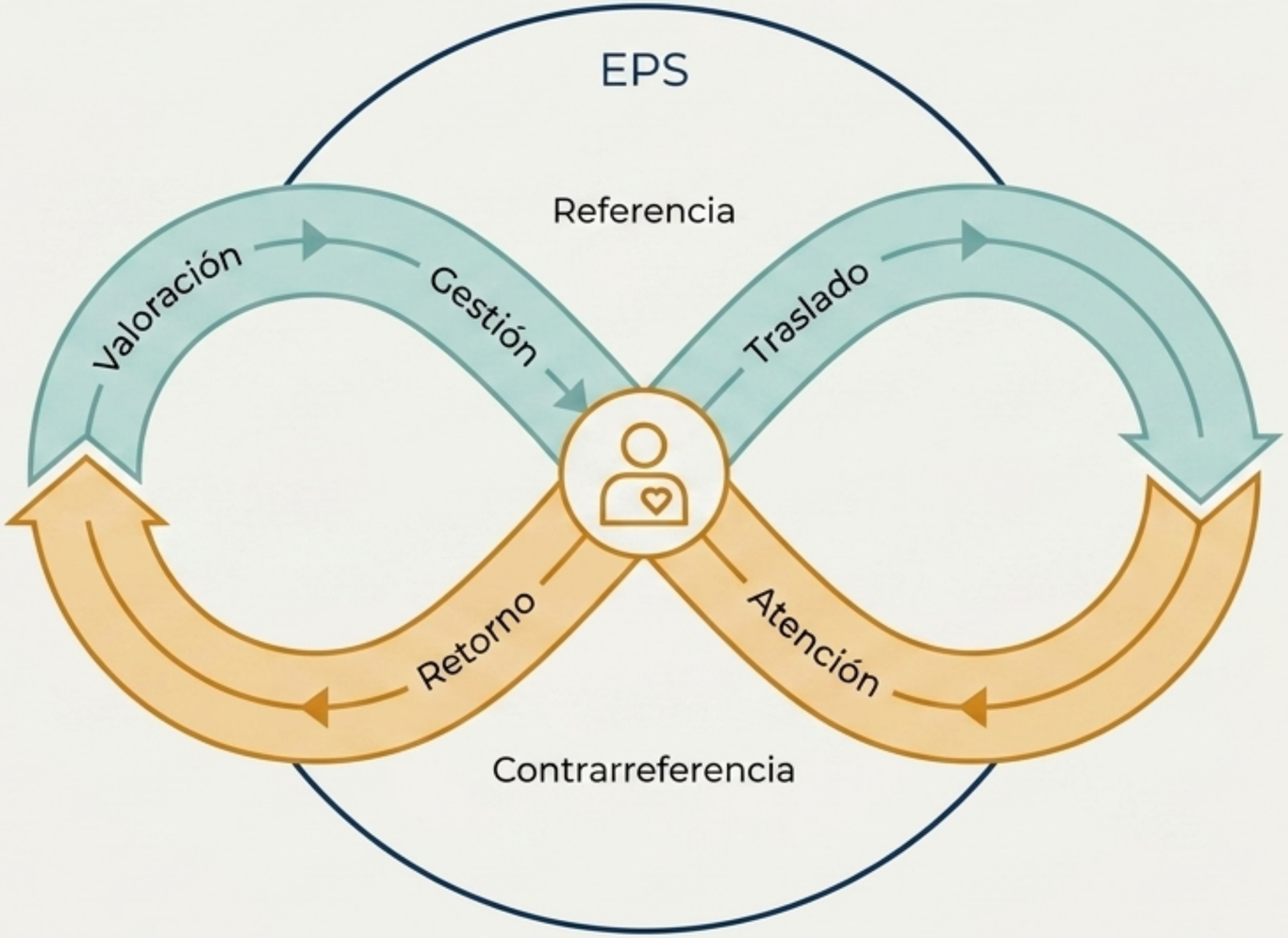
El paciente regresa a su centro de origen, entregando la hoja de contrarreferencia. Esto permite al médico general retomar el control bajo las pautas exactas del especialista.



NotebookLM

Un Ecosistema Sin Fisuras

La descentralización de los servicios de alta complejidad se vuelve viable al garantizar un retorno seguro e informado al primer nivel de atención.



NotebookLM



El Respaldo Institucional

Este ciclo operativo obedece a los lineamientos y normatividad dictados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para acceder a protocolos técnicos detallados y actualizaciones del Decreto 4747, consulte el portal oficial del Ministerio de Salud.

NotebookLM

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION NUMERO 1995 DE 1999

(Julio 8)

Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica

EL MINISTRO DE SALUD

En ejercicio de las facultades legales y en especial las conferidas por los artículos 1, 3, 4 y los numerales 1 y 3 del artículo 7 del Decreto 1292 de 1994 y

CONSIDERANDO

Que conforme al artículo 8 de la Ley 10 de 1990, al Ministerio de Salud le corresponde formular las políticas y dictar todas las normas científico-administrativas, de obligatorio cumplimiento por las entidades que integran el sistema de salud.

Que la Ley 100 de 1993, en su Artículo 173 numeral 2, faculta al Ministerio de Salud para dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios, de obligatorio cumplimiento por parte de todas las Entidades Promotoras de Salud, los Prestadores de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud.

Que el Decreto 2174 de 1996, mediante el cual se organizó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el numeral 4 del Artículo 5, estableció como uno de los objetivos del mismo, estimular el desarrollo de un sistema de información sobre la calidad, que facilitara la realización de las labores de auditoria, vigilancia y control y contribuyera a una mayor información de los usuarios.

Que la Historia Clínica es un documento de vital importancia para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico y cultural del sector.

Que de conformidad con el Artículo 35 de la Ley 23 de 1981, corresponde al Ministerio de Salud implantar modelos relacionados con el diligenciamiento de la Historia Clínica en el Sistema Nacional de Salud.

Que se hace necesario expedir las normas correspondientes al diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las historias clínicas, conforme a los parámetros del Ministerio de Salud y del Archivo General de la Nación en lo concerniente a los aspectos archivísticos contemplados en la Ley 80 de 1989.

RESUELVE:

CAPÍTULO I
DEFINICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1.- DEFINICIONES.

a) La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

b) Estado de salud: El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.

c) Equipo de Salud. Son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del Usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.

d) Historia Clínica para efectos archivísticos: Se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un paciente, el cual también tiene el carácter de reservado.

e) Archivo de Gestión: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención.

f) Archivo Central: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos 5 años desde la última atención.

e) Archivo Histórico. Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.

ARTÍCULO 2.- AMBITO DE APLICACIÓN.

Las disposiciones de la presente resolución serán de obligatorio cumplimiento para todos los prestadores de servicios de salud y demás personas naturales o jurídicas que se relacionen con la atención en salud.

ARTÍCULO 3.- CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Las características básicas son:

Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

ARTÍCULO 4.- OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO.

Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución.

CAPÍTULO II
DILIGENCIAMIENTO

ARTÍCULO 5.- GENERALIDADES.

La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.

ARTÍCULO 6.- APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Todo prestador de servicios de salud que atiende por primera vez a un usuario debe realizar el proceso de apertura de historia clínica.

A partir del primero de enero del año 2000, la identificación de la historia clínica se hará con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el número del registro civil para los menores de siete años. Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería. En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar.

PARÁGRAFO PRIMERO. Mientras se cumple el plazo en mención, los prestadores de servicios de salud deben iniciar el proceso de adecuación correspondiente a lo ordenado en el presente artículo.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Todo prestador de servicios de salud debe utilizar una historia única institucional, la cual debe estar ubicada en el archivo respectivo de acuerdo a los tiempos de retención, y organizar un sistema que le permita saber en todo momento, en qué lugar de la institución se encuentra la historia clínica, y a quien y en qué fecha ha sido entregada.

ARTÍCULO 7.- NUMERACION CONSECUTIVA DE LA HISTORIA CLINICA

Todos los folios que componen la historia clínica deben numerarse en forma consecutiva, por tipos de registro, por el responsable del diligenciamiento de la misma.

ARTÍCULO 8.- COMPONENTES.

Son componentes de la historia clínica, la identificación del usuario, los registros específicos y los anexos.

ARTÍCULO 9.- IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO.

Los contenidos mínimos de este componente son: datos personales de identificación del usuario, apellidos y nombres completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono del domicilio y lugar de residencia, nombre y teléfono del acompañante; nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario, según el caso; aseguradora y tipo de vinculación.

ARTÍCULO 10.- REGISTROS ESPECÍFICOS.

Registro específico es el documento en el que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención. El prestador de servicios de salud debe seleccionar para consignar la información de la atención en salud brindada al usuario, los registros específicos que correspondan a la naturaleza del servicio que presta.

Los contenidos mínimos de información de la atención prestada al usuario, que debe contener el registro específico son los mismos contemplados en la Resolución 2546 de julio 2 de 1998 y las normas que la modifiquen o adicionen y los generalmente aceptados en la practica de las disciplinas del área de la salud.

PARAGRAFO PRIMERO. Cada institución podrá definir los datos adicionales en la historia clínica, que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente.

PARAGRAFO SEGUNDO. Todo prestador de servicios de salud debe adoptar mediante el acto respectivo, los registros específicos, de conformidad con los servicios prestados en su Institución, así como el contenido de los mismos en los que se incluyan además de los contenidos mínimos los que que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente. El prestador de servicios puede adoptar los formatos y medios de registro que respondan a sus necesidades, sin perjuicio del cumplimiento de las instrucciones impartidas por las autoridades competentes.

ARTÍCULO 11.- ANEXOS.

Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras consideren pertinentes.

PARAGRAFO PRIMERO. Los reportes de exámenes paraclinicos podrán ser entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la historia clínica, en el registro especifico de exámenes paraclinicos que el prestador de servicios deberá establecer en forma obligatoria para tal fin.

PARAGRAFO SEGUNDO. A partir de la fecha de expedición de la presente resolución, en los casos de imágenes diagnosticas, los reportes de interpretación de las mismas también deberán registrarse en el registro especifico de exámenes paraclinicos y las imágenes diagnosticas podrán ser entregadas al paciente, explicándole la importancia de ser conservadas para futuros análisis, acto del cual deberá dejarse constancia en la historia clínica con la firma del paciente.

PARAGRAFO TERCERO. Los archivos de imágenes diagnosticas que hasta la fecha existen en las Instituciones Prestadoras de servicios deberán conservarse de acuerdo a los tiempos fijados en él articulo 15 de la presente resolución. Los prestadores de servicios podrán efectuar la entrega de las imágenes que reposan en estos archivos, al usuario, dejando constancia de ello en la historia clínica.

PARAGRAFO CUARTO. En todo caso el prestador de servicios será responsable de estas imágenes, si no ha dejado constancia en la historia clínica de su entrega. Cuando

existiere esta constancia firmada por el usuario, será este ultimo el responsable de la conservación de las mismas.

CAPÍTULO III
ORGANIZACIÓN Y MANEJO DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

ARTÍCULO 12.- OBLIGATORIEDAD DEL ARCHIVO.

Todos los prestadores de servicios de salud, deben tener un archivo único de historias clínicas en las etapas de archivo de gestión, central e histórico, el cual será organizado y prestará los servicios pertinentes guardando los principios generales establecidos en el Acuerdo 07 de 1994, referente al Reglamento General de Archivos, expedido por el Archivo General de la Nación y demás normas que lo modifiquen o adicionen.

ARTÍCULO 13.- CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA.

La custodia de la historia clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la presente resolución, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes. El prestador podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes.

PARÁGRAFO PRIMERO. Del traslado entre prestadores de servicios de salud de la historia clínica de un usuario, debe dejarse constancia en las actas de entrega o de devolución, suscritas por los funcionarios responsables de las entidades encargadas de su custodia.

PARÁGRAFO SEGUNDO. En los eventos en que existan múltiples historias clínicas, el prestador que requiera información contenida en ellas, podrá solicitar copia al prestador a cargo de las mismas, previa autorización del usuario o su representante legal.

PARÁGRAFO TERCERO. En caso de liquidación de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, la historia clínica se deberá entregar al usuario o a su representante legal. Ante la imposibilidad de su entrega al usuario o a su representante legal, el liquidador de la empresa designará a cargo de quien estará la custodia de la historia clínica, hasta por el término de conservación previsto legalmente. Este hecho se comunicará por escrito a la Dirección Seccional, Distrital o Local de Salud competente, la cual deberá guardar archivo de estas comunicaciones a fin de informar al usuario o a la autoridad competente, bajo la custodia de quien se encuentra la historia clínica.

ARTÍCULO 14.- ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA.

Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley:

1) El usuario.

2) El Equipo de Salud.

3) Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley.

4) Las demás personas determinadas en la ley.

PARAGRAFO. El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal.

ARTÍCULO 15.- RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN.

La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo quince (15) años en el archivo central.

Un vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse.

ARTÍCULO 16.- SEGURIDAD DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS.

El prestador de servicios de salud, debe archivar la historia clínica en un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, conservando las historias clínicas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud y en general los prestadores encargados de la custodia de la historia clínica, deben velar por la conservación de la misma y responder por su adecuado cuidado.

ARTÍCULO 17.- CONDICIONES FÍSICAS DE CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Los archivos de historias clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que los deroguen, modifiquen o adicionen.

ARTÍCULO 18.- DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Los Prestadores de Servicios de Salud pueden utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto-ópticos, cuando así lo consideren conveniente, atendiendo lo establecido en la circular 2 de 1997 expedida por el Archivo General de la Nación, o las normas que la modifiquen o adicionen.

Los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las Historias Clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, deben estar provistos de mecanismos de seguridad, que imposibiliten la incorporación de modificaciones a la Historia Clínica una vez se registren y guarden los datos.

En todo caso debe protegerse la reserva de la historia clínica mediante mecanismos que impidan el acceso de personal no autorizado para conocerla y adoptar las medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma accidental o provocada.

Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro.

CAPÍTULO IV
COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS

ARTICULO 19.- DEFINICION.

Defínase el comité de historias clínicas como el conjunto de personas que al interior de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica.

Dicho comité debe establecerse formalmente como cuerpo colegiado o mediante asignación de funciones a uno de los comités existentes en la Institución.

PARÁGRAFO. El comité debe estar integrado por personal del equipo de salud. De las reuniones, se levantarán actas con copia a la dirección de la Institución.

ARTÍCULO 20.- FUNCIONES DEL COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS.

a) Promover en la Institución la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan.

b) Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos del Prestador, incluida la historia clínica.

c) Elevar a la Dirección y al Comité Técnico-Científico, recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.

d) Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de Historias Clínicas.

ARTICULO 21. - SANCIONES.

Los Prestadores de Servicios de Salud que incumplan lo establecido en la presente resolución, incurrirán en las sanciones aplicables de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

ARTÍCULO 22.- VIGENCIA.

La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

VIRGILIO GALVIS RAMÍREZ
Ministro de Salud

Rutas Integrales de Atención en salud (RIAS)

Las Rutas Integrales de Atención en Salud definen a los integrantes del sector salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de: i) Acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades, ii) Atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y iii) Acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud.

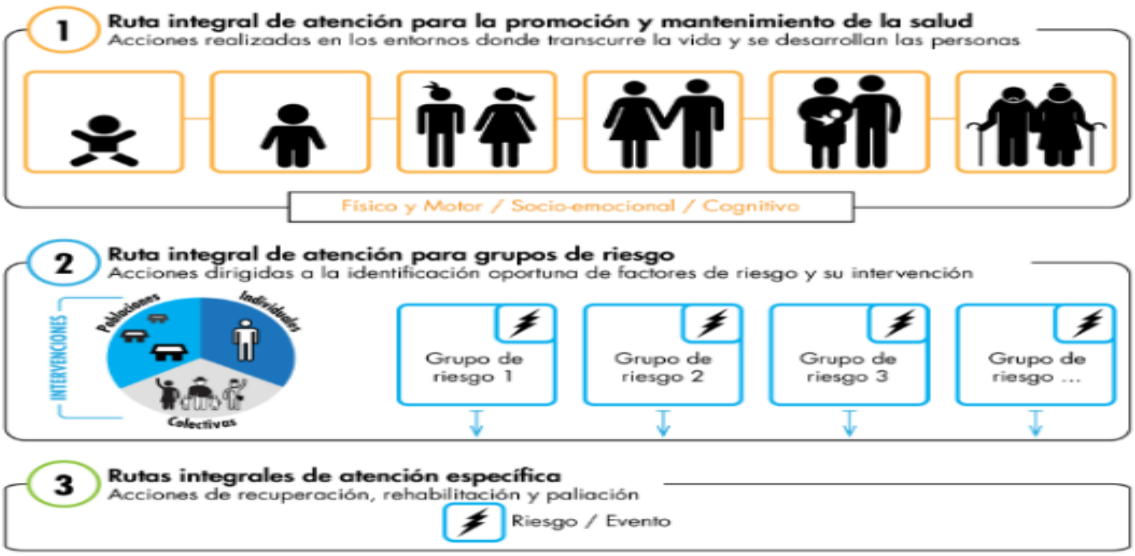
El objetivo de las RIAS es regular las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención en salud a las personas, familias y comunidades a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud.

Existen tres tipos de rutas integrales:

1. **Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud:** dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades. Esta ruta se aplica para toda la población residente en el territorio.
2. **Rutas integrales de atención para grupos de riesgo:** intervenciones individuales y colectivas dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo, ya sea para evitar la aparición de una condición específica en salud o para realizar un diagnóstico y una derivación oportuna para el tratamiento. Esta ruta se aplica para la población en riesgo residente en el territorio.
3. **Rutas integrales de atención específica para eventos:** intervenciones individuales y colectivas dirigidas principalmente al diagnóstico oportuno, tratamiento, rehabilitación y paliación de los eventos o condiciones específicas de salud priorizadas.

Activar Windows

TIPOS DE RIAS






No es seguro | saludcapital.gov.co/CTDLab/Publicaciones/2018/Modelo_Atencion_Integ...
PowerPoint Presentation
10 / 37
99%
CURSO DE VIDA
PRIMERA INFANCIA
INFANCIA
ADOLESCENCIA
JUVENTUD
ADULTEZ
ADULTO MAYOR
VIVIENDA
EDUCACIÓN
TRABAJO
ESPACIO PUBLICO
Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.
BOGOTÁ
Escribe aquí para buscar
ESP
12:25 a. m.
7/08/2022

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

El sistema de referencia y contrarreferencia en Colombia es el conjunto de procesos técnico-administrativos que garantizan la continuidad, accesibilidad y calidad de la atención médica. Este sistema organiza el flujo de pacientes entre los diferentes niveles de complejidad.

1. ¿Cómo funciona?

- **Referencia:** Es el envío de un paciente o muestra de un centro de salud de menor complejidad (ej. un puesto de salud) a uno de mayor nivel (ej. un hospital de tercer nivel) para una atención especializada o exámenes de diagnóstico.
- **Contrarreferencia:** Una vez el especialista evalúa o trata al paciente, es devuelto al centro de origen con las indicaciones médicas necesarias para que su EPS o IPS básica continúe con el seguimiento y control.

2. Marco Normativo y Actores

El proceso está regulado principalmente por el **Decreto 4747 de 2007**. Los actores clave involucrados son:

- **El Paciente:** Quien recibe la atención integral.
- **La Entidad Responsable del Pago (ERP):** EPS (Entidad Promotora de Salud) o entidad territorial, encargadas de autorizar, coordinar y financiar la red de servicios y el transporte.
- **La IPS Remisora:** La institución de salud de origen (generalmente nivel I o II) que identifica que el caso supera su capacidad de resolución.
- **La IPS Receptora:** La institución de destino que cuenta con la tecnología y los especialistas requeridos.

3. Pasos del Procedimiento

1. **Valoración inicial:** El médico tratante de la IPS de origen determina que el paciente requiere atención de mayor complejidad.
2. **Gestión administrativa:** La IPS de origen solicita la autorización y asignación de cita o cama a la EPS correspondiente.
3. **Traslado:** La EPS coordina el traslado del paciente en ambulancia (si es necesario) hasta la IPS receptora.
4. **Atención especializada:** El especialista evalúa al paciente, realiza los procedimientos y emite una historia clínica con el diagnóstico y plan a seguir.
5. **Retorno:** El paciente regresa a su centro de origen, donde se entrega la **hoja de contrarreferencia**, permitiendo al médico general retomar el control del paciente bajo las pautas del especialista. Para más información sobre la normatividad y los lineamientos del Ministerio de Salud, puedes consultar el portal oficial del Ministerio de Salud y Protección Social.

EL TRIAJE

Es un sistema de clasificación y priorización de pacientes en servicios de urgencias. Su objetivo es evaluar rápidamente la gravedad clínica y el riesgo vital de cada persona para asegurar que quienes requieren atención inmediata sean atendidos primero, sin importar su orden de llegada.

Niveles de Clasificación

En la mayoría de los sistemas de salud (incluyendo gran parte de Latinoamérica), se utiliza un modelo de 5 niveles que se categorizan de la siguiente manera:

- **Triaje 1 (Rojo):** Emergencia crítica. Existe un riesgo vital inmediato (ej. paro cardiorrespiratorio). La atención debe ser inmediata.

- **Triaje 2 (Naranja):** Emergencia o urgencia alta. La condición puede empeorar rápidamente y amenaza la vida (ej. dolor torácico). Requiere atención rápida (habitualmente en menos de 30 minutos).

- **Triaje 3 (Amarillo):** Urgencia media. El paciente es estable, pero requiere valoración médica. Tiempo de espera orientativo de 1 a 2 horas.

- **Triaje 4 (Verde):** Urgencia baja. Condiciones que no comprometen el estado general del paciente y pueden resolverse de forma ambulatoria o esperar.

- **Triaje 5 (Azul o Blanco):** No urgente. Casos de consulta médica general que no representan una emergencia.

GOBIERNO DE COLOMBIA

MINSALUD

ABECÉ

Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS)

1. ¿Qué es el ReTHUS?

Es la inscripción, en el sistema de información definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, del talento humano en salud que cumple con los requisitos establecidos en la Ley 1164 de 2007, proceso con el cual se entiende que dicho personal se encuentra autorizado para el ejercicio de una profesión u ocupación del área de la salud. En adelante se hará referencia a este registro a través de la sigla ReTHUS.

En el ReTHUS se señala también la información sobre las sanciones del talento humano en salud que, según el caso, reportan los Tribunales ético-disciplinarios del área de la salud, autoridades competentes o los particulares a quienes se les deleguen las funciones públicas.

2. ¿Qué es el Sistema de Información del ReTHUS?

Es el conjunto de organismos, normas, procesos, procedimientos y aplicativos articulados para permitir la recepción, validación, registro, conservación, reporte y publicación de la información del talento humano autorizado para ejercer profesiones u ocupaciones de la salud en Colombia.

3. ¿Quiénes deben inscribirse en el ReTHUS?

En el marco de lo señalado en la Ley 1164 de 2007, deberán inscribirse en el ReTHUS todas las personas que pretendan ejercer alguna de las siguientes profesiones u ocupaciones:

Tipo de institución	Tipo de programa	Denominación del programa
Educación para el trabajo y el desarrollo humano	Auxiliar	Auxiliar administrativo en Salud
		Auxiliar en enfermería
		Auxiliar en salud oral
		Auxiliar en salud pública
		Auxiliar en servicios farmacéuticos
Educación Superior	Técnico profesional	Técnico profesional en atención pre hospitalaria
		Técnico profesional en citohistología
	Tecnología	Tecnología en atención pre hospitalaria
		Tecnología en citohistología
		Tecnología en regencia de farmacia
		Tecnología en manejo de fuentes abiertas de uso diagnóstico y terapéutico
		Tecnología en radiodiagnóstico y radioterapia
		Tecnología en radiología e imágenes diagnósticas
		Tecnología en radioterapia
	Universitario	Bacteriología
		Enfermería
		Fisioterapia
		Fonoaudiología
		Gerontología
		Instrumentación quirúrgica
		Medicina
		Nutrición y dietética
		Odontología
		Optometría
		Psicología*
		Terapia ocupacional
		Terapia respiratoria
		Química Farmacéutica

* Conforme a lo señalado en la Ley 1090 de 2006, la Psicología "[…] *pertenece privilegiadamente al ámbito de la salud, motivo por el cual se considera al psicólogo también como un profesional de la salud".*

4. ¿Cuáles son los requisitos para ejercer una profesión u ocupación del área de la salud en Colombia?

Los requisitos para el ejercicio de las profesiones u ocupaciones del área de la salud se encuentran establecidos en la Ley 1164 de 2007, el Decreto 4192 de 2010 (compilado en el Decreto 780 de 2016), la Resolución 3030 de 2014 y los actos administrativos por medio de los cuales se les ha delegado funciones públicas a algunos Colegios Profesionales.

De acuerdo a lo establecido en la Ley 1164 de 2007, para el ejercicio de las profesiones y ocupaciones del área de la salud se requiere acreditar los siguientes requisitos:

1. Para egresados de programas de educación superior:

a) Título otorgado por una institución de educación superior legalmente reconocida (técnico profesional, tecnólogo, profesional, especialización, magíster, doctorado), en los términos señalados en la Ley 30 de 1992, o la norma que la modifique adicione o sustituya. Si el título se obtuvo en el

extranjero, debe presentarse convalidación por parte de la autoridad competente, que actualmente es el Ministerio de Educación Nacional.

b) Los egresados de los programas de pregrado de Bacteriología, Enfermería, Medicina y Odontología deberán acreditar el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio, conforme a lo establecido en el Artículo 33 de la Ley 1164 de 2007 y a la Resolución 1058 de 2010.

c) Inscribirse en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS), según lo definido en el artículo 23 de la Ley 1164 de 2007 (ver respuesta pregunta No. 1).

Efectuada la inscripción, se le expedirá al profesional una tarjeta como Identificación Única Nacional del Talento Humano en Salud, en los casos en que dicha función haya sido delegada a un Colegio de la respectiva profesión.

2. Para egresados de programas de formación para el trabajo y el desarrollo humano:

a) Quienes quieran ejercer una ocupación de la salud, como los técnicos laborales o auxiliares en salud, deberán acreditar el certificado otorgado por una institución de educación para el trabajo y el desarrollo humano, legalmente reconocida, en los términos establecidos en la Ley 115 de 1994 y sus reglamentarios.

b) Inscribirse en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS), según lo definido en el artículo 23 de la Ley 1164 de 2007 (ver respuesta pregunta No. 1).

Según la Ley 1164 de 2007 no se requieren requisitos adicionales o diferentes a los arriba señalados, como se establece en su artículo 21:

"La presente ley regula general e integralmente el ejercicio de las profesiones y ocupaciones y tiene prevalencia, en el campo específico de su regulación, sobre las demás leyes."

"Para el ejercicio de las profesiones y de las ocupaciones del área de la salud no se requieren registros, inscripciones, licencias, autorizaciones, tarjetas o cualquier otro requisito diferente a los exigidos en la presente ley".

Por lo anterior resulta improcedente exigir o realizar inscripciones departamentales diferentes a la del ReTHUS, que, como su nombre lo indica, es un registró único y nacional. Esto sin perjuicio de lo contenido en leyes de la República que de manera específica señalan aspectos relacionados con el ejercicio de algunas áreas del conocimiento.

5. ¿Ante qué entidad se debe tramitar la inscripción en el ReTHUS?

Los profesionales con título de formación universitaria deberán solicitar su inscripción en el ReTHUS ante las siguientes organizaciones:

Profesión	Entidad que realiza la inscripción en el ReTHUS	Información de contacto
Bacteriología	Colegio Nacional de Bacteriología	www.cnbcolombia.org Carrera 15 Bis A No. 33-03 (Bogotá) (571) 2886084 (571) 8064907 (57) 3103238275 funcionespublicas@cnbcolombia.org
Enfermería	Organización Colegial de Enfermería	www.oceinfo.org.co Carrera 7 # 27-52 Oficina 401 – Bogotá (571) 4575358 / (571) 5552166 (57) 3167598693 (57) 3219282407 oce@oceinfo.org.co
Fisioterapia	Colegio Colombiano de Fisioterapeutas	www.colfi.co Calle 58 No. 35 – 79 (Bogotá D.C.) (57) 3000051 (57)3174128598 presidencia@colfi.co colegio@colfi.co
Medicina	Colegio Médico Colombiano	www.colegiomedicocolombiano.org Avenida 15 #100 – 43 Oficina 501 Edificio AV. 15 P.H. (Bogotá D.C.) (571) 7463489 (57) 314 5662198 pqrs@colegiomedicocolombiano.org
Química Farmacéutica	Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos de Colombia	www.cnqfcolombia.org Carrera 16 No. 31A - 30 (Bogotá D.C.) (571) 7501142 (571) 2453856 (57) 314 3339392 (57) 3134591820 info_comentarios@cnqfcolombia.org direccionejecutiva@cnqfcolombia.org
Fonoaudiología	Colegio Colombiano de Fonoaudiólogos	www.ccfonoaudiologos.co Carrera 13 A No. 89 -38 Ofc. 606 (Bogotá D.C.) (571) 4577185 ccfonoaudiologos@ccfonoaudiologos.co
Instrumentación Quirúrgica	Colegio Colombiano de Instrumentación Quirúrgica	www.coldinsqui.org Calle 105 A No. 14 – 92 Ofc. 602 (Bogotá D.C.) (571) 8020045 (57) 321 2685697 observatorioprofesional@coldinsqui.org
Optometría	Colegio Federación Colombiana de Optómetras	www.fedopto.org Calle 85 # 19 B – 22 Ofc. 405 (Bogotá D.C.) (571) 6110972 Ext. 105 colegio@fedopto.org
Odontología	Colegio Colombiano de Odontólogos	www.colegiodeodontologos.org Calle 124 No. 15 – 29 Ofc. 408 Ed. Jorge Barón Torre A (Bogotá D.C.) (571) 8057146 (57) 3187418269 – 3175740917 contacto@colegiodeodontologos.org

Profesión	Entidad que realiza la inscripción en el ReTHUS	Información de contacto
Terapia Respiratoria	Colegio Colombiano de Terapeutas Respiratorios	http://www.cctr.co Calle 2 No. 66b – 89 of. 504 (Santiago de Cali) (571) 3023770257 cctr2005@gmail.com
Terapia Ocupacional	Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional	http://www.tocolombia.org Calle 65 # 9-23 Oficina 102 Edificio Eneida Bogotá D.C (571) 2355170 presidencia@tocolombia.org
Nutrición y dietética	Colegio Colombiano de Nutricionistas Dietistas	http://www.colnud.co Carrera 15 No. 76-67 oficina 401 (571) 2565586 3143651124 contacto@colnud.co
Gerontología Psicología	Secretarías Departamentales de Salud o Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.	Secretarías Departamentales de Salud o Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

Quienes tengan certificados de aptitud ocupacional o títulos distintos a los identificados en el cuadro anterior, como técnicos profesionales, tecnólogos y técnicos laborales o auxiliares, deberán solicitar su inscripción en el ReTHUS ante una Secretaría Departamental de Salud o ante la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

6. ¿Qué entidad expide la tarjeta de identificación única del talento humano en salud?

Los Colegios Profesionales del área de la salud, además de realizar la inscripción en el ReTHUS, expedirán la tarjeta de identificación única para los profesionales en cada área de conocimiento.

Para el caso de las profesiones en las cuales no se han delegado estas funciones en un colegio profesional, las Secretarías Departamentales de Salud y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, además de realizar la inscripción al ReTHUS, continuarán expidiendo el acto administrativo (Resolución), que autoriza a la persona para ejercer su profesión u ocupación en todo el territorio nacional, previo cumplimiento de los requisitos señalados anteriormente.

7. Si una persona cumple los requisitos para ejercer su profesión u ocupación antes de la entrada en operación del ReTHUS y de que los Colegios Profesionales asumieran las funciones públicas, ¿debe solicitar la inscripción en el ReTHUS?

De acuerdo con lo señalado en la Ley 1164 de 2007 y en el artículo 2.7.2.1.2.3 del Decreto 780 de 2016: "*Quienes conforme a las normas vigentes hayan obtenido autorización para el ejercicio de su profesión u ocupación, antes de la fecha en la cual el Colegio Profesional correspondiente asuma las funciones de*

registro y expedición de la tarjeta única del talento humano en salud, serán inscritos en forma automática en el RETHUS […]".

Si cumplió los requisitos para ejercer una profesión u ocupación en el territorio nacional, el Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con las Secretarías Departamentales de Salud, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y las demás organizaciones públicas o privadas, que en el marco de disposiciones legales particulares expidieran autorizaciones, matrículas o tarjetas profesionales, han venido adelantando las acciones necesarias para realizar la inscripción automática en el ReTHUS.

Las tarjetas profesionales expedidas por la ANEC hasta el 30 de agosto de 2015 tendrán plena validez para los profesionales en enfermería que cumplieron requisitos para su ejercicio (resolución de autorización de ejercicio y tarjeta profesional expedida por la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia - ANEC - entre 1997 y el 30 de agosto de 2015), antes de que la Organización Colegial de Enfermería asumiera las funciones públicas delegadas. A partir del 30 de agosto de 2015, las solicitudes relacionadas con la expedición de la tarjeta profesional de enfermería se realizan ante la Organización Colegial de Enfermería, incluyendo la reposición por pérdida, deterioro o actualización.

8. Si una persona no se encuentra inscrita en el ReTHUS o su información presenta alguna inconsistencia, habiendo obtenido su resolución de ejercicio o tarjeta profesional antes de la entrada en operación de este Registro y/o de que los Colegios Profesionales asumieran funciones públicas, ¿cuál es el procedimiento que debe seguir para inscribirse?

Los auxiliares o técnicos laborales, técnicos profesionales y tecnólogos deben solicitar su inscripción ante la entidad que le autorizó el ejercicio; esto es, ante las Direcciones Departamentales de Salud, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. o el Ministerio de Salud y Protección Social[1], según corresponda.

Por su parte, los profesionales deben solicitar su inscripción en los Colegios Profesionales que se encuentran ejerciendo funciones públicas delegadas en el marco de la Ley 1164 de 2007, en las Direcciones Departamentales de Salud o ante la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., según corresponda (ver pregunta 5 del presente documento).

Se debe tener en cuenta que la inscripción de una profesión u ocupación del área de la salud, para quienes fueron autorizados previamente por las Direcciones Departamentales de Salud, por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C o por el Ministerio de Salud y Protección Social, es gratuita y no requiere intermediarios.

[1] Se deberá solicitar al Ministerio de Salud y Protección Social si fue esta entidad la que expidió su resolución de autorización (generalmente, personas autorizadas para su ejercicio antes de 1994), a través del correo electrónico rethus@minsalud.gov.co, adjuntando copias del documento de identidad y de la resolución de autorización expedida por el Ministerio de Salud. Los documentos deben ser legibles y estar en formato pdf.

El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una secretaría de salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional).

9. Si una persona obtuvo autorización para el ejercicio de una profesión antes de la entrada en operación del ReTHUS y de que los Colegios Profesionales asumieran las funciones públicas, ¿puede solicitar la expedición de la Tarjeta de Identificación Única del Talento Humano en Salud?

Si. La solicitud de expedición de la Tarjeta de Identificación Única del Talento Humano en Salud la puede presentar en forma voluntaria ante el Colegio Profesional respectivo.

Hasta el momento, se han delegado funciones públicas en Colegios de diez (10) profesiones del área de la salud, quienes iniciaron en las siguientes fechas:

Colegio Profesional	Fecha de inicio
Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos de Colombia	27 de abril de 2015
Colegio Nacional de Bacteriología	1 de junio de 2015
Colegio Colombiano de Fisioterapeutas	27 de julio de 2015
Colegio Médico Colombiano	18 de agosto de 2015
Organización Colegial de Enfermería	31 de Agosto de 2015
Colegio Colombiano de Fonoaudiólogos	7 de marzo de 2016
Colegio Colombiano de Instrumentación Quirúrgica	21 de abril de 2017
Colegio Federación Colombiana de Optómetras	22 de junio de 2017
Colegio Colombiano de Odontólogos	21 de septiembre de 2017
Colegio Colombiano de Terapeutas Respiratorios	27 de octubre de 2017
Colegio Colombiano de Nutricionistas Dietistas	14 de septiembre de 2018
Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional	9 de octubre de 2018

10. ¿Dónde se puede consultar la información del talento humano en salud inscrito en el ReTHUS?

En línea, a través de sitio http://web.sispro.gov.co, en el aparte denominado ReTHUS.

De igual forma, a través de las Secretarías Departamentales de Salud, de la Secretaría de Salud de Bogotá D.C. y de los Colegios Profesionales del área de la salud con funciones públicas delegadas.

11. Para trabajar en un lugar cuya jurisdicción sea diferente a la Secretaría de Salud que expidió la resolución de autorización, ¿se debe solicitar la inscripción en dicho departamento?

No. El ReTHUS, es único y de carácter nacional, sin perjuicio de lo contenido en leyes de la República que de manera específica señalan aspectos relacionados con el ejercicio de algunas disciplinas (por ejemplo, psicología, seguridad y salud en el trabajo).

Por lo anterior, y definido el alcance del Registro Único Nacional, es improcedente exigir o realizar inscripciones departamentales luego de que se encuentre inscrito en el ReTHUS.

En caso de dudas, inquietudes o consultas, los interesados pueden comunicarse a través del correo electrónico **soportepisis@minsalud.gov.co**, o bien, con la Mesa de Ayuda del Ministerio de Salud y Protección Social en Bogotá, llamando al (+571) 589 3750 y en el resto del país al 01 8000 960020. El horario de atención es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

Fecha elaboración: marzo de 2016
Fecha actualización: octubre de 2018
Oficina que elabora: Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud

GOBIERNO DE COLOMBIA

MINSALUD

ABC

SOBRE EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD

1 **¿Qué es el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS)?**

Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

2 **¿Cuáles son los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGCS)?**

Los componentes son:

*** Sistema Único de Habilitación (SUH).**

*** Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud**

*** Sistema Único de Acreditación.**

*** Sistema de Información para la Calidad.**

La información que da cuenta de los antecedentes técnicos del SOGCS puede ampliarse en el siguiente link: https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/RCuentas/Paginas/programapars.aspx

3 ¿Cuál es el marco normativo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS)?

El Decreto 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social ", que compiló al Decreto 1011 de 2006 "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud"

4 ¿Quiénes son los exceptuados del SOGCS?

No se aplicarán las normas del SOGCS a:
. Los Bancos de Sangre,
. Grupos de Práctica Profesional que no cuenten con infraestructura física para la prestación de servicios de salud,
. Procesos de los laboratorios de genética forense,
. Bancos de Semen de las Unidades de Biomedicina Reproductiva y
. Todos los demás Bancos de Componentes Anatómicos, así como a las demás entidades que producen insumos de salud y productos biológicos, correspondiendo de manera exclusiva al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA-, de conformidad con lo señalado por el artículo 245 de la Ley 100 de 1993, la vigilancia sanitaria y el control de calidad de los productos y servicios que estas organizaciones prestan.

5 ¿Qué se entiende por calidad de la atención en salud?

Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

6 ¿Existen otros sistemas nacionales de calidad en Colombia?

En Colombia existe el Subsistema Nacional de Calidad reglamentado por el Decreto 1595 de 1995 y es un arreglo de instituciones que conforman la infraestructura de la Calidad en Colombia. Desde los ámbitos público y privado lideran actividades y políticas en materia de normalización, reglamentación técnica, acreditación, evaluación de la conformidad, metrología y vigilancia y control.

SOBRE EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

7 **¿Qué es el Sistema Único de Habilitación?**

Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema.
Estos buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

8 **¿Qué normatividad regula la habilitación de servicios de salud?**

La Resolución 3100 de 2019 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de 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"

9 **¿Cuál es la unidad mínima habilitable del Sistema Único de Habilitación?**

El servicio de salud es unidad básica habilitable del Sistema Único de Habilitación

10 **¿Qué se entiende por servicio de salud?**

De acuerdo con lo establecido en la Resolución 3100 de 2019, un servicio de salud se define como la unidad básica habilitable del Sistema Único de Habilitación, conformado por procesos, procedimientos, actividades, recursos humanos, físicos, tecnológicos y de información con un alcance definido, que tiene por objeto satisfacer las necesidades en salud en el marco de la seguridad del paciente, y en cualquiera de las fases de la atención en salud (promoción,

prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad). Su alcance no incluye los servicios de educación, vivienda, protección, alimentación ni apoyo a la justicia

11 ¿Quiénes son considerados Prestadores de Servicios de Salud?

. Las instituciones prestadoras de servicios de salud.
. Los profesionales independientes de salud.
. El transporte especial de pacientes.
. Las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud.

12 ¿Quiénes son considerados IPS?

Son las entidades cuyo objeto social es la prestación de servicios de salud y se encuentran inscritas y con servicios de salud habilitados de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.
Pueden ofrecer todos los servicios de salud

13 ¿Quién se considera Profesional Independiente?

Es toda persona natural egresada de un programa de Educación Superior de Ciencias de la Salud de conformidad con la ley 30/92, o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación de servicios de salud, para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.

14 ¿Cuáles son las Entidades con Objeto Social Diferente?

Son instituciones cuyo objeto social no es la prestación de servicios de salud pero, por requerimientos propios de la actividad que realizan, habilitan servicios de salud, prestando servicios de baja complejidad y/o consulta especializada, sin incluir servicios de hospitalización ni quirúrgicos.
Los servicios de salud prestados no podrán ser ofrecidos en contratación dentro del SGSSS.

15 ¿Quiénes son considerados Transporte Especial de Pacientes?

Son personas naturales o jurídicas que prestan servicios de salud cuyo objeto es el traslado de los pacientes a los servicios de salud correspondientes, de conformidad con el requerimiento de atención en virtud de la patología o trauma padecido.
Este prestador puede ofrecer servicios de transporte asistencial aéreo, terrestre y marítima o fluvial y atención prehospitalaria.

16 **¿Cuál es la normatividad para la creación de una fundación del sector salud?**

Está contemplada en el Decreto 1088 de 1991 y la Resolución 13565 del mismo año. Debe tenerse en cuenta la Ley 10 de 1990, que establece que el objeto principal de la entidad debe estar enmarcado dentro de la prestación de servicios en las modalidades de prevención, promoción, rehabilitación y tratamiento de la salud.

17 **¿Un consorcio o unión temporal es considerado un prestador de servicios de salud?**

Los Consorcios o Uniones Temporales no se consideran Prestadores de Servicios de Salud y no se inscriben en el REPS como prestadores por cuanto dicha unión no tiene personería jurídica.

18 **¿Es viable conformar uniones temporales entre prestadores de servicios de salud?**

Si es viable conformar una Unión Temporal entre prestadores de servicios de salud. Sin embargo, los prestadores que conformen la Unión Temporal, cada uno de ellos deben estar habilitados.

19 **¿Cuáles son las condiciones de Habilitación?**

Las condiciones de habilitación son:
Capacidad técnico-administrativa
Suficiencia patrimonial y financiera
Capacidad tecnológica y científica.

20 **¿Cuáles son las condiciones de Habilitación que se deben cumplir por cada clase de prestador?**

. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud: deben cumplir todas las condiciones de habilitación así: Capacidad técnico-administrativa, Suficiencia patrimonial y financiera, Capacidad tecnológica y científica.
. El transporte especial de pacientes: debe cumplir todas las condiciones de habilitación así: Capacidad técnico-administrativa, Suficiencia patrimonial y financiera, Capacidad tecnológica y científica.
. El Profesional Independiente: debe cumplir solo las condiciones de Capacidad técnico-científicas.
. La Entidad Objeto Social Diferente: Debe cumplir las condiciones técnico administrativas y de Capacidad técnico- científicas.

21 ¿Dónde se definen los niveles de atención y los grados de complejidad?

La clasificación de las instituciones por niveles de atención se encuentra definida en los artículos 2.5.3.3.1., 2.5.3.3.3., 2.5.3.3.5 y 2.5.3.3.6 del Decreto 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social", donde se establecen tres niveles de atención y solo opera para las Instituciones de salud públicas por cuanto las Instituciones privadas no entran dentro de ésta obligatoriedad.

La Resolución 3100 de 2019 define los estándares y criterios para la habilitación de los servicios de salud, la complejidad es una cualidad de los servicios de salud que depende de las condiciones de salud que se atiendan o prevén atender, la formación del talento humano en salud y las características de las tecnologías en salud que se requieran. Para efectos de la norma de habilitación los servicios se organizan de acuerdo al grado de complejidad, y la complejidad de los servicios puede ser de: baja o mediana o alta y algunos servicios no les aplica complejidad.

22 ¿Qué es el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)?

Es la base de datos de las entidades departamentales y distritales de salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud que se encuentren habilitados. Es consolidada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

La consulta en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud es pública y puede ser realizada por cualquier actor del sistema, en la página Web de este Ministerio, en el siguiente enlace: http://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/REPS Vigente, link e ingresar como invitado e ingresar a Registro Actual, opciones de consulta:
- **Prestador,**
- **Sedes,**
- **Servicios (modalidad y grado de complejidad) y**
- **Capacidad instalada (ambulancias, camas, apoyo terapéutico y salas),**

Para consultar el país, se realiza clic en buscar para ver todos los registros y exportando el Excel, podrá consultar los datos de identificación de la entidad donde se encuentran entre otros, el NIT o documento de identificación, según aplique, de los prestadores de servicios de salud.

23 ¿En el Sistema Único de habilitación se habilitan procedimientos o actividades?

La norma de habilitación no tiene como objeto establecer las actividades, intervenciones o procedimientos a realizar en cada uno de los servicios de salud, siendo responsabilidad del prestador definirlos y documentarlos en el estándar de procesos prioritarios, teniendo en cuenta el objeto y alcance de los servicios de salud que habilite.

24 ¿En la Resolución 3100 de 2019 se define qué procedimientos o actividades puede realizar el talento humano de los servicios de salud?

La Resolución 3100 de 2019 incluido su Manual no establece competencias para el talento humano, dado que las mismas se encuentran definidas en los programas académicos aprobados por el Ministerio de Educación Nacional.

25 ¿Cuáles son los estándares de habilitación de la Resolución 3100 de 2019 que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud?

Son estándares de habilitación los siguientes:
1. Talento humano
2. Infraestructura
3. Dotación
4. Medicamentos, dispositivos médicos e insumos
5. procesos prioritarios
6. Historia clínica y registros
7. Interdependencia

26 ¿Los regímenes de excepción como Policía, Ejército, Ecopetrol y Magisterio deben cumplir con la norma de habilitación?

A los regímenes de excepción no les aplica lo contemplado en la Resolución 3100 de 2019 , salvo que ofrezcan y presten servicios a terceros o decidan acogerse de manera voluntaria al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC).

27 ¿Los establecimientos de reclusión deben cumplir con la norma de habilitación?

La Resolución 3100 de 2019 define que los servicios de salud que se presten intramuralmente en los establecimientos carcelarios y penitenciarios, no les serán aplicables los procedimientos ni condiciones de habilitación contenidos en la misma.

28 ¿Cuándo aplica inscribirse como prestador y habilitar servicios de salud?

Cuando preste y oferte servicios de salud en el territorio nacional, para lo cual debe tenerse en cuenta la definición de servicio de salud establecida en la Resolución 3100 de 2019. La inscripción y habilitación de servicios se realiza en el Departamento o Distrito donde se prestarán los servicios de salud.

29 ¿Cuántas sedes y servicios pueden tener un prestador de servicios de salud?

La norma no establece un tope máximo de sedes y servicios por prestador, pero si establece que mínimo se registre en el REPS una sede y por lo menos habilite un servicio.

30 ¿Qué tipo de prestador debo ser de acuerdo con los servicios que quiero ofertar?

Es responsabilidad del interesado en prestar servicios de salud el definir la clase de prestador con la cual se presentará ante el Sistema Único de Habilitación para lo cual deberá tener en cuenta la definición y alcance de cada uno de éstos con base en lo establecido en la Resolución 3100 de 2019.
Por ejemplo, en el caso del prestador objeto social diferente, debe tener en cuenta que en la definición se establece que éste no puede prestar servicios de alta complejidad, servicios de urgencias, de atención del parto, ni los servicios de hospitalización.

31 ¿Qué actividades y procedimientos puedo realizar en un servicio, por qué la norma no trae ese detalle?

La Resolución 3100 de 2019 tiene como unidad mínima habilitable los servicios de salud y no es su objeto definir cada uno de los procedimientos y actividades que el prestador realiza en el marco de un servicio habilitado, de otra parte no es una norma exhaustiva

32 ¿Cuál es la vigencia de la Habilitación en el REPS?

-La vigencia es de 4 años, contados a partir de la fecha de radicación de la inscripción ante la entidad departamental o distrital de salud correspondiente (Decreto 1011/2006 compilado en el Decreto 780 de 2016).

-Vencidos estos 4 años se renovará por periodos de un año automáticamente, siempre y cuando el prestador realice y reporte en el REPS la autoevaluación anual, condición indispensable para permanecer en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

-Lo anterior sin perjuicio de las facultades de Inspección, Vigilancia y Control de la Dirección Departamental o Distrital de verificar el cumplimiento de las condiciones en cualquier momento.

33 ¿La habilitación puede ser revocada estando vigente?

Puede ser revocada en cualquier momento por las Direcciones Departamentales o Distritales de Salud cuando se compruebe el incumplimiento de las condiciones de habilitación (artículo 24 del Decreto 1011/2006).

34 ¿Se permite la doble habilitación?

-El Prestador de Servicios de Salud que habilite un servicio es el responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al servicio que se habilite, independientemente de que para su funcionamiento concurran diferentes organizaciones o personas para aportar al cumplimiento de los estándares.

-En consecuencia, el servicio debe ser habilitado únicamente por el prestador responsable del mismo, y no se permite la doble habilitación. Es decir, no pueden existir dos registros de habilitación y dos responsables para un mismo servicio.

35 ¿Quién es el responsable de la habilitación del servicio cuando este es contratado?

El servicio podrá ser habilitado por el contratante o el contratista, teniendo en cuenta que no concurra la doble habilitación. El prestador que habilite un servicio es el responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al mismo.

36 **¿La inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), el reporte de novedades y las visitas de verificación del Sistema Único de Habilitación tienen algún costo para el prestador?**

La inscripción en el REPS, el reporte de novedades y las visitas de verificación a los prestadores de Servicios de Salud son procedimientos gratuitos.

37 **¿En qué casos se requiere visita de verificación previa para la habilitación de servicios?**

El artículo 14 de la Resolución 3100 de 2019 establece que se requerirá visita previa por parte de la Secretaría de Salud correspondiente cuando un prestador desee habilitar los servicios nuevos de: oncología, urgencias, atención del parto, transporte asistencial y todos los servicios de alta complejidad y cuando se desee inscribir una nueva institución prestadora de servicios de salud.

38 **¿Requiere visita previa para poder ampliar la capacidad instalada de ambulancias un prestador que ya tiene habilitado el servicio de transporte asistencial básico o medicalizado y solicita la apertura de otra ambulancia?**

No requiere visita previa, por tratarse de ampliación de capacidad instalada y hace referencia a una novedad de capacidad instalada de un servicio que ya está habilitado.

39 **De acuerdo a la normatividad vigente, ¿quiénes deben realizar las visitas de verificación de habilitación?**

El Decreto 1011 de 2006 compilado en el Decreto 780 de 2016, establece que serán las entidades departamentales y distritales de salud las responsables de verificar el cumplimiento de las condiciones exigibles a los Prestadores de Servicios de Salud.

40 **¿Qué clase de novedades deben reportar en el Registro Especial de Prestadores (REPS) los Prestadores de Servicios de Salud?**

Las novedades que los prestadores de servicios de salud deben reportar en el REPS son:
. Novedades del Prestador de servicios de salud.

. Novedades de la sede.
. Novedades de servicios.
. Novedades de capacidad instalada.

41 **¿Cómo se realiza el reporte de novedades mencionado en la Resolución 3100 de 2019?**

Diligenciando el formulario de reporte de novedades, el cual está disponible en el aplicativo del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), publicado en la página web de la entidad departamental o distrital de salud y soportar con los documentos definidos en el Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de Salud y radicarlos en la Entidad Territorial de Salud respectiva. Es de aclarar que algunas novedades pueden ser gestionadas mediante la página web. Para efectos de las novedades los prestadores deberán realizar la autoevaluación, diligenciar, imprimir y anexar los soportes correspondientes

AUTOEVALUACION E INSCRIPCIÓN

42 **¿Dónde encuentro el instrumento de autoevaluación de la Resolución 3100 de 2019**

No se cuenta como tal con un instrumento de autoevaluación, pues la autoevaluación se realiza de acuerdo a los servicios ofertados y los criterios de todos los servicios que aplique según la oferta del prestador. La autoevaluación se realiza con lo definido en la Resolución 3100 de 2019.

43 **¿Los prestadores que venían prestando servicios de salud deben autoevaluarse para la renovación de su inscripción durante los términos de la transitoriedad de la qué habla la Resolución 3100 de 2019?**

Con base en lo establecido en el numeral 26.2 del artículo 26 de la Resolución 3100 de 2019, los prestadores de servicios de salud no requerirán realizar la autoevaluación que debían presentar por el vencimiento de su inscripción hasta tanto el Ministerio tenga dispuesto el REPS actualizado. A partir de esta actualización los prestadores de servicios de salud tendrán 6 meses para realizar la actualización del portafolio y autoevaluación de cada uno de sus servicios de acuerdo a lo preceptuado en la Resolución 3100 de 2019

44 **¿Si un prestador va a prestar sus servicios en más de un departamento o distrito requiere inscribirse y habilitar servicios en cada uno de éstos'**

-El Prestador de Servicios de Salud debe inscribirse como una clase de prestador y habilitar los servicios ante cada Entidad Territorial de Salud donde los oferte y preste. Sin embargo existen las siguientes excepciones:

-Los prestadores del servicio de transporte asistencial de pacientes en ambulancia aérea, fluvial o marítima, habilitarán el servicio en el departamento o distrito donde esté ubicada la sede que hayan definido y su habilitación producirá efectos en todo el territorio nacional sin que requiera inscripción del prestador en cada Entidad Territorial de Salud-ETS en las cuales vaya a prestar el servicio.

-Los prestadores que presten servicios exclusivamente en la modalidad extramural jornada de salud o unidad móvil se inscribirán y habilitarán sus servicios ante la Entidad Territorial de Salud donde defina establecer su sede, dicha inscripción producirá efectos en todo el territorio nacional sin que requiera inscripción del prestador en cada Entidad Territorial de Salud en las cuales vaya a prestar el servicio. No obstante, si requiere autorización previa de la ETS en las cuales vaya a prestar el servicio.

MANUAL

45

¿Qué es el Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud del que habla la Resolución 3100 de 2019?

El Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud es el instrumento que contiene las condiciones para que los servicios de salud ofrecidos y prestados en el país, cumplan con los requisitos mínimos para brindar seguridad a los usuarios en el proceso de la atención en salud.
Este manual hace parte integral de la resolución 2003 de 2014 y se puede consultar en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3100-de-2019.pdf

46

¿Cuál es el objetivo del distintivo de habilitación?

-El objetivo del distintivo es brindar información a los usuarios acerca de los servicios que ofrece el prestador y que se encuentran habilitados y cumplen los requisitos técnicos, científicos y administrativos para ofrecer una atención segura y confiable.

-Los distintivos de los servicios habilitados debe mantenerse en lugar visible al público una vez hayan sido expedidos.

47

¿Para poder contratar servicios de salud es un requisito que estos se encuentren habilitados?

-El Decreto 1011/2006 compilado en el Decreto 780 de 2016 establece las responsabilidades para contratar, en estos términos: "Para efectos de contratar la prestación de servicios de salud el contratante verificará que el prestador esté inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Si durante la ejecución del contrato se detecta el incumplimiento de las condiciones de habilitación, el contratante deberá informar a la Dirección Departamental o Distrital de Salud quien contará con un plazo de sesenta (60) días calendario para adoptar las medidas correspondientes"

-En el evento en que no se pueda mantener la habilitación, la entidad departamental o distrital de salud lo informará al contratante, quien deberá abstenerse de prestar los servicios de salud con entidades no habilitadas.

48

¿El incumplimiento de los requisitos establecidos en el Decreto 1011 de 2006 y de los requisitos del Sistema Único de Habilitación (Resolución 3100 de 2019) implica algún tipo de sanción a los Prestadores de Servicios de Salud?

-Puede generar la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad previstas en las normas legales por parte de las entidades territoriales de salud en el marco de sus competencias. Para esto tendrán en cuenta el tipo de servicio, el hecho que origina el incumplimiento de las disposiciones contenidas en el Decreto 1011/2006 y su incidencia sobre la salud individual y colectiva de las personas.

-Sin perjuicio de la competencia atribuida a otras autoridades, corresponde a las entidades territoriales de salud adelantar los procedimientos y aplicar las sanciones a que haya lugar, de acuerdo con lo previsto en el artículo 577 y siguientes de la Ley 09 de 1979 y las normas que la modifiquen o sustituyan.

49

¿Cuáles serían los tipos de sanciones que le aplicarían a los Prestadores de Servicios de Salud según la Ley 09 de 1979?

-La Ley 09 de 1979 en su Artículo 577 establece: "Teniendo en cuenta la gravedad del hecho y mediante resolución motivada, la violación de las disposiciones de esta Ley será sancionada por la entidad encargada de hacerlas cumplir con alguna o algunas de las siguientes sanciones:

a. **Amonestación.**
b. **Multas sucesivas hasta por una suma equivalente a 10.000 salarios diarios mínimos legales al máximo valor vigente en el momento de dictarse la respectiva resolución.**
c. **Decomiso de productos.**
d. **Suspensión o cancelación del registro o de la licencia.**

e. Cierre temporal o definitivo del establecimiento, edificación o servicio respectivo".

50 **Una IPS que se encuentra habilitada en una Entidad Territorial puede prestar los servicios bajo la modalidad extramural en cualquier departamento?**

Tal como lo plantea el numeral 2.1 del manual que hace parte de la Resolución 3100 de 2019 , el prestador de servicios de salud que oferte servicios en la modalidad extramural jornada de salud o unidad móvil debe inscribirse en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y habilitar los servicios ante la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, donde defina establecer su sede y dicha inscripción producirá efectos en todo el territorio nacional sin que requiera inscripción en cada una de las secretarías de salud departamentales o distritales o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, lo anterior implica solo que si el prestador decide ofertar servicios en la modalidad extramural jornada de salud o unidad móvil en una entidad territorial diferente a donde realizó la inscripción, debe solicitar autorización ante esa Secretaria de salud o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, sin que requiera tener sede en cada departamento donde decida operar.

51 **Se pueden adaptar dispositivos médicos sobre medida para salud visual en las brigadas?**

Los dispositivos médicos sobre medida utilizados deben cumplir con la normatividad específica que reglamenta la materia y no se permite entregar dispositivos médicos sobre medidas que no hayan sido previamente formulados y construidos específicamente para el paciente que los recibe.

52 **¿Qué es la Telesalud?**

Es el conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, los cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y telecomunicaciones. Incluye, entre otras, la Telemedicina y la Teleeducación en salud.

53 **¿Qué es la Telemedicina?**

-Es la provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica.

-Lo anterior no exime a los prestadores de servicios de salud y a las entidades responsables del pago de tales servicios de su responsabilidad de priorizar la prestación personalizada de servicios de salud, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Subraya fuera de texto.

54 ¿Cuáles son las categorías de la telemedicina?

La modalidad de telemedicina presenta las siguientes categorías, las cuales pueden combinarse entre sí:
14.1 Telemedicina Interactiva.
14.2 Telemedicina no interactiva.
14.3 Teleexperticia.
14.4 Telemonitoreo.
Parágrafo. El personal de salud que participe en las actividades de cualquiera de las categorías de la telemedicina, las realizará de acuerdo con sus competencias y responsabilidades y en su desarrollo se respetará su autonomía profesional.

55 Es la Telemedicina una modalidad de atención de servicios de salud?

La Telemedicina siendo una modalidad de prestación de servicios, podrá ser ofertada por un prestador remisor o un prestador de referencia en cualquiera de las 4 categorías que pueden combinarse entre sí (telemedicina interactiva, telemedicina no interactiva, telexperticia y telemonitoreo), utilizando métodos de comunicación sincrónico o asincrónico, según sea el caso y para la habilitación deberá cumplir con lo preceptuado en la resolución 2654 y los estándares y criterios de habilitación establecidos en la Resolución 3100 de 2019.

56 Se pueden prescribir medicamentos en la modalidad de telemedicina?

En la modalidad de telemedicina puede realizarse prescripción de medicamentos pero solo en las categorías de telemedicina interactiva y telexperticia sincrónica tal como lo estipula la Resolución 2654 de 2019.

57 ¿Se debe habilitar la teleorientación?

-La teleorientación en salud de acuerdo con el artículo 10 de la resolución 2569 de 2019 corresponde al conjunto de acciones que se desarrollan a través de tecnologías de la información y comunicaciones para proporcionar al usuario información, consejería y asesoría en los

componentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

-La teleorientación es una actividad, como tal no es un servicio habilitable y puede ser realizada en un servicio habilitado, el teleorientador, en el marco de sus competencias debe informar al usuario el alcance de la orientación, que la información que suministrada podrá ser parte de la historia clínica y en caso que el usuario lo solicite entregar copia o resumen de la comunicación. Las actividades de telesalud no se habilitan. Se habilitan los servicios en la modalidad de telemedicina.

La Resolución 4445 de 1996 fue derogada con la Resolución 3100 de 2019?

-La Resolución 4445 de 1996 no ha sido derogada por ninguna norma, sin embargo se precisa que la Resolución 3100 de 2019 determina los mínimos cumplibles dentro de los que se encuentran los criterios del estándar de infraestructura y teniendo en cuenta lo referido en el artículo 18 de la misma resolución, no se debe utilizar una norma diferente para la autoevaluación (por parte del prestador) y verificación (por parte de las Entidades Departamentales o Distritales o quien tenga a cargo las competencias de la habilitación de servicios).

-Se aclara que la Resolución 4445 de 1996, es la norma referente para el diseño y construcción de la infraestructura de salud.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD DE SERVICIOS
GRUPO DE CALIDAD

GUÍA PRÁCTICA DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD SOGC

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD DE SERVICIOS
GRUPO DE CALIDAD

GUÍA PRÁCTICA DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD SOGC

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GUÍA PRÁCTICA DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD SOGCS

Autor
MInisterio de la Protección Social

Impresión

Charlie´s Impresores

RESERVA DE DERECHOS DE AUTOR
© MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Se autoriza la reproducción total o parcial, siempre y cuando se mantega la integridad del texto y se cite la fuente.

Universidad Nacional de Colombia
Contrato interadministrativo 236 - del 2010

Interventor

Francisco Raúl Restrepo P.
Consultor Dirección General de Calidad de Servicios

Bogotá, Marzo 2011

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

MAURICIO SANTAMARÍA SALAMANCA
Ministro de la Protección Social

JAVIER HUMBERTO GAMBOA BENAVIDES
Viceministro Técnico

BEATRIZ LONDOÑO SOTO
Viceministra de Salud y Bienestar

RICARDO ANDRÉS ECHEVERRI
Viceministro de Relaciones Laborales

GERARDO LUBÍN BURGOS BERNAL
Secretario General

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
Director General de Calidad de Servicios(E)

RODRIGO HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ.
Coordinador Grupo Garantía de Calidad

SANDRA EUGENIA GALLEGOS M.
SANDRA MEDINA ALBA.
JORGE ALBERTO ORDÓÑEZ SUSA.
TOMAS GILBERTO PRASCA C.
ENIOR FERNANDO PRIETO MURILLO
FRANCISCO RAÚL RESTREPO P.
LIGIA PATRICIA REYES.
MARIA ISABEL RIACHI.
SANDRA INÉS ROZO BOLANOS.
MARTHA YOLANDA RUIZ VALDES.
Autores

Agradecimientos
-Dirección de Desarrollo de Servicios Vigilancia y Control de la Oferta.
-Secretaria Distrital de Salud de Bogotá

Libertad y Orden

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CARLOS A. AGUDELO C.
Decano Facultad de Medicina

JAIME CARDONA BOTERO
Director General del Proyecto

VIVIANA ANDREA AGUDELO
Diseñadora Gráfica

TABLA DE CONTENIDO

PRÓLOGO 9

INTRODUCCIÓN 10

1. EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD – SOGC 11

¿Qué es el SOGC?
¿Qué es la calidad de la atención en salud?
¿Cuáles son los componentes del SOGC?

2. QUE ES SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN (SUH)? 13

¿Qué es el Sistema Único de Habilitación?
¿Quienes se habilitan?
¿En qué consiste la habilitación?
¿Qué se registra?
¿Cómo se reportan las novedades?
¿Cuál es la estructura de la habilitación?
¿Cuáles son los estándares que maneja el Sistema Único de Habilitación de prestadores de servicios de salud?
¿Cómo se habilitan las entidades administradoras de planes de beneficios?
De Entrada en Operación
De Permanencia
¿Cuales son las condiciones para la habilitación para las EPS del régimen subsidiado?
¿Cuáles son las condiciones de entrada en operación?
¿Cuáles son las condiciones de permanencia?

3.EN QUE CONSISTE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD 31

¿En qué consiste este componente?
¿Cómo está estructurado el componente de auditoria para el mejoramiento?
¿Cuál es la articulación del componente de auditoria para el mejoramiento con los demás componentes del SOGC?
¿Qué es la caja de herramientas del SOGC?

4 ¿QUÉ ES EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD (SUA) **41**

¿Qué es la acreditación en salud?
¿Cuáles son los beneficios de la acreditación?
¿Cómo se prepara una entidad para la acreditación?
¿Cúales son los actores?
¿Cuales son los estándares de acreditación?
¿Qué tipos de equipos de autoevaluación deben confirmarse?
¿Cómo se realiza la autoevaluación?
¿Qué relación existe entre la estrategia de seguridad del paciente y la acreditación?

5. ¿EN QUE CONSISTE EL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD (SIC)? **56**

Los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y sus funciones en el SIC
¿Qué información se reporta?
¿Dónde se encuentra disponible la información de SIC?

6. ¿QÚE ES LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTES? **60**

¿Cuáles son los principios orientadores de la Política de Seguridad del Paciente?
¿Cuáles son los objetivos de la Política de Seguridad del Paciente?
¿Cuál es el modelo conceptual?

ANEXO 1 ..... **66**

ANEXO 2 ..... **75**

PRÓLOGO

Es deseable, desde todo punto de vista, contar cada vez con más y mejores herramientas, para que el quehacer del día a día de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, sea más llevadero, y que esas mejoras continúas sean una realidad, más cercana.

Cada uno de los actores se esfuerza por contribuir a que los usuarios del SGSSS estén cada vez más informados y cuenten con elementos orientadores que les lleven a decidir sobre la entidad que le brinde la mejor atención en salud; es en este sentido que se ha preparado este documento contentivo de las definiciones y todos los aspectos orientadores del Sistema Obligatorio de Garantía Calidad en Salud (SOGC). Esperamos cumpla con el objetivo de dar claridad y explicar de manera sencilla los elementos trazadores de cada uno de los componentes del SOGC.

Finalmente, esta guía aborda cada uno de los componentes del SOGC desde sus aspectos más relevantes, e igualmente brinda la posibilidad de entender de manera muy sencilla las definiciones que en el Sistema encontramos, además de instruir sobre los conceptos básicos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

INTRODUCCIÓN

El propósito del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGC) plantea que el sector salud cuenta con un sistema propio de calidad. Éste se define como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud, para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Este sistema propende por proteger la vida y garantizar la salud de la población, y en él los temas de competitividad entre proveedores se incorporan como incentivos para el mejoramiento de la calidad de la prestación del servicio.

Tal precisión, explica por qué en el sector se utilizan métodos específicos y porqué el Sistema de Calidad en el sector salud está más orientado hacia los resultados de la atención, que hacia la conformidad con unas especificaciones en el proceso, las cuales desde la perspectiva de este constituyen prerrequisitos para la calidad, pero no son su finalidad.

Este documento es un guía básica del SOGC, la cual provee información, a todos los actores del sistema, sobre qué es el sistema, cómo se estructura, cuáles son sus componentes y finalmente, cuáles son las principales características de cada uno de ellos.

1. EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD – SOGC

¿Qué es el SOGC?

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

¿Qué es la calidad de la atención en salud?

El Decreto 1011 de 2006 establece la Calidad de la Atención en Salud como "la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios", para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGC deberá cumplir con las siguientes características:

Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico."

¿Cuáles son los componentes del SOGC?

En el mismo Decreto en mención, se definen como componentes del SOGC para los Prestadores de Servicios de Salud y Entidades Administradoras, los siguientes:

La habilitación, que consiste en una evaluación externa, de carácter gubernamental y obligatoria, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, sin las cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud, cuya vigilancia es de la competencia del Estado, específicamente de las Direcciones Territoriales de Salud.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad, identificada como una herramienta básica de evaluación interna, continua y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoría son obligatorios para las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, cuando actúan como aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.

La acreditación en salud como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las entidades que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

El sistema de información para la calidad, que permitirá estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, así como de los niveles de calidad de los prestadores de servicios de salud, las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada, para que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. ¿QUE ES SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN (SUH)?

El Sistema Único de Habilitación se configura como la puerta de entrada al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

¿Qué es el Sistema Único de Habilitación?

La habilitación se entiende como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa indispensables para la entrada y permanencia en el sistema.

La habilitación busca dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la atención en salud.

La habilitación es de carácter obligatorio para:
1. Prestadores de Servicios de Salud
2. Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y
3. Las redes integradas de Servicios de Salud

¿Quienes se habilitan?

A la fecha, se encuentran vigentes criterios de habilitación para:

Los prestadores de servicios de salud considerados como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud, los Servicios de Transporte Especial de Pacientes y Entidades con Objetos Social diferente a la prestación de servicios de salud, que presten algún servicio de salud, y las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado.

¿En qué consiste la habilitación?

Los Prestadores de Servicios de Salud y las Empresas Promotoras de Salud del

Contributivo y Subsidiado, deberán cumplir, para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación con las siguientes condiciones:
1. Condición de suficiencia patrimonial y financiera
2. Condición de capacidad técnico-administrativa
3. Condición de capacidad tecnológica y científica

HABILITACIÓN DE PRESTADORES

Los prestadores son responsables de la veracidad de la información, de mantener las condiciones declaradas, de permitir la verificación, de renovar la inscripción y de presentar las novedades.

La inscripción, el reporte de novedades y la visita de verificación son gratuitos. La habilitación comprende los procesos de autoevaluación y declaración, registro, verificación y conductas.

En la autoevaluación los prestadores evalúan sus condiciones respecto a los estándares descritos en el anexo técnico N°1 de la Resolución 1043 de 2006.

Existen situaciones particulares como son:
Habilitación a centros de atención de drogadicción y servicios de farmacodependencia o la modalidad de telemedicina se tendrá en cuenta, además, las Resoluciones 1315 y 1448 de 2006 respectivamente. Si el prestador va a utilizar la modalidad de telemedicina adjuntará además lo solicitado en la Resolución 1448 de 2006.

PROCESO PARA LA HABILITACION DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Antes de iniciar la prestación de servicios por primera vez, de reiniciar prestación de servicios, después de un cierre de la totalidad de los servicios por un acto administrativo en firme, o por una novedad de cierre de la totalidad de los servicios por parte del prestador, cuando la inscripción quede inactiva por incumplimiento de actualización de la información, los Prestadores de Servicios de Salud deberán autoevaluarse, como proceso previo a la inscripción en el Registro Especial de Prestadores (REPS).

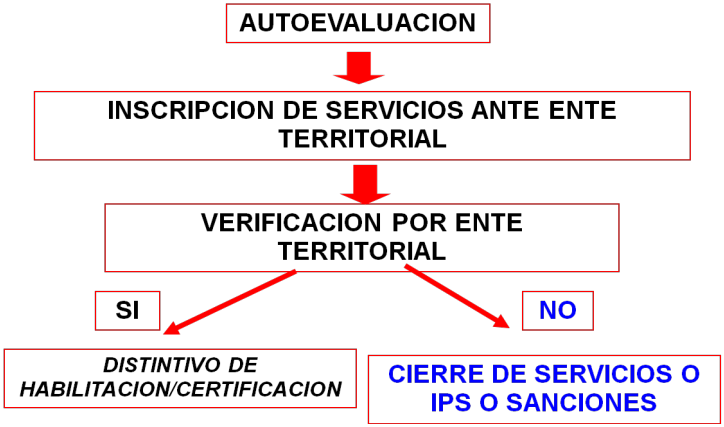
Las IPS nuevas y los servicios nuevos de urgencias, nefrología, diálisis renal, trasplante y cuidado intensivo, requerirán visita previa de condiciones de habi-

litación por parte del ente territorial y para el servicio oncología, la verificación y habilitación se realizarán por parte del Gobierno Nacional.
Una vez se surtan estos pasos, los prestadores presentan los soportes ante la Dirección Departamental o Distrital de Salud si el prestador corresponde a una IPS, entre los soportes, además deberá presentar el PAMEC (Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud) y es conveniente llevarlo en medio magnético para que pueda leerse según el aplicativo desarrollado por el Ministerio para tal fin; la Dirección Departamental o Distrital de Salud entonces le asigna un código y la fecha de radicación del mismo, con lo que se considera inscrito para posteriormente proceder a registrarlo en la base de datos de prestadores de servicios de salud y entregar el distintivo de habilitación.

A partir de la inscripción en el REPS, la Dirección Departamental, o Distrital de Salud inicia una planeación para la realización de la verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación y si el prestador cumple las condiciones de habilitación entonces será certificado, si no las cumple, podrá revocar la habilitación.

La habilitación es de carácter departamental. Por tanto, cuando el prestador de servicios de salud preste sus servicios a través de dos o más sedes en dos o más departamentos (o Distrito) deberá presentar el formulario de inscripción en cada una de las jurisdicciones departamentales (o Distrital) de salud en las cuales presta sus servicios, declarando en cada una una sede como principal.

PROCESO DE HABILITACION - IPS



¿Qué se registra?

Se registran los datos solicitados con relación a la identificación del prestador, ubicación de la sede o sedes donde ofrece sus servicios, capacidad instalada si la tiene y servicios que ofrece o presta de acuerdo con su complejidad, los cuales se clasifican en baja, mediana o alta.

Se registran además los servicios en la modalidad en que se presten. El formulario de inscripción permite habilitar servicios en las siguientes modalidades:

• Intramural: ambulatoria y hospitalaria.

• Extramural: incluye extramural propiamente dicha y unidad móvil, domiciliaria y en telemedicina: centro remisor o institución remisora. En la casilla otros, sólo se registra lo correspondiente a centros de atención en drogadicción, rehabilitación, protección, medicina reproductiva, acondicionamiento físico y estética, sin que sean considerados como modalidad extramural.

En estos últimos, se deberá además registrar en el código correspondiente, el servicio o servicios que se presten en ellos, por ejemplo, si en el centro de atención en drogadicción se presta consulta médica general, consulta de psiquiatría o psicología, ésta deberá marcarse también en consulta externa.

Habilitación de un servicio de salud: Para habilitar un servicio de salud hay que tener en cuenta que un mismo servicio no puede tener doble habilitación y sólo podrá ser habilitado por el prestador responsable de él. La contratación de un servicio exige habilitación.

El prestador que declare un servicio es el responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al servicio que inscribe, independientemente de que para su funcionamiento concurran diferentes organizaciones o personas para aportar en el cumplimiento de los estándares.

¿Cómo se reportan las novedades?

Es el reporte que se hace de la modificación de los datos o servicios señalados en

el formulario de inscripción del REPS, con el propósito de mantenerlo actualizado. Se hace a través de la presentación del reporte de novedades, diligenciando el formulario establecido por el Ministerio de la Protección Social y presentándolo ante la entidad departamental o distrital de salud en su respectiva jurisdicción. El prestador de servicios de salud estará en la obligación de reportar los eventos en el momento en que éstos sucedan.

Se consideran novedades la apertura de servicios, la apertura de una nueva sede, el cambio de domicilio, el cambio de representante legal, el cambio de director o gerente, el cambio de nomenclatura, el cierre del prestador, el cierre de servicio temporal o definitivo, el cierre de una sede, el cierre o apertura de camas, el cierre o apertura de salas, la disolución o liquidación de la entidad o estar adelantando alguno de esos procesos, el cambio de nombre de una de las sedes, que no implique cambio de razón social, la transformación de la institución que no implique cambio de Nit, o creación de una nueva, el cambio de horario de atención, el cierre o apertura de una modalidad de atención, el cambio de sede principal, el cambio de complejidad de servicio o el cierre o apertura de ambulancias.

¿Cuál es la estructura de la habilitación?

La habilitación está conformada por los estándares, que a su vez contiene los criterios de obligatorio cumplimiento para cada uno de los servicios habilitables. El anexo técnico # 2 de la Resolución 1043 de 2006, describe el **ESTANDAR DE HABILITACIÓN** como la declaración que define la expectativa de desempeño, estructura o proceso que son esenciales en una institución o servicio para mejorar la calidad en la atención.

Los principios de los estándares son la fiabilidad, la esencialidad y la sencillez, a su vez, los estándares están dirigidos al control de los principales riesgos, propios de la prestación de servicios de salud, en los cuales el riesgo potencial supere los beneficios esperados.

¿Cuáles son los estándares que maneja el Sistema Único de Habilitación de prestadores de servicios de salud?

Los estándares que contempla el Sistema Único de Habilitación son:

- Recurso Humano
- Infraestructura, Instalaciones Físicas y su Mantenimiento.
- Dotación y Mantenimiento
- Medicamentos, Dispositivos Médicos y su Gestión.
- Historia Clínica y Registros Asistenciales.
- Interdependencia de Servicios
- Procesos Prioritarios Asistenciales
- Referencia y Contrarreferencia y
- Seguimiento a Riesgos.

El anexo técnico N° 2 de la Resolución 1043 de 2006, describe cada estándar y adicionalmente define algunas palabras claves contenidas en los criterios para disminuir la variabilidad en las interpretaciones así:

Estándar de Recurso Humano: contiene las condiciones mínimas para el ejercicio profesional del recurso humano asistencial y la suficiencia de éste recurso para el volumen de atención.

Palabras claves:

- Permanencia o presencialidad: Estancia constante en un mismo servicio, durante el tiempo que se oferte y preste el servicio.

- Disponibilidad: Personal que no está en servicio activo permanente, pero debe responder cuando se solicita por llamada, garantizando oportunidad en la atención.

- Exclusividad: Personal que no puede ser compartido con otros servicios.

- Entrenamiento certificado: Corresponde a la educación informal, es decir las actividades de formación que no requieren ser desarrolladas necesariamente por instituciones educativas; no requieren ser autorizadas, ni implican título profesional expedido por institución educativa autorizada por el Ministerio de Educación. Es válido el entrenamiento impartido por las instituciones de salud mediante programas de educación continuada, con certificación expedida por la misma institución o por las instituciones educativas si hubiese disponibilidad. El entrenamiento certificado no es homologable ni sustituible con experiencia.

- Personal en Entrenamiento: Corresponde al recurso humano que realiza activi-

dades asistenciales pero que aún no ha sido titulado o certificado. Este personal, si bien atiende pacientes, debe realizarlo bajo supervisión de personal legalmente autorizado para el ejercicio profesional. Para este efecto, se debe definir formalmente y difundir entre el personal de la institución, un procedimiento que establezca la supervisión del personal en entrenamiento, conforme al Acuerdo 003 de 2003 del Concejo Nacional para el desarrollo de los recursos humanos o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan. Los profesionales de salud En servicio social obligatorio, no son personal en entrenamiento; son profesionales titulados que cumplen con una obligación legal.

• Auxiliares en las áreas de la salud: Se considera como personal auxiliar en las áreas de la salud los siguientes: Auxiliar en Salud Oral, Auxiliar en Salud Pública, Auxiliar en Enfermería, Auxiliar en Servicios Farmacéuticos y Auxiliar Administrativo en Salud. Su aplicación deberá ajustarse a las denominaciones, perfiles ocupacionales y de formación y en los plazos establecidos en el Decreto 3616 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.

Infraestructura, Instalaciones Físicas y su mantenimiento. Son áreas o características de ellas, que condicionen procesos críticos asistenciales.

Palabras claves:
• Áreas delimitadas: Tiene barreras físicas fijas o móviles entre espacios.

• Áreas Separadas: No tienen necesariamente barreras físicas entre los espacios.

•Disponibilidad: Significa que se cuenta con el recurso mencionado en el servicio, en el momento en que se necesite.

• Exclusivo: No se presta otro servicio de forma simultánea en la misma área.

•Independiente: Espacios separados dentro de un área, que pueden o no tener divisiones para dicha separación.

Dotación y su mantenimiento. Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que condicionen procesos críticos institucionales.

Medicamentos, Dispositivos médicos y su gestión. Es la existencia de procesos, que garanticen el cumplimiento de las condiciones legales para el uso de los

medicamentos y dispositivos médicos (nombre del producto, numero de lote o serie, fecha de vencimiento cuando sea el caso, número de registro sanitario, fabricante y/o importador con domicilio, leyendas especiales tales como estéril usar solo una vez).

*Procesos prioritarios asistenciales.*Es la existencia de procesos de atención primaria, que condicionen directamente el incremento en las principales causas de morbi mortalidad del país.

Palabras claves:
• Proceso en salud: Es el conjunto de actividades que se realizan a una persona o un insumo biológico específico, con el fin de transformarlo, obteniendo como resultado un servicio o un producto.

• Procedimiento en Salud: es la actividad que hace parte de un proceso y ayuda en la realización o generación del servicio o producto.

• Guía clínica de atención: es el conjunto de recomendaciones sobre promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o rehabilitación de una patología o problemática de salud específica. Esta debe contener como mínimo objetivos, población objeto, alcance, recomendaciones y algoritmos de manejo y su metodología de realización debe ser explícita y con actualizaciones periódicas no mayores a 5 años, debe permitir flexibilidad y adaptación a las individualidades del paciente. Las guías deben tener, mecanismos de difusión registrados, mecanismos de capacitación, mecanismos de evaluación mecanismos de retroalimentación, y deben estar basadas en la evidencia.

• Protocolo: es el conjunto de normas y actividades a realizar dentro de un servicio o programa, frente a una situación específica dentro de la institución y su ejecución debe ser de carácter obligatorio. Obviamente en las instituciones sólo se exigirá las guías y protocolos de los procedimientos que realicen.

Historia Clínica y registros clínicos. Es la existencia y cumplimiento de procesos, que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de manejo.

Interdependencia de servicios. Es la existencia y disponibilidad de servicios necesarios para el funcionamiento de otros servicios y el adecuado flujo de pacientes

entre ellos.

Palabras claves:
• Dispone: Es la existencia obligatoria de un servicio dentro de la IPS, que debe funcionar 24 horas, sin importar si el servicio es propio o contratado.

• Disponibilidad: Es la posibilidad de tener o contratar un servicio, que puede funcionar o no, por fuera de la IPS.

Los servicios o productos de apoyo asistencial o administrativo, podrán ser dependientes o independientes del prestador que ofrece el servicio principal declarado. En caso de ser independiente, debe mediar un contrato explícito y documentado entre las dos instituciones y un acuerdo explícito interinstitucional de los servicios o productos en los que el servicio de apoyo soporta el servicio principal declarado y los procedimientos para la atención de los pacientes y los tiempos de obtención de los productos.

El servicio de apoyo Diagnóstico y/o Terapéutico podrá estar localizado dentro o fuera de las instalaciones del prestador que ofrece el servicio principal declarado, salvo que la tabla de detalle por servicios del presente estándar especifique lo contrario.

Referencia de pacientes. Es la existencia y cumplimiento de procesos de remisión interinstitucional de pacientes, que condicionen directamente incremento en la morbimortalidad.

Seguimiento a riesgos. Es la existencia de procesos de control y seguimiento a los principales riesgos de cada uno de los servicios que se ofrezca.

• **Mortalidad General Hospitalaria**: Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de la mortalidad de los pacientes en servicios hospitalarios.

• **Mortalidad Materna**: Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de las muertes maternas. La institución puede realizar la caracterización mediante análisis de los perfiles de mortalidad materna, análisis de las tendencias generales específicas de mortalidad, análisis causales, análisis de mortalidad evitable entre otros.

• **Mortalidad Perinatal**: Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de las muertes fetales y del recién nacido que ocurre entre las 22 semanas de gestación y los 7 días después del nacimiento.

• **Mortalidad Quirúrgica**: Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de la mortalidad de los pacientes en cirugía programada. La institución puede realizar la caracterización mediante análisis de los perfiles de mortalidad, análisis de las tendencias generales específicas de mortalidad, análisis causales, análisis de mortalidad evitable entre otros.

• **Mortalidad en Urgencias**: Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de la mortalidad de los pacientes en el servicio de urgencias.

• **Infecciones Intrahospitalarias**: Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de las infecciones de los pacientes en servicios hospitalarios. La institución puede realizar la caracterización mediante análisis para servicios, por germen, por tipos de procedimiento, por tiempos de estancia entre otros.

• **Infecciones Quirúrgicas**: Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de las infecciones de los pacientes en servicios quirúrgicos. La institución puede realizar la caracterización mediante análisis para cada servicio, por germen, por tipos de procedimiento, por tiempos de estancia entre otros.

• **Complicaciones Quirúrgicas Inmediatas**: Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de las complicaciones de los pacientes quirúrgicos. La institución puede realizar la caracterización mediante análisis de los perfiles por causa, por tipo de complicaciones, por severidad, por tiempo (intraoperatorio, postoperatorio inmediato, mediato).

• **Complicaciones Anestésicas**: Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de las complicaciones anestésicas de los pacientes en servicios quirúrgicos. La institución puede realizar la caracterización mediante análisis por causa, por tipo de complicación, por turnos, por tipo de procedimiento, por tiempo de anestesia, por severidad entre otros.

• **Complicaciones Terapéuticas**: Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de las complicaciones terapéuticas de los pacientes en servicios ambulatorios y hospitalarios. La institución puede realizar la caracterización mediante análisis de las complicaciones por tipo de procedimiento, por servicio, por severidad, por tipo de complicación, entre otros. En ausencia de otros análisis, como mínimo debe realizar el análisis de la tasa de complicaciones terapéuticas medicamentosas y transfusionales que se describen a continuación:

o Complicaciones Medicamentosas: Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de las complicaciones por administración de medicamentos a los pacientes en servicios hospitalarios.

o Complicaciones Transfusionales: Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de las complicaciones transfusionales de los pacientes en servicios hospitalarios. La institución puede realizar la caracterización mediante análisis de severidad, tipo de hemoderivado, tipo de complicación entre otros.

• **Promoción y prevención**: Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para el seguimiento de los indicadores de notificación obligatoria.

Cada uno de éstos estándares contiene criterios de obligatorio cumplimiento genéricos y particulares para cada servicio habilitable, los cuales se encuentran en el anexo técnico # 1 de la Resolución 1043 de 2006.

GLOSARIO

• **Evento Adverso**: Daño no intencional causado al paciente como un resultado clínico no esperado durante el cuidado asistencial y puede o no estar asociado a error.

• **Complicación**: Resultado clínico adverso de probable aparición es inherente a las condiciones propias del paciente y/o de su enfermedad.

• **Error Asistencial**: Falla humana de cualquier integrante del equipo de salud que hace parte del proceso asistencial y que lleva a la ocurrencia de en evento adverso, puede generarse desde la planeación de la atención bien sea por acción

y/o por omisión.

• **Evento Centinela**: Es un evento adverso grave que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria, algún tipo de incapacidad transitoria o permanente o la muerte y que requiere de intervención organizacional inmediata para evitar su recurrencia.

• **Práctica Segura:** Intervención tecnológica y científica o administrativa en el proceso asistencial en salud con resultado clínico exitoso, que minimiza la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.

• **Incidente**: Falla en el proceso asistencial que no alcanza a causar un evento adverso o complicación.

• **Riesgo Asistencial**: Factor que puede o no estar asociado a la atención en salud, que aumenta la probabilidad de obtener un resultado clínico no deseable.

• **Seguridad**: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

¿Cómo se habilitan las entidades administradoras de planes de beneficios?

Para garantizar la administración del riesgo en salud de sus afiliados y la organización de la prestación de los servicios de salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EAPB, deben dar cumplimiento a las siguientes condiciones:

De Entrada en Operación: Necesarias para determinar la idoneidad de las EAPB para la administración del riesgo en salud de sus afiliados.

De Permanencia: Necesarias para que el funcionamiento idóneo de las EAPB en desarrollo de su objeto social se mantenga y ajuste a las condiciones de seguridad esperadas para el afiliado durante su ejercicio, estando en condición de demostrarlas en cualquier momento. El cumplimiento de las condiciones de permanencia se deberá demostrar y mantener durante todo el tiempo de operación. Para su permanencia debían acreditar como mínimo un número de 300.000 personas afiliadas antes del primero de abril de 2005 y 400.000 antes del primero de abril de 2006. Las entidades deben acreditar un número mínimo 400.000 afiliados, sin lugar a excepción, vencido el segundo año de operación; para este evento deberán dar cumplimiento a los requisitos financieros y de seguros que establezca la Superintendencia Nacional de Salud, que garanticen el cumplimiento del número mínimo de afiliados a los dos años de operación.

De esta exigencia se excluyeron a las Cajas de Compensación Familiar, cuando afilien como límite los usuarios que les corresponda en función a los recursos propios que administran directamente en cumplimiento de lo establecido en el artículo 217 de la Ley 100 de 1993. Cuando la Caja de Compensación Familiar administre como EPS –S recursos distintos a los anteriormente señalados no podrá tener menos de doscientos mil (200.000) afiliados.

El número mínimo de afiliados con los que podrán operar las EPS-S Indígenas, será concertado entre el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y los pueblos Indígenas teniendo en cuenta sus especiales condiciones de ubicación geográfica y número de habitantes indígenas en la región, de los cuales por lo menos el 60% deberá pertenecer a pueblos indígenas tradicionalmente reconocidos.

¿Cuales son las condiciones para la habilitación para las EPS del régimen subsidiado?

Las condiciones de entrada y de permanencia considerados como mínimos por el Ministerio de la Protección Social para alcanzar y mantener la habilitación de las EPSs, incluyen:

a. **CONDICIONES DE CAPACIDAD TÉCNICO - ADMINISTRATIVA**. Es el conjunto de requisitos establecidos por el Ministerio de la Protección Social, relacionados con la organización administrativa y sistema de información de la respectiva entidad, así como los procesos para el cumplimiento de sus responsabilidades en mercadeo, información y educación al usuario, afiliación y registro en cada área geográfica.

b. **CONDICIONES DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA**. Son los requisitos establecidos para acreditar la capacidad financiera necesaria para garantizar la operación y permanencia de las EPS.

c. **CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA**. Son aquellos requisitos asociados con la administración del riesgo en salud, la organización de la red de prestadores de servicios y la prestación de los planes de beneficios para sus afiliados en cada una de las áreas geográficas.

¿Cuáles son las condiciones de entrada en operación?

CAPACIDAD TÉCNICO-ADMINISTRATIVA. Las condiciones de capacidad técnico-administrativa, deberán tener en cuenta, como mínimo, las siguientes:

• La estructura organizacional en la cual se identifiquen con claridad las áreas que tienen bajo su responsabilidad, los procesos mediante los cuales se cumplen las funciones de afiliación, registro y carnetización, organización, contratación del aseguramiento y prestación de los servicios del plan de beneficios en condiciones de calidad, administración del riesgo y defensa de los derechos del usuario por cada área geográfica.

• El diseño, diagramación, documentación y aprobación de los manuales de pro-

cesos y procedimientos para la afiliación y registro de los afiliados; la verificación de las condiciones socioeconómicas de sus afiliados; la promoción de la afiliación al Sistema, el suministro de información y educación a sus afiliados; la evaluación de la calidad del aseguramiento; la autorización y pago de servicios de salud a través de la red de prestadores; y, la atención de reclamaciones y sugerencias de los afiliados.

• El diseño y plan operativo para la puesta en funcionamiento de un sistema de información que demuestre la confiabilidad y seguridad del registro, captura, transmisión, validación, consolidación, reporte y análisis de los datos como mínimo sobre los afiliados, incluidos procedimientos de verificación de multiafiliados; los recursos recibidos por concepto de la unidad de pago por capitación; la red de prestadores de servicios de salud; la prestación de servicios; la administración del riesgo en salud; el sistema de calidad; y, la información financiera y contable.

• El diseño, diagramación, documentación y aprobación de los manuales del sistema de garantía de calidad de los procesos técnico-administrativos y de aseguramiento.

• El sistema de comunicación y atención eficiente para que los usuarios conozcan el valor de los pagos moderadores y demás pagos compartidos.

CAPACIDAD FINANCIERA: De conformidad con lo previsto en el artículo 180 de la Ley 100 de 1993, las condiciones de capacidad financiera deberán tener en cuenta el margen de solvencia y el capital o fondo social mínimo que, de acuerdo con la naturaleza jurídica de la entidad, garantice la viabilidad económica y financiera de la entidad según lo establecido en las disposiciones vigentes y lo que establezca el Ministerio de la Protección Social en proporción al número de afiliados y la constitución de una cuenta independiente de sus rentas y bienes para la administración de los recursos del régimen subsidiado, según el caso.

Para estos efectos, el margen de solvencia es la liquidez que deben tener las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, EPS-S para responder en forma adecuada y oportuna por sus obligaciones con terceros, sean estos proveedores de bienes o prestadores de servicios de salud o los usuarios. Se entiende por liquidez la capacidad de pago que tienen las Entidades Promotoras

de Salud del Régimen Subsidiado para cancelar, en un término no superior a 30 días calendario, a partir de la fecha establecida para el pago, las cuentas de los proveedores de bienes o prestadores de servicios de salud o usuarios, conforme a los parámetros que señale la Superintendencia Nacional de Salud.

CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA. Las condiciones en materia de capacidad tecnológica y científica, deberán tener en cuenta, como mínimo, las siguientes:

• El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos para la planeación y prestación de los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

• La conformación de la red de prestadores, con servicios habilitados directamente por el operador primario en la región, adecuada para operar en condiciones de calidad.

• El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos de selección de prestadores, así como de los mecanismos y procedimientos de contratación y de pago a los mismos que procuren el equilibrio contractual, y garanticen la calidad y el acceso a los servicios.

• El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos de referencia y contrarreferencia de pacientes.

• El diseño, documentación y aprobación de los manuales del sistema de garantía de calidad en la prestación de los servicios incluidos en el plan de beneficios.

• Los instrumentos, procesos y procedimientos para la evaluación y seguimiento de los indicadores y las variables que alimentan la Nota Técnica del plan de beneficios.

¿Cuáles son las condiciones de permanencia?

CONDICIONES DE CAPACIDAD TÉCNICO-ADMINISTRATIVA. Para su permanencia, en cada una de las áreas geográficas, respecto de las cuales estén habilitadas para operar, las EPS-S deberán demostrar, como mínimo, las siguientes condiciones técnico-administrativas:

• La implementación, ejecución, cumplimiento y actualización permanente de las condiciones técnico - administrativas de operación.

• La entrega en forma oportuna, veraz y consistente, de los reportes de información requerida por el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

• La implementación y funcionamiento de los procesos y procedimientos que garanticen el cumplimiento de las condiciones contractuales y los pagos acordados con los prestadores.

• El cumplimiento del número mínimo de afiliados exigidos para la operación como entidades administradoras del régimen subsidiado.

• La puesta en funcionamiento de los mecanismos que permitan la participación e intervención de la comunidad afiliada en la gestión de servicios de salud y, la protección y defensa de los usuarios afiliados a la entidad.

CONDICIONES DE CAPACIDAD FINANCIERA. Para su permanencia, las Entidades deberán demostrar las condiciones financieras que dieron lugar a la habilitación para operar, mediante el cumplimiento, como mínimo, de las siguientes obligaciones:
• Presentar dentro de los términos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud los estados financieros debidamente certificados y dictaminados por el revisor fiscal y de conformidad con el Plan Único de Cuentas definido por la Superintendencia Nacional de Salud.

• Acreditar el monto de patrimonio mínimo previsto en las disposiciones legales correspondientes a la naturaleza jurídica de cada entidad, con la periodicidad que para tal efecto establezca la Superintendencia Nacional de Salud.

• Acreditar y mantener el margen de solvencia, conforme a las disposiciones vigentes.

• Acreditar el cumplimiento de las disposiciones relativas a las reservas, provisiones y operaciones financieras y de inversiones, contempladas en las normas vigentes.

La Superintendencia Nacional de Salud podrá establecer provisiones y reservas especiales cuando las condiciones de la entidad o del Sistema lo requiera.
CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA. Las Entidades deberán demostrar para su permanencia en cada una de las áreas geográficas en las cuales está habilitada para operar, como mínimo, las siguientes condiciones:

• La implementación y mantenimiento de la capacidad tecnológica y científica, acreditada para efectos de su operación.

• El cumplimiento de las metas de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública incluidas en el plan de beneficios.

• La implementación y funcionamiento de los procesos y procedimientos para la administración del riesgo en salud de sus afiliados.

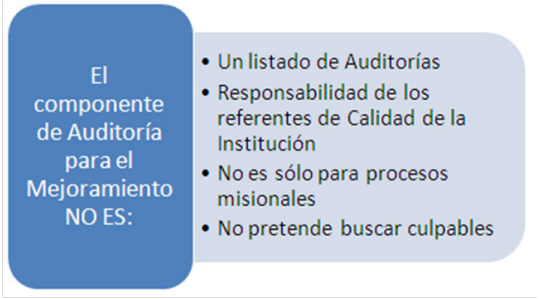
• La operación y adecuación de la red de prestadores de servicios y del sistema de referencia y contrarreferencia, acorde con el perfil sociodemográfico y epidemiológico de los afiliados, que garantice la suficiencia, integralidad, continuidad, accesibilidad y oportunidad.

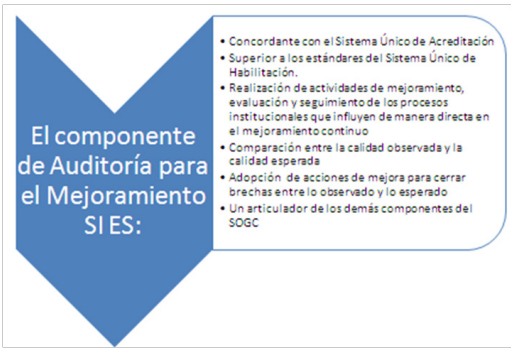
• La implementación del sistema de garantía de calidad en la prestación de los servicios incluidos en el plan de beneficios.

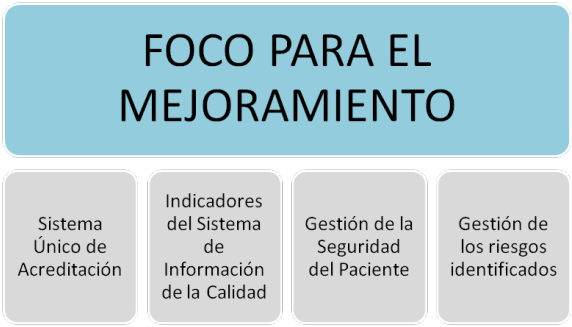
3. ¿ EN QUE CONSISTE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD?

¿En qué consiste este componente?

La auditoría se define como un componente de mejoramiento continuo en nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, entendida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad "concordante con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superior a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación"







¿Cómo está estructurado el componente de auditoria para el mejoramiento?

A través del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) se operativiza éste componente, siguiendo la ruta crítica para el así:

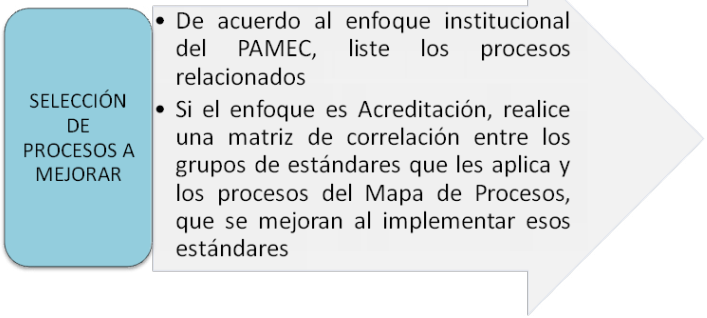


Figura 6. Ruta crítica para el desarrollo de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

PRIMER PASO AUTOEVALUACIÓN

- Revise, de acuerdo al enfoque institucional del PAMEC, el resultado alcanzado
- Revise el resultado de las auditorías Internas relacionadas
- Revise el resultado de las Auditorías externas relacionadas
- Revise el resultado de los Comités Institucionales relacionados de acuerdo al cumplimiento de sus planes de acción
- Revise los resultados de los indicadores reglamentarios y los institucionales relacionados
- Revise los resultados de la escucha de la voz del cliente

SEGUNDO PASO SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR



TERCER PASO: PRIORIZACION DE PROCESOS A MEJORAR:

La priorización de procesos permite a la entidad focalizarse en los procesos más críticos para lograr las mejoras más inmediatas.

Si el enfoque del PAMEC es el Sistema Único de Acreditación priorice así:
- Recuerde los procesos asociados a los grupos de estándares de Acreditación que trabajó en la matriz de correlación realizada anteriormente.

• Priorice las oportunidades de mejora que obtuvo en la autoevaluación con estándares de Acreditación.
• Asocie a cada proceso, las oportunidades de mejora priorizadas
Priorice cada oportunidad de mejora de la autoevaluación preguntando con qué intensidad (de 1 a 5) cada oportunidad de mejora cumple una de las variables siguientes:



Riesgo: Riesgo al que se expone el usuario y/o la institución y/o los clientes internos si no se lleva a cabo el mejoramiento



Costo: Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento.



Volumen: Alcance del mejoramiento / cobertura

Si el enfoque del PAMEC son los indicadores del sistema de calidad, la gestión de seguridad de pacientes o la gestión del riesgo priorice apoyándose en la matriz de factores de éxito que se muestra a continuación:

MATRIZ DE PRIORIZACIÓN PARA PLANEACIÓN

	Factor Crítico de Éxito 1	Factor Crítico de Éxito 2	Factor Crítico de Éxito 3	Factor Crítico de Éxito 4...	Total
Proceso 1					
Proceso 2					
Proceso 3					
Proceso 4					
Proceso 5					
Proceso 6....					

Los factores críticos de éxito son entendidos como aquellos aspectos que si todos los miembros de la institución contribuyen a cumplir, permitirán el logro de los objetivos y metas institucionales. Pueden ser:

- Sostenibilidad financiera (resaltando los costos de la no calidad).
- Rentabilidad social.
- Satisfacción del cliente externo.
- Satisfacción del cliente interno.

CUARTO PASO: DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA:

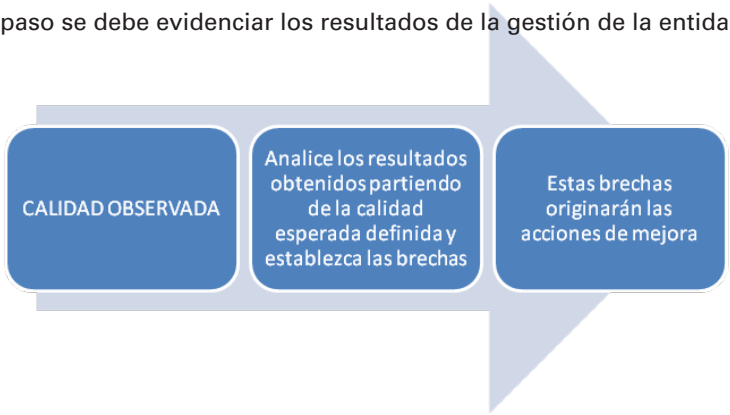
La institución debe tener definida explícitamente los resultados esperados para lo siguiente:

CALIDAD ESPERADA

- Cumplimiento de los estándares del Sistema Único de Acreditación
- Cumplimiento de las metas de los Indicadores corporativos y de proceso
- Gestión esperada de los Comités institucionales
- Resultados esperados de las auditorías Internas y externas
- Resultados esperados en la escucha de la voz del cliente

QUINTO PASO: MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS – IDENTIFICACIÓN DE LA CALIDAD OBSERVADA:

En éste paso se debe evidenciar los resultados de la gestión de la entidad así:



PASO SEXTO, SEPTIMO Y OCTAVO: FORMULACIÓN, IMPLEMENTACION Y SEGUIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO:

La garantía del mejoramiento continuo se logra con el cumplimiento de los pasos 6, 7 y 8,

FORMULACION DE PLANES DE MEJORAMIENTO

- Formule planes de mejora con enfoque en cada uno de los procesos priorizados.
- Si el enfoque del PAMEC es la Acreditación, formule planes de mejora para cada grupo de estándares correlacionándolos con los procesos que se mejoran (Matriz de Correlación).
- Los líderes de procesos son los dueños del plan de mejora .

IMPLEMENTACION DE PLANES DE MEJORA

• Asegúrese que cada plan de mejora tenga un responsable
• Cada plan de mejora debe tener un cronograma cumplible
• Convierta sus planes de mejora en una gestión sistemática y continua.

SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORA

• Los planes de mejora deben tener seguimiento periódico que involucre el nivel del autocontrol y de auditoría interna
• Es recomendable tener semaforizado el cumplimiento de las acciones de mejora de acuerdo al cronograma asignado
• Asigne indicadores de impacto al plan de mejora que pueden ser los indicadores del proceso que mejora

SEGUIMIENTO DEL MEJORAMIENTO

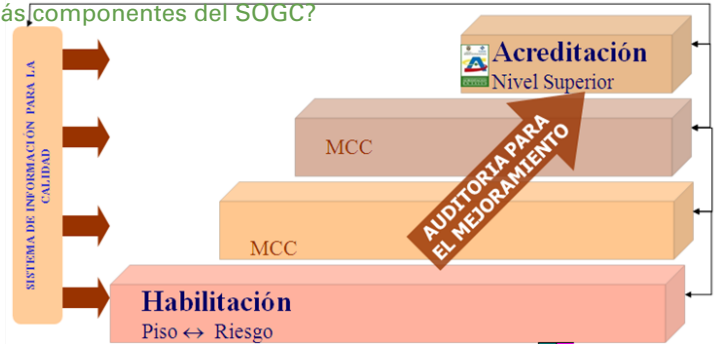
• Programe las auditorías institucionales para evaluar el progreso institucional o para detectar oportunidades de mejora
• Oriente las auditorías a lo que se requiere verificar en el proceso de mejoramiento continuo

NOVENO PASO: APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

El aprendizaje organizacional hace relación a la toma de decisiones definitivas, elabora estándares con los cuales se pueda hacer un control periódico y un seguimiento permanente, para prevenir que se produzca nuevamente una brecha entre la calidad esperada y la observada.



¿Cuál es la articulación del componente de auditoria para el mejoramiento con los demás componentes del SOGC?



Tal como se observa en la gráfica, el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad parte del cumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación e incorpora la información de los indicadores del sistema de información para la calidad con el objeto de ir verificando la implementación de las condiciones de calidad, que paso a paso, puede llevar a alcanzar los estándares del sistema único de acreditación.

La AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD es la herramienta para Identificar las brechas entre la calidad esperada y la observada , a través de la verificación del continuo de la atención clínico – administrativa del paciente y su familia con el fin de promover la realización de acciones de mejoramiento que busquen mejorar, mantener o incrementar la calidad de la prestación de los servicios de salud

¿Qué es la caja de herramientas del SOGC?

Con el fin de contribuir con el mejoramiento continuo en la prestación y administración de servicios de salud, el Ministerio de la Protección Social dispone de una CAJA DE HERRAMIENTAS DEL SOGC que es la recopilación de metodologías e instrumentos puestos a disposición de las IPS y sus colaboradores, la cual está

ubicada en la página web del Ministerio, www.minproteccionsocial.gov.co

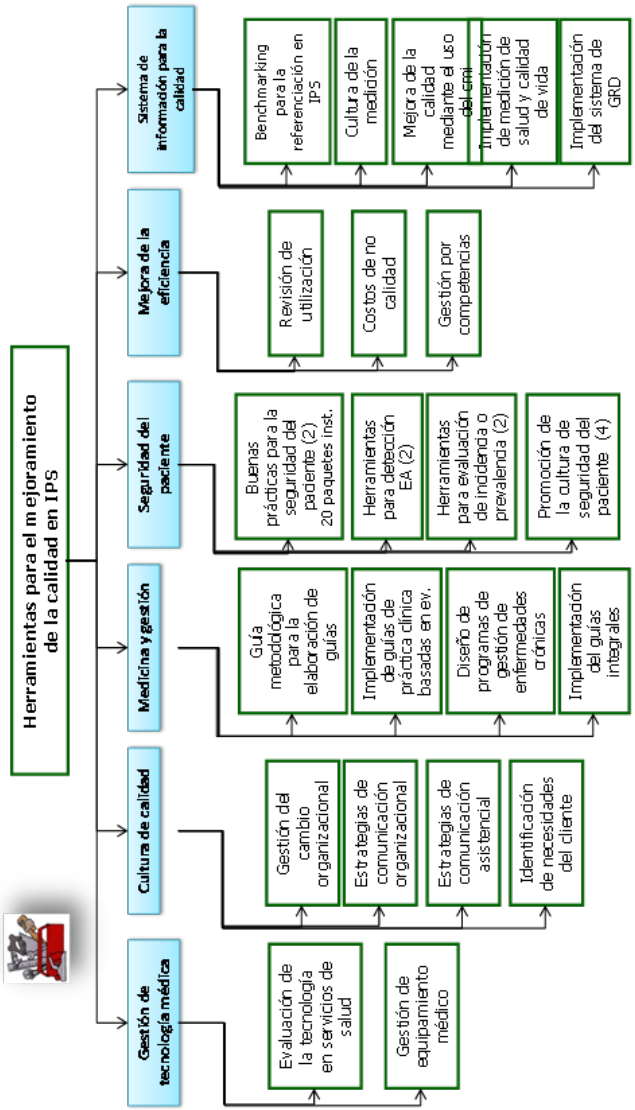
CARACTERISTICAS DE LA CAJA DE HERRAMIENTAS

- Estar a disposición de las IPS y de todos los actores.
- Ser un modelo de auto aprendizaje y autogestión para la implementación de las herramientas.
- Estar apoyada en tecnologías virtuales.
- Contener instrumentos pedagógicos prácticos.
- Fundamentarse en mejores prácticas nacionales y/o internacionales

La Caja de herramientas está compuesta de seis secciones:



El acceso de la caja de Herramientas se realiza por la página Web del Ministerio: www.minproteccionsocial.gov.co, ingresar al observatorio de calidad y al link de Caja de Herramientas


Herramientas para el mejoramiento de la calidad en IPS
Gestión de tecnología médica
Evaluación de la tecnología en servicios de salud
Gestión de equipamiento médico
Cultura de calidad
Gestión del cambio organizacional
Estrategias de comunicación organizacional
Estrategias de comunicación asistencial
Identificación de necesidades del cliente
Medicina y gestión
Guía metodológica para la elaboración de guías
Implementación de guías de práctica clínica basadas en ev.
Diseño de programas de gestión de enfermedades crónicas
Implementación del guías integrales
Seguridad del paciente
Buenas prácticas para la seguridad del paciente (2) 20 paquetes inst.
Herramientas para detección EA (2)
Herramientas para evaluación de incidencia o prevalencia (2)
Promoción de la cultura de seguridad del paciente (4)
Mejora de la eficiencia
Revisión de utilización
Costos de no calidad
Gestión por competencias
Sistema de información para la calidad
Benchmarking para la referenciación en IPS
Cultura de la medición
Mejora de la calidad mediante el uso del cmi
Implementación de medición de salud y calidad de vida
Implementación del sistema de GRD

4. ¿QUÉ ES EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD (SUA)?

¿Qué es la acreditación en salud?

Es una estrategia para ser utilizada por aquellas entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, que voluntariamente quieran demostrar el cumplimiento de niveles superiores de calidad, a través de una herramienta de gestión gerencial que impacta de manera notable la resolución de muchos de sus problemas críticos.

El Sistema Único de Acreditación es una estrategia y una metodología de mejoramiento continuo de la calidad específica para las entidades de salud, de larga trayectoria y desarrollo conceptual y metodológico a escala mundial y de probada efectividad.

En nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, establecido mediante el Decreto 1011 de 2006, la acreditación en salud está planteada como uno de los componentes para obtener el objetivo del mejoramiento continuo de la calidad; consecuentemente, para que una entidad pueda aplicar ante el ente acreditador para optar al otorgamiento del título de "acreditado en salud" debe estar previamente habilitada, verificado su cumplimiento por el ente correspondiente y no estar sujeta a ninguna sanción en el último año, como mínimo.

En el mundo esta metodología aparece por primera vez a comienzos del siglo XX cuando Ernest A. Codman propone el "Standard Mínimo", base del primer programa de estandarización hospitales (1918), muchas décadas antes de que se propusieran estrategias similares (convergentes) en el modelo industrial. Durante este tiempo la metodología se ha refinado y madurado llegando a las técnicas modernas actuales de acreditación basadas en los conceptos y métodos del mejoramiento continuo de la calidad, que miran a la organización de manera integral, enfocan la estrategia de mejoramiento en la búsqueda de resultados centrados en el cliente.

El desarrollo del proceso en nuestro país incluyó la revisión de experiencias internacionales y de los diferentes modelos aplicados en algunos países, lo cual

posibilitó incorporar en el diseño del sistema algunos de los elementos que caracterizan las más avanzadas experiencias de calidad en el mundo. Nuestro modelo además incorpora algunas características muy propias nuestras como:

1. Es operado por un ente acreditador único el cual lidera el sistema en ejercicio de una concesión del Estado, implementando las políticas de calidad del país y bajo la supervisión del concedente, en este caso el Ministerio de la Protección Social.

2. La acreditación se encuentra completamente integrada en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Este modelo nos garantizará procesos únicos, eficientes y transparentes para la etapa de evaluación y otorgamiento del Certificado de Acreditación en Salud y le brindarán al sistema una imagen de credibilidad, solidez y transparencia que han demostrado ser claves en el desarrollo de la estrategia.

3. En el caso específico de ICONTEC, sus funciones como ente acreditador mientras dure la concesión otorgada por el Estado están claramente diferenciadas y funcionan independientemente de su rol como ente certificador, normalizador o institución educativa.

Lo anterior significa que si una institución eventualmente ha sido certificada en un proceso ISO, el hecho de que ICONTEC sea su ente certificador o no, no le brinda ninguna posición preferencial para ser acreditado en salud. Igualmente, en el caso de las actividades educativas, haber recibido capacitación por parte del área educativa de ICONTEC tampoco le brinda ninguna ventaja adicional en el proceso de obtención del certificado de acreditado en salud.

El sistema de acreditación se constituye en una oportunidad para que las entidades sean competitivas en el plano internacional, dado que nuestro modelo de acreditación cuenta con el reconocimiento de ISQua , la Sociedad Internacional de Calidad en Salud y su Federación Internacional a nuestro ente acreditador, encontrándose en proceso la estandarización internacional de nuestros estándares, de esta forma se continúa incrementando la competitividad de nuestras entidades para la exportación de servicios de salud.

Asimismo, el sistema incorpora incentivos de prestigio que generan competencia entre las entidades para ofrecer mejores servicios, lo cual redundará directa-

mente en beneficio de los usuarios, quienes tendrán la opción de escoger entre aquellas instituciones que presenten más altos estándares de calidad.

¿Cuáles son los beneficios de la Acreditación?

Institucionalmente cuando una entidad desarrolla procesos de mejoramiento que apuntan a lograr el cumplimiento de los estándares de acreditación obtienen resultados que justifican con creces los recursos que destine a ello, impactando en:

- La atención de los usuarios con el pleno cumplimiento de sus derechos y haciendo exigible el cumplimiento de sus deberes.
- Incremento en la efectividad clínica de los servicios que se presten.
- Disminución en el riesgo al paciente.
- Incremento de la eficiencia en la utilización de los recursos institucionales y en el SGSSS.
- Incremento en la satisfacción de los usuarios en términos de sus percepciones y sus expectativas.
- Incremento en la satisfacción de los equipos de salud.
- Todo lo anterior impacta claramente en la contención de costos de no calidad y genera una tasa de retorno.

Por lo tanto, el alcance de esta estrategia va más allá de las instituciones de excelencia con que cuenta nuestro país y aplica a la totalidad de las entidades del sector, representando una estrategia de mejoramiento del sistema en su conjunto. Los estándares de acreditación representan la concreción en la operación de la política de calidad del sistema de seguridad social en salud y los estándares definen el modelo de excelencia y óptimo rendimiento hacia el cual se debe mover la atención en salud en Colombia.

En concordancia, es importante comprender que la acreditación en salud es uno de los componentes del sistema, que se articula con los otros para garantizar la calidad de la atención en salud y proveer servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles para lograr la adhesión y satisfacción del usuario, bajo el control y tutela del Ministerio de la Protección Social. Los estándares de todo el sistema han sido ajustados de manera progresiva de tal forma que, poco a poco, el país incremente el nivel global de la calidad en los servicios de salud.

¿Cómo se prepara una entidad para la Acreditación?



La acreditación es una estrategia de mejoramiento y no debe confundirse con la consecución del certificado de acreditación, el cual sólo es la forma donde se operacionaliza el incentivo de prestigio. En consecuencia, los estándares de acreditación son aplicables a cualquier entidad, independientemente de su estado de desarrollo. Por esa razón hablamos de dos ciclos operacionales durante la ejecución de las acciones que la institución despliega en desarrollo de la estrategia de mejoramiento hacia el logro de niveles superiores de calidad.

Este es un planteamiento descriptivo acerca de cómo la organización operativiza su estrategia de mejoramiento y, por lo tanto, no hace referencia a la conceptualización de la acreditación, la cual conceptualmente es solamente una.

Ciclo de preparación para la acreditación o ciclo de autoevaluación y mejoramiento:
El ciclo se inicia con la decisión firme y sincera de la alta dirección de desarrollar un proceso de mejoramiento continuo que forje la cultura de calidad en la organización.

Implica analizar y estudiar cada uno de los estándares y comparar contra ellos el desempeño organizacional, evaluándolo tanto en su enfoque como en su implementación y en sus resultados. El proceso de análisis de los diferentes grupos de estándares incluye la comparación de la realidad institucional con dichos estándares, la definición de brechas de cumplimiento, el desarrollo de acciones de mejoramiento y la realización de autoevaluaciones formales. La organización realizara tantos ciclos de mejoramiento como sean necesarios hasta lograr niveles de desempeño superiores, antes de pasar al ciclo de aplicación.

El ciclo de preparación también incluye la autoevaluación del cumplimiento de los requisitos de presentación, los cuales son determinados por el ente acreditador y el Ministerio de la Protección Social. En la página www.acreditacionensalug.org.co se encuentran publicados los requisitos y documentos necesarios para la presentación.



Ruta crítica o ciclo de aplicación:

Inicia cuando la institución toma la decisión de aplicar al proceso formal de acreditación y su evaluación interna le indica que ha alcanzado un nivel de cumplimiento de los estándares que le permiten estimar una probabilidad razonable de "pasar" la evaluación por parte del ente acreditador y cumple con los prerrequisitos o también denominados "requisitos de entrada" para aplicar formalmente. Si el ciclo de preparación para la aplicación a la acreditación se ha desarrollado

correctamente es de esperarse que la ruta crítica termine en el otorgamiento de la acreditación.



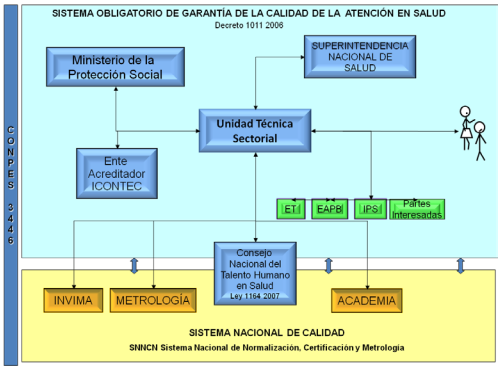
No obstante, existe la posibilidad de que la institución no "pase" la evaluación por parte del ente acreditador, en cuyo caso se le abren dos opciones:

- Iniciar de inmediato nuevas acciones de mejoramiento que le permitan corregir las deficiencias existentes y de nuevo volver a aplicar, o
- Apelar la decisión de acreditación, si en su concepto considera que tiene argumentos suficientes para demostrar ante el ente acreditador el cumplimiento.

En resumen, la acreditación es una importante estrategia de gestión de la calidad que si se implementa correctamente puede transformar el panorama de la prestación de servicios de salud en nuestro país, y se recomienda para la totalidad de instituciones cobijadas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, independientemente de su estado de desarrollo o de la duración del período estimado para alcanzar el nivel mínimo de desempeño necesario para aplicar exitosamente ante el ente acreditador.

¿Cúales son los actores del SUA?

El Sistema Único de Acreditación confluyen los actores del SOGC, relacionados de la siguiente forma:



La gráfica anterior da contexto a la articulación del Sistema Nacional de Calidad y el Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad.

ENTE ACREDITADOR El Sistema Único de Acreditación estará liderado por una única entidad acreditadora, seleccionada por el Ministerio de la Protección Social de conformidad con lo estipulado en las normas que rigen la contratación pública, quien será la responsable de conferir o negar la acreditación .

JUNTA DE ACREDITACIÓN es la máxima instancia en el proceso de otorgamiento de la "Acreditación en Salud" y los análisis que se realicen en ella, dadas las altas cualidades de sus integrantes, son garantía de que el certificado otorgado está alineado con la intencionalidad de la acreditación.

La Junta de Acreditación deberá renovarse cada dos años en el 50% de sus miembros, los cuales podrán ser reelegidos. Todas las decisiones que la Junta tome, tanto las que coincidan con las puntuaciones de la tabla de decisiones de otorgamiento de la acreditación, como las que asuma en ejercicio de la discrecionalidad que le permiten las reglas de decisión, deben estar debidamente sustentadas, consignadas en las actas de las reuniones realizadas y son susceptibles

de ser llevadas al Comité o Junta de Apelaciones.

UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD es una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud, autorizada por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

Los estándares de calidad propuestos por esta Unidad se considerarán recomendaciones técnicas de voluntaria aplicación por los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los cuales podrán ser adoptados mediante acto administrativo por el Ministerio de la Protección Social, en cuyo caso tendrán el grado de obligatoriedad que éste defina.

¿Cuales son los estándares de acreditación?

Un estándar, en el marco del SUA, es el nivel deseado de desempeño. Los estándares de acreditación son los niveles superiores, considerados óptimos y factibles de alcanzar, que deben ser cumplidos por las entidades que logren niveles superiores de calidad de la atención en salud.

El entendimiento de cuáles son los estándares que aplican a cada organización es una labor que debe dimensionarse al empezar el proceso de preparación. Esto proporciona claridad y foco.

El Ministerio de la Protección Social adopta a través de Resoluciones los manuales de estándares correspondientes a los diferentes tipos de entidades dentro del SOGC, los siete (7) manuales vigentes son:



Cada entidad reconoce cual es el manual que le aplica, el cual a su vez está conformado por grupos de estándares y en su unidad mínima estándares, los cuales individualmente o en grupo pueden o no aplicar a la entidad.



Para la construcción de los estándares de DTS se definió un modelo de gestión de una dirección de salud basado en el modelo de enfoque sistémico y sistema viable el cual trata de definir que hace el Sistema (DTS), para qué lo hace y cómo lo debe hacer.



En cuanto a las EAPB´s el manual cobija a las empresas promotoras de salud del régimen contributivo y del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.



En el caso de las IPS, la entidad debe observar los servicios que tiene habilitados, que a su vez corresponden a los servicios que presta, y determinar cuales manuales, grupos y/o estándares aplica.

Cada manual plantea un grupo de estándares que cobijan el proceso de atención al cliente asistencial y los procesos de las funciones de apoyo. Una vista de los estándares de acreditación para IPS sería:

El manual de IPS Hospitalarias en el grupo de estándares asistenciales se subdivide en 7 subgrupos partiendo de los derechos y deberes de los pacientes y finalizando con las actividades de salida y seguimiento del paciente.

Las funciones de apoyo aportan al desarrollo y los resultados de los procesos relacionados con los estándares de atención al cliente asistencial.



El manual de estándares de IPS ambulatorias en el grupo de estándares asistenciales se subdivide en 11 subgrupos partiendo de los derechos y deberes de los pacientes y finalizando con las actividades de retroalimentación por parte del paciente.

Este manual contempla estándares específicos dentro del subgrupo de consulta, para las actividades de cirugía ambulatoria y terapia física o respiratoria; en el subgrupo de referencia y contrarreferencia aborda la remisión a laboratorio, imágenes diagnósticas, urgencias, provisión de medicamentos, a un servicio ambulatorio de complejidad superior, hospitalización y/o programas de promoción y prevención.

Adicionalmente el grupo de estándares de Sedes integradas en redes de prestación de servicios, está dirigido específicamente a aquellas organizaciones de prestación de servicios de salud que cuenten con un número igual o mayor a dos sedes de prestación de servicio salud, sean estas complementarias o no en sus acciones de atención. Es importante entender que esta sección es complementaria al resto de los estándares, es decir, no exime a cada uno de los prestadores a cumplir con el resto de los estándares contenidos en el manual.



El **manual de estándares de Laboratorios clínicos** conserva la estructura del manual ambulatorio, y desarrolla las particularidades de este tipo de IPS en aspectos como la entrega de resultados y el control de calidad. Adicionalmente incorpora un grupo de estándares denominados gestión de la tecnología los cuales se centran en la tecnología en salud dirigida a las personas, en procesos asistenciales de atención individual.



El manual de estándares de IPS que ofrecen servicios de imagenología se ajusta en el grupo de estándares asistenciales en algunos aspectos, en relación con el manual de IPS ambulatorias y el manual de Laboratorios clínicos. Conserva los grupos de estándares de sedes integradas en redes de prestación de servicios y gestión de la tecnología, comentados previamente.- Consulta de medicina general.



¿Qué tipos de equipos de autoevaluación deben confirmarse?

Un aspecto clave del mejoramiento es la conformación de equipos y el trabajo en equipo. La aproximación a la acreditación centrada en el cliente enfatiza la importancia de hacer que todos los niveles del personal, profesionales y técnicos,

trabajen en equipo para lograr realmente un desarrollo organizacional armónico hacia niveles superiores de calidad.

Los responsables de áreas son quienes entienden el proceso en detalle. ¿Quién mejor que ellos para evaluar su propio nivel de cumplimiento con los estándares e identificar oportunidades de mejora?

A pesar de que puede haber diferentes clases de equipos en una organización, para los propósitos de acreditación, es recomendable que se conformen los siguientes grupos: equipos de servicio/atención al paciente, equipos de apoyo y el equipos de dirección. Estos equipos pueden estar ya constituidos, las organizaciones deben mirar críticamente las estructuras existentes de sus comités y equipos.

Algunas unidades funcionales pueden ya tener un grupo de personas responsables por las operaciones del día a día o responsables de establecer y revisar el proceso de la atención. Estos grupos pueden ser expandidos para incluir a otros proveedores de la atención y servicios y así convertirse en el equipo que hace la autoevaluación.

Cualquiera de estos equipos puede, a su vez, establecer equipos de mejoramiento de la calidad para procesos críticos particulares. Estos son grupos seleccionados para tratar oportunidades específicas de mejoramiento y para hacer cambios basados en los resultados del análisis de temas específicos. Estos equipos de mejoramiento de la calidad deben ser apoyados por la alta dirección para que permanentemente realicen esta tarea.

Equipos de servicio/atención al cliente:
Los equipos de servicio/atención al cliente pueden existir actualmente en la organización o pueden conformarse solo para la evaluación. Cada uno sirve a un grupo particular de clientes y completa la autoevaluación con los estándares de atención o servicio elaborados para esta clase de equipos.

Equipos de apoyo:
Los equipos de apoyo se enfocan en el manejo de los recursos humanos, de información y del ambiente físico.

Equipos de dirección:
Estos equipos son los responsables de evaluar el direccionamiento y gerencia e implementar las acciones estratégicas. Usualmente incluyen miembros de la junta y personal de alta y media gerencia.

¿Cómo se realiza la autoevaluación?

Una vez conformados los equipos, inicia el proceso de autoevaluación. Para esto es importante seguir los lineamientos y sugerencias proporcionadas en la Guía Práctica de Preparación para la Acreditación, expedida por el Ministerio de la Protección Social. Este documento, como su nombre lo indica, orienta la aplicación de la metodología de acreditación y describe detalladamente los pasos para su implementación.

¿Qué relación existe entre la estrategia de seguridad del paciente y la acreditación?

La acreditación aporta un compromiso visible por parte de una organización de mejorar la calidad de la asistencia al paciente, a fin de asegurar un ambiente seguro así como la continuidad del trabajo para reducir los riesgos de los pacientes y del personal.

La seguridad es un prerrequisito absoluto para la provisión de servicios de alta calidad. Realmente, no hay ningún cuidado de alta calidad que sea inseguro. La gestión en la Seguridad Clínica es un requisito sin el cual no es posible obtener la Acreditación.

5. ¿EN QUE CONSISTE EL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD (SIC)?

El Sistema de Información para la Calidad (SIC) definido por el título VI del Decreto 1011 de 2006 y la resolución 1446/06, tiene como filosofía la obtención de información generada en los otros componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad SOGC e incentivar su utilización para desarrollar gestión basada en hechos y datos, estimular la referenciación competitiva basada en la calidad de los servicios y permitir a los usuarios la selección informada de sus proveedores de servicios de salud en el ejercicio de sus derechos y deberes.

Adicionalmente, se dispone de Información de indicadores de Calidad en el Decreto 2193 del año 2004 donde se establecen "las condiciones y procedimientos para disponer de información periódica y sistemática que permita realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud"... (Art. 1 Dec.2193 de 2004).

Los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y sus funciones en el SIC

ACTORES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD	FUNCION EN SIC
- **Ministerio de la Protección Social**	Definición de indicadores de calidad
- **EAPB del régimen contributivo, subsidiado y Empresas de Medicina Prepagada** - **Prestadores de servicios de Salud (IPS)**	Obligatoriedad de reporte indicadores de Calidad.
- **Superintendencia Nacional de Salud**	Recepción, validación de estructura y cargue de la información.
- **Ministerio de la Protección Social**	Análisis de la Información recibida de la Superintendencia Nacional de Salud, publicación e Información a Usuarios.
- **Superintendencia Nacional de Salud.** - **Direcciones departamentales y Distritales de salud**.	Vigilancia y Control
- **Usuarios**	Utilización de la información para: - Conocer las características del Sistema. - Conocer los niveles de Calidad de EAPB e IPS. - Tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos.

¿Qué información se reporta?

La entidades responsables de reportar la información de los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad deben hacerlo ante la Superintendencia Nacional de Salud, entidad que establece mediante circular los plazos, mecanismos y procedimientos para realizar el reporte.

Los indicadores de Monitoria del Sistema y sus fichas técnicas se encuentran incluidos en el anexo técnico de la Resolución 1446 de 2006, discriminados por responsables de la obtención y remisión de la información del indicador según los Dominios:

Accesibilidad oportunidad: Los indicadores incluidos en este dominio evalúan la medida en la cual los servicios prestados se ofrecen en el momento en el cual son requeridos por el usuario y son provistos sin barreras que dificulten el acceso a éstos por parte del usuario.

Calidad Técnica: Indicadores que determinan en qué medida procesos críticos para la atención del paciente se han dado correctamente.

Gerencia del Riesgo Los indicadores correspondientes a este dominio, tienen como propósito identificar en qué medida la atención se ha dado con seguridad para el paciente.

Satisfacción Lealtad Los indicadores de este dominio evalúan la medida en la cual la atención en salud ha satisfecho las percepciones del usuario y esto ha generado lealtad en éste. Debe tomarse en consideración durante el análisis la medida en la cual las percepciones son afectadas por las expectativas del usuario.

ANEXO TÉCNICO HOJA No. 2

RESOLUCIÓN NÚMERO 1446 DE 8 MAYO DE 2006

"Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud"

INDICADORES DEL NIVEL DE MONITORÍA DEL SISTEMA

Dominio	IPSs	EAPB
1. Accesibilidad / Oportunidad	(1) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General (2) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada (3) Proporción de cancelación de cirugía programada (4) Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias (5) Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología (6) Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General (7) Oportunidad en la realización de cirugía programada	(1) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General (2) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada (3) Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POS-S (4) Oportunidad de Entrega de Medicamentos POS (5) Oportunidad en la realización de cirugía programada (6) Oportunidad en la asignación de cita en consulta de Odontología General (7) Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología (8) Oportunidad de la referencia en la EAPB
2. Calidad Técnica	(1) Tasa de Reingreso de pacientes hospitalizados (2) Proporción Hipertensión Arterial Controlada	(1) Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año (2) Oportunidad en la detección de Cáncer de Cuello Uterino
3. Gerencia del Riesgo	(1) Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas (2) Tasa de Infección Intrahospitalaria (3) Proporción de Vigilancia de Eventos adversos	(1) Tasa de mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo (2) Razón de Mortalidad Materna
4. Satisfacción / Lealtad	(1) Tasa de Satisfacción Global	(1) Tasa de Satisfacción Global (2) Proporción de quejas resueltas antes de 15 días (3) Tasa de Traslados desde la EAPB

¿Dónde se encuentra disponible la información de SIC?

El Ministerio de la Protección Social, a través de la Dirección General de Calidad de Servicios diseñó y puso en operación el Observatorio de Calidad de la Atención en Salud -OCS- (Cumplimiento del artículo 5° de la Resolución 1446), que se estructuró como un espacio para destacar información relevante para el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

El Observatorio de Calidad de la Atención en Salud se define como un espacio que brinda un conjunto de herramientas para facilitar la consolidación e internalización del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en las instituciones de Colombia. Sus contenidos y salas temáticas parten del diagnóstico del estado de desarrollo del SOGC, así como del análisis de las fortalezas y necesidades de soporte en información y metodológico en las instituciones.

El Observatorio no genera información, sino que toma información y herramientas existentes en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, el Sistema de Información para la Calidad y otras fuentes e incentiva su utilización y difusión a través de mesas de trabajo, red de nodos, formación en línea, boletín del observatorio y página web, entre otros.

Se trata de un espacio para la recopilación, difusión y análisis, transparente, técnico, participativo y crítico de información e insumos relevantes sobre la calidad de la atención en salud; análisis que se presenta de manera organizada para que se constituya en insumo para la generación de políticas de calidad y de referente para la implementación y despliegue de los procesos de calidad en los actores cobijados por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Colombia.

La Dirección Del Observatorio Es http://mps.minproteccionsocial.gov.co/ocs
O podra encontranos en la dirección Web del observatorio es http://201.234.78.38/ocs/
La dirección Web del MPS http://www.minproteccionsocial.gov.co



6. ¿QÚE ES LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE?

Alcanzar el propósito de establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas; estas son solamente el marco de referencia. Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos. Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud.

¿Cuáles son los principios orientadores de la Política de Seguridad del Paciente?

Para el efecto resulta relevante establecer unos principios transversales que orienten todas las acciones a implementar. Estos principios son:

1. **Enfoque de atención centrado en el usuario.** Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.

2. **Cultura de Seguridad.** El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.

3. **Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.**

La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.

4. **Multicausalidad**. El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.

5. **Validez**. Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.

6. **Alianza con el paciente y su familia**. La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.

7. **Alianza con el profesional de la salud**. La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

¿Cuáles son los objetivos de la Política de Seguridad del Paciente?

1. Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura.

2. Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.

3.Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.

4. Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.

5. Homologar la terminología a utilizar en el país.

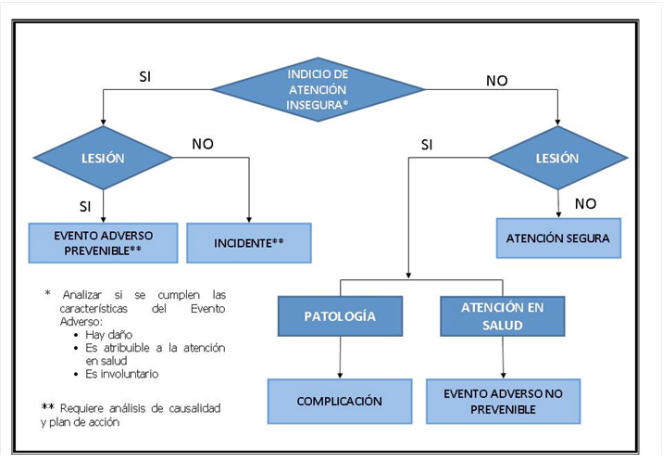
6. Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.

7. Difundir en la opinión pública y los medios de comunicación los principios de la política de seguridad del paciente.

8. Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema

¿Cuál es el modelo conceptual?

El siguiente gráfico muestra de manera pictórica el modelo conceptual en el cual se basa la terminología utilizada en este documento, y a continuación se incluyen las definiciones relacionadas con los diferentes ítems planteados y utilizados en la política de seguridad del paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud. Integra la terminología internacional con las especificidades de los requerimientos terminológicos identificados en el país.



SEGURIDAD DEL PACIENTE
Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

ATENCIÓN EN SALUD: Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA*:* Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD :Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

RIESGO: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

EVENTO ADVERSO: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño.

Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

• **EVENTO ADVERSO PREVENIBLE**: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

• **EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE**: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

INCIDENTE: Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

COMPLICACIÓN: Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD: Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

BARRERA DE SEGURIDAD: Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO
Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utiliza-

das para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO: Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.

PASOS A SEGUIR PARA IMPLEMENTER EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Los siguientes son los pasos a seguir, que pueden ser progresivos, para que en sui institución opere el programa de seguridad de pacientes

PASO 1

PLANEACION ESTRATEGICA DE LA SEGURIDAD

- La alta Dirección debe construir la Política Institucional de Seguridad de Pacientes
- Articule la plataforma estratégica Institucional con la política de seguridad de pacientes
- Identifique la organización estructural y/o funcional de la Seguridad del Paciente. Tenga un referente de seguridad
- Adopte las buenas prácticas de seguridad de pacientes que le apliquen, de la Guía de Buenas prácticas de Seguridad de Pacientes del Ministerio

PASO 2

FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA INSTITUCIONAL

- Socialice la politica de seguridad institucional asi como las generalidades de seguridad del paciente en todos sus colaboradores
- Capacite formalmente en seguridad de pacientes a los colaboradores lideres
- Aplique, la encuesta de medición del clima de seguridad de pacientes. Analicela y tome acciones de mejora
- Implemente el sistema de reporte del evento adverso
- Defina en cada servicio loe eventos adversos potenciales
- Implemente herramientas de fortalecimiento de la cultura institucional como las rondas de seguridad y/o las sesiones breves de seguridad
- Defina y operativice el comité de Seguridad de Pacientes

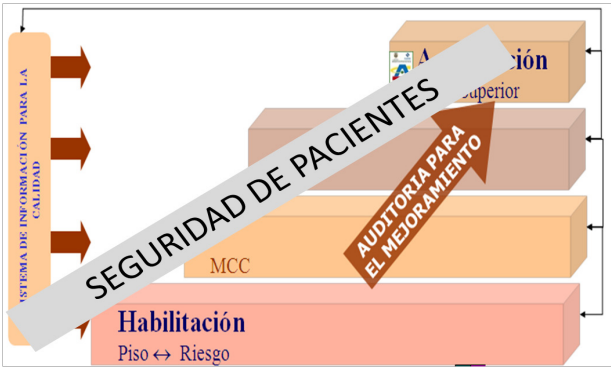
PASO 3

ARTICULACION DE LA SEGURIDAD DE PACIENTES CON LOS COMPONENTES DEL SOGC

EN BUSCA DE PROCESOS SEGUROS

- Implemente herramientas de análisis de los eventos adversos e incidentes con el Protocolo de Londres
- Defina alertas de seguridad para procesos prioritarios
- Realice análisis a modo de fallo o identificación de riesgos a los procesos priorizados
- Construya barreras de seguridad a los procesos de acuerdo a los riesgos identificados
- Vuelva a medir la seguridad de sus procesos
- Implemente y evalúe las buenas prácticas de seguridad adoptadas

ARTICULACION DE LA SEGURIDAD DE PACIENTES CON LOS COMPONENETES DEL SOGC



La seguridad de pacientes debe ser transversal a toda la organización y por lo tanto debe verse reflejado y medida en los diferentes componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

ANEXO 1

Normograma relacionado con el SOGC				
Item	**Tipo de Norma**	**No.**	**Año**	**Descripción**
1	Ley	10	1990	Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.
2	Ley	87	1993	Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones
3	Ley	489	1998	Por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189
4	Ley	594	2000	Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones.
5	Ley	919	2004	Por medio de la cual se prohíbe la comercialización de componentes anatómicos humanos para transplante y se tipifica como delito su tráfico
6	Ley	1105	2006	Por medio de la cual se modifica el Decreto Ley 254 de 2000, sobre el procedimiento de liquidación de las entidades públicas de la Rama Ejecutiva del Orden Nacional y se dictan otras disposiciones
7	Ley	1151	2007	Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo
8	Ley	9	1979	Por la cual se dictan disposiciones sanitarias.
9	Ley	100	1993	Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.
10	Ley	400	1997	Por la cual se adoptan normas sobre construcciones sismo resistentes
11	Ley	361	1997	Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones.
12	Ley	715	2001	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los Artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

Normograma relacionado con el SOGC				
Item	Tipo de Norma	No.	Año	Descripción
13	Ley	1122	2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
14	Ley	1164	2007	Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.
15	Ley	1315	2009	Por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención.
16	Decreto	1571	1993	Po el cual se reglamenta parcialmente el Título IX de la Ley 9 de 1979, en cuanto al funcionamiento de establecimientos dedicados a la extracción, procesamiento, conservación y transporte de sangre total o sus hemoderivados, se crean la Red Nacional de Bancos de Sangre y el Copnsejo Nacional de Bancos de Sangre y se dictan otras disposiciones sobre la materia.
17	Decreto	1876	1994	"Por el cual se reglamentan los artículos 96o, 97o y 98o del Decreto Ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado
18	Decreto	677	1995	Por el cual se reglamenta el Régimen de Registro Sanitario para medicamentos
19	Decreto	115	1996	Por el cual se establecen normas sobre la elaboración, conformación y ejecución de los presupuestos de las empresas industriales y comerciales del Estado y de las sociedades de economía mixta sujetas al régimen de aquellas, dedicadas a actividades no financieras
20	Decreto Ley	111	1996	Estatuto Orgánico del Presupuesto
21	Decreto	1546	1998	Por el cual se reglamenta parcialmente las leyes 9 de 1979 y 73 de 1988, en relación con los componentes anatómicos y procedimientos para transplante en seres humanos
22	Decreto	549	2001	Por el cual se establece un procedimiento para la obtención del Certificado de cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura por parte de los laboratorios fabricantes de medicamentos

Normograma relacionado con el SOGC				
Item	Tipo de Norma	No.	Año	Descripción
23	Decreto	2266	2004	Por la cual se reglamentan los regímenes de registro sanitarios, y de vigilancia y control sanitario y publicidad de los productos fitoterapéuticos
24	Decreto	3553	2004	Por el cual se modifica el Decreto 2266 de 2004. Productos fitoterapéuticos
25	Decreto	3554	2004	Por el cual se regula el régimen de registro sanitario, vigilancia y control sanitario de los medicamentos homeopáticos
26	Decreto	4858	2004	Por el cual se modifica el artículo 26 del Decreto 1861 de 2006. Productos homeopáticos
27	Decreto	2493	2004	Por el cual se reglamenta parcialmente las leyes 9 de 1979 y 73 de 1988, en relación con los componentes anatómicos
28	Decreto	3770	2004	Por la cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios y la vigilancia sanitaria de los reactivos de diagnóstico in vitro para exámenes de especímenes de origen humano
29	Decreto	162	2004	Por el cual se modifica el artículo 3 del Decreto 549 de 2004. Certificado de BPM de otros países.
30	Decreto	2193	2004	Por el cual se reglamenta parcialmente los artículos 42 de Ley 715/07 Y 17 de la Ley 812/03 y se establecen las condiciones y procedimientos para disponer de información y realizar el seguimiento de instituciones prestadoras de servicios de salud
31	Decreto	3080 (3880)	2005	Por el cual se modifican parcialmente los Decretos 515 de 2004, 506 de 2005, 3010 de 2005 y se dictan otras disposiciones
32	Decreto	2200	2005	Por la cual se determina el modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico
33	Decreto	4725	2005	Por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permisos de comercialización y vigilancia sanitaria de los reactivos de diagnóstico in vitro para exámenes de especímenes de origen humano
34	Decreto	3050	2005	Por el cual se reglamenta el expendio de medicamentos
35	Decreto	4644	2005	Por el cual se modifica el Artículo 27 del Decreto 2200 de 2005

Normograma relacionado con el SOGC				
Item	Tipo de Norma	No.	Año	Descripción
36	Decreto	4730	2005	Por la cual se reglamentan normas orgánicas del presupuesto.
37	Decreto	1737	2005	Por el cual se reglamenta la preparación, distribución, dispensación, comercialización, etiquetado, rotulado y empaque de los medicamentos homeopáticos magistrales y oficinales y se dictan otras disposiciones
38	Decreto	1011	2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud
39	Decreto	2330	2006	Por el cual se modifica el Decreto 2200 de 2006 y se dictan otras disposiciones. Preparaciones magistrales. Procedimiento de Inyectología
40	Decreto	1861	2006	Por el cual se modifica el Decreto 1737 de 2005 y se dictan otras disposiciones. Medicamentos Homeopáticos
41	Decreto	4654	2006	Por el cual se modifica el Decreto 1737 de 2005. Medicamentos homeopáticos
42	Decreto	3249	2006	Por el cual se reglamenta la fabricación, comercialización, envase, rotulado o etiquetado, régimen de registros sanitario y vigilancia de los suplementos dietarios
43	Decreto	2240	2006	Por el cual se dictan normas en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las instituciones prestadoras de servicios de salud
44	Decreto	4295	2007	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 872 de 2003
45	Decreto	574	2007	Por el cual se definen y adoptan las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Único de Habilitación de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas
46	Decreto	1698	2007	Por el cual se modifica el Decreto 574 de 2007 que define las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Único de Habilitación de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas
47	Decreto	1030	2007	Por el cual se expide el reglamento técnico sobre los requisitos que deben cumplir los dispositivos médicos sobre medida para la salud visual y ocular

Normograma relacionado con el SOGC				
Item	Tipo de Norma	No.	Año	Descripción
48	Decreto	1030	2007	Por el cual se expide el Reglamento Técnico sobre los requisitos que deben cumplir los dispositivos médicos sobre medida para la salud visual y ocular y los establecimientos en los que se elaboren y comercialicen dichos insumos y se dictan otras disposiciones
49	Decreto	4957	2007	Por el cual se establece un plazo para obtención del registro sanitario o permiso de comercialización de algunos dispositivos médicos para uso humano y se dictan otras disposiciones
50	Decreto	1957	2007	Por el cual se reglamentan normas orgánicas del presupuesto y se dictan otras disposiciones en la materia.
51	Decreto	4747	2007	Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones
52	Decreto	3863	2008	Por el cual se modifica 3249 de 2006. Suplementos dietarios
53	Decreto	4124	2008	Por el cual se modifica el parágrafo del artículo 8 del Decreto 3770 de 2004. Reactivos de diagnóstico in vitro
54	Decreto	3554	2008	Por el cual se modifica el artículo 12 del Decreto 2200 de 2005. Servicio farmacéutico.
55	Decreto	357	2008	Por medio del cual se reglamenta la evaluación y reelección de Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.
56	Decreto	4927	2009	Por el cual se modifica el Artículo 6 del Decreto 2266 de 2004. Medicamentos fitoterapéuticos
57	Decreto	272	2009	Por el cual so modifica el parágrafo del artículo 24 del Decreto 3249 de 2006, modificado por el artículo 6 del Decreto 3863 de 2008. Suplementos dietarios
58	Decreto	038	2009	Por el cual se adiciona un parágrafo al artículo 24 del Decreto 4725 de 2005. Dispositivos médicos
59	Decreto	218	2009	Por el cual se modifican los artículos 12 y 48 del Decreto 1030 de 2007. sobre salud visual y ocular
60	Decreto	3275	2009	Por el cual se modifica el artículo 1 y se adiciona un parágrafo al artículo 18 del Decreto 4725 de 2005. Dispositivos médicos

Normograma relacionado con el SOGC				
Item	Tipo de Norma	No.	Año	Descripción
61	Resolución	4445	1996	Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.
62	Resolución	5042	1996	Por la cual se adiciona y modifica la Resolución 04445 de 1996
63	Resolución	434	2001	Por la cual se dictan normas para la evaluación e importación de tecnologías biomédicas, se define las de importación controlada y se dictan otras disposiciones
64	Resolución	1043	2006	Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones
65	Resolución	2680	2007	Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones
66	Resolución	3763	2007	Por la cual se modifican parcialmente la Resolución 1043 y 1448 de 2006 y la Resolución 2680 de 2007 y se dictan otras disposiciones
67	Resolución	77	2007	por la cual se adoptan los lineamientos técnicos para el programa de verificadores de las condiciones para la habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
68	Resolución	1448	2006	Por la cual se definen las Condiciones de Habilitación para las instituciones que prestan servicios de salud bajo la modalidad de Telemedicina
69	Resolución	1315	2006	Por la cual se definen las Condiciones de Habilitación para los Centros de atención de Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia, y se dictan otras disposiciones
70	Resolución	4796	2008	Por medio de la cual se reglamenta la atención por brigadas o jornadas de salud, se adoptan estándares de condiciones técnico científicas para la habilitación de unidades móviles acuáticas y se dictan otras disposiciones
71	Resolución	1445	2006	Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora
72	Resolución	3960	2008	Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1445 de 2006 y los Anexos Técnicos

Normograma relacionado con el SOGC				
Item	Tipo de Norma	No.	Año	Descripción
73	Resolución	2181	2008	Por la cual se expide la Guía Aplicativa del SOGCS para la IPS de Carácter Público
74	Resolución	1740	2008	Po la cual se dictan disposiciones relacionadas con el Sistema de Administración de riesgos para las EPS del Régimen contributivo y entidades adaptadas previstas en el sistema de habilitación - condiciones financieras y de suficiencia patrimonial, se definen las fases para su implementación y se dictan otras disposiciones
75	Resolución	1446	2006	Definición del sistema de información para la calidad e indicadores de monitorización
76	Resolución	715	2010	Por la cual se establece el procedimiento de distintivos de habilitación de que trata el anexo No 2 de la resolución 1043 de 2006 y el procedimiento para actualizar la denominación de los servicios de salud en estos distintivos.
77	Resolución	1998	2010	Por medio de la cual se definen los lineamientos para la renovación de la Habilitación de los prestadores de servicios de salud.
78	Resolución	3183	1995	Por la cual se adopta el Manual de Buenas Prácticas de Manufactura
79	Resolución	1087	2001	Por la cual se adopta la guía de inspección de laboratorios o establecimientos de producción farmacéutica para la obtención del Certificado de Cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura
80	Resolución	3028	2008	Por la cual se definen las áreas técnicas de Producción de los Establecimientos y se dictan otras disposiciones
81	Resolución	4002	2007	Por la cual se adopta el Manual de requisitos de capacidad de almacenamiento y/o acondicionamiento para dispositivos médicos
82	Resolución	4396	2008	Por la cual se adopta el Manual de Condiciones Técnico Sanitarias de los establecimientos en los que se elaboren y comercialicen dispositivos médicos sobre medida para salud visual y ocular
83	Resolución	1319	2010	Por la cual se adopta el Manual de Buenas Prácticas de Manufactura para la elaboración y adaptación de dispositivos médicos sobre medida de prótesis y órtesis ortopédica externa y se dictan otras disposiciones

Normograma relacionado con el SOGC				
Item	Tipo de Norma	No.	Año	Descripción
84	Resolución	4816	2008	Por la cual se reglamenta el Programa Nacional de Tecnovigilancia
85	Resolución	1672	2004	Por la cual se adopta el Manual de Buenas Prácticas de Manufactura de Gases Medicinales
86	Resolución	3862	2005	Por la cual se adopta la guía de inspección de Buenas Prácticas de Manufactura para la fabricación, llenado y distribución de gases medicinales
87	Resolución	4410	2009	Por la cual se expide el reglamento técnico que contiene el Manual de Buenas Prácticas de Manufactura de Gases Medicinales
88	Resolución	1403	2007	Por la cual se determina el modelo de gestión del servicio farmacéutico
89	Resolución	2955	2007	Por la cual se modifican algunos numerales del Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos del Servicio Farmacéutico adoptado mediante Resolución 1403 de 2007 y se dictan otras disposiciones
90	Resolución	4026	2007	Por la cual se dictan unas disposiciones sobre la prescripción de medicamentos y dispositivos médicos por parte de médicos extranjeros que laboran en las embajadas y consulados ubicados en Colombia y se modifica parcialmente la Resolución 1403 de 2007
91	Resolución	444	2008	Por la cual se adopta el instrumento de verificación de cumplimiento de Buenas Prácticas de Elaboración de preparaciones magistrales y se dictan otras disposiciones
92	Resolución	5108	2007	Por la cual se establece el Manual de Buenas Prácticas para Bancos de Tejidos y de Médula ósea y se dictan otras disposiciones
93	Resolución	5107	2007	Por la cual se adopta el instrumento de verificación de cumplimiento de condiciones sanitarias para los laboratorios que elaboren productos fitoterapéuticos
94	Resolución	4594	2007	Por la cual se expide el Manual de Buenas Prácticas de Manufactura para medicamentos homeopáticos y se dictan otras disposiciones

Normograma relacionado con el SOGC				
Item	Tipo de Norma	No.	Año	Descripción
95	Resolución	126	2009	Por la cual se establecen las condiciones esenciales para la apertura, funcionamiento, vigilancia y control sanitario de las tiendas naturistas y se dictan otras disposiciones
96	Resolución	527	2010	Por la cual se modifica el parágrafo del Artículo 6 y el artículo 13 de la Resolución 126 de 2009. Tiendas naturistas
97	Resolución	14861	1985	Por la cual se dictan normas para la protección, seguridad, salud y bienestar de las personas en el ambiente y en especial de los minusválidos .
98	Resolución	0293	2004	Por la cual se reglamentan los procedimientos para la elaboración del Catastro Físico Hospitalario de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención del Sector Público.
99	Resolución	5123	2006	Por la cual se reglamentan los procedimientos para la elaboración, aprobación, ajuste, seguimiento y control de los Planes Bienales de Inversión en Salud
100	Circular	049	2008	Mantenimiento de hospitales
101	Circular Supersalud	76	2007	Modificación y adopción de formularios de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud para los que inicien la prestación de servicios y de reporte de novedades al Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud
102	Circular	082	2010	Aplicación de la resolución 1740 de 2008 por la cual se dictan dispociones relaciones con el sistema de administración de riesgos (sar) para las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y entidades adaptados.

ANEXO 2

DECRETO 1011 DE 2006

(abril 3)

por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA,

en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las contenidas en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política; artículos 173, 180, 185, 186, 227 y 232 de la Ley 100 de 1993 y 42 y 56 de la Ley 715 de 2001,

DECRETA:

TITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°. Campo de aplicación. Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Así mismo, a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS, de que trata este decreto, excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, o con Entidades Territoriales.

Parágrafo 1°. Salvo los servicios definidos por el Ministerio de la Protección Social y para los cuales se establezcan estándares, no se aplicarán las normas del SOGCS a los Bancos de Sangre, a los Grupos de Práctica Profesional que no cuenten con infraestructura física para la prestación de servicios de salud, a los procesos de los laboratorios de genética forense, a los Bancos de Semen de las Unidades de Biomedicina Reproductiva y a todos los demás Bancos de Componentes Anatómicos, así como a las demás entidades que producen insumos de salud y productos biológicos, correspondiendo de manera exclusiva al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, de conformidad con lo señalado por el artículo 245 de la Ley 100 de 1993, la vigilancia sanitaria y el control de calidad de los productos y servicios que estas organizaciones prestan.

Artículo 2°. Definiciones. Para efectos de la aplicación del presente decreto se establecen las siguientes definiciones:

Atención de salud. Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

Calidad de la atención de salud. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Condiciones de capacidad tecnológica y científica. Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB. Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas

de Medicina Prepagada.

Prestadores de Servicios de Salud. Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

Para los efectos del presente decreto se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

Profesional independiente. Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS. Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Unidad sectorial de normalización en salud. Es una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud, autorizada por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

Los estándares de calidad propuestos por esta Unidad se considerarán recomendaciones técnicas de voluntaria aplicación por los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los cuales podrán ser adoptados mediante acto administrativo por el Ministerio de la Protección Social, en cuyo caso tendrán el grado de obligatoriedad que este defina.

TITULO II

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD DE ATENCION EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, SOGCS

Artículo 3°. Características del SOGCS. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orien-

tarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

1. Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

3. Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

4. Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

5. Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Artículo 4°. Componentes del SOGCS. Tendrá como componentes los siguientes:

1. El Sistema Unico de Habilitación.

2. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

3. El Sistema único de Acreditación.

4. El Sistema de Información para la Calidad.

Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social ajustará periódicamente y de manera progresiva, los estándares que hacen parte de los diversos componentes del SOGCS, de conformidad con el desarrollo del país, con los avances del sector y con los resultados de las evaluaciones adelantadas por las Entidades Departamentales, Distritales de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 2°. Las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada, los Prestadores de Servicios de Salud y las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, están obligadas a generar y suministrar los datos requeridos para el funcionamiento de este Sistema, de conformidad con las directrices que imparta el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 5°. Entidades responsables del funcionamiento del SOGCS. Las siguientes, son las entidades responsables del funcionamiento del SOGCS:

1. Ministerio de la Protección Social. Desarrollará las normas de calidad, expedirá la reglamentación necesaria para la aplicación del presente decreto, velará por su permanente actualización y por su aplicación para el beneficio de los usuarios, prestará asistencia técnica a los integrantes del Sistema con el propósito de orientarlos en el cumplimiento de sus responsabilidades y emitirá concepto en aspectos técnicos cuando lo soliciten las Entidades Territoriales y los prestadores de servicios de salud siempre que el Ministerio lo considere pertinente.

También corresponde al Ministerio de la Protección Social velar por el establecimiento y mantenimiento de la compatibilidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud con otros Sistemas de Gestión de Calidad.

2. Superintendencia Nacional de Salud. Ejercerá las funciones de vigilancia, inspección y control dentro del SOGCS y aplicará las sanciones en el ámbito de su competencia.

3. Entidades Departamentales y Distritales de Salud. En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas en el presente decreto y en la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social, divulgar las disposiciones

contenidas en esta norma y brindar asistencia a los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales para el cabal cumplimiento de las normas relativas a la habilitación de las mismas.

4. Entidades Municipales de Salud. En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde brindar asistencia técnica para implementar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción y también realizar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud, que prestan servicios de salud a la población no afiliada.

Parágrafo. Lo previsto en el presente artículo se cumplirá sin perjuicio de que las entidades deban cumplir otras normas relacionadas con sistemas de calidad.

TITULO III

CAPITULO I

Sistema Único de Habilitación

Artículo 6°. Sistema Único de Habilitación. Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, Artículo 6°. Sistema Único de Habilitación. Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

CAPITULO II

Habilitación de prestadores de servicios de salud

Artículo 7°. Condiciones de capacidad tecnológica y científica. Las condiciones de capacidad tecnológica y científica del Sistema Único de Habilitación para Prestadores de

Servicios de Salud serán los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social.

Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en sus correspondientes jurisdicciones, podrán someter a consideración del Ministerio de la Protección Social propuestas para la aplicación de condiciones de capacidad tecnológica y científica superiores a las que se establezcan para el ámbito nacional. En todo caso, la aplicación de estas exigencias deberá contar con la aprobación previa de este Ministerio.

Parágrafo. Los profesionales independientes que prestan servicios de salud, solo estarán obligados a cumplir con las normas relativas a la capacidad tecnológica y científica.

Artículo 8°. Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera. Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social establecerá los requisitos y los procedimientos para que las Entidades Departamentales y Distritales de Salud puedan valorar la suficiencia patrimonial de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Artículo 9°. Condiciones de capacidad técnico-administrativa. Son condiciones de capacidad técnico-administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:

1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.

2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

Artículo 10. Registro especial de prestadores de servicios de salud. Es la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud que se encuentren habilitados y es consolidada por parte del Ministerio de la Protección Social.

De conformidad con lo señalado por el artículo 56 de la Ley 715 de 2001, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud realizarán el proceso de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

Artículo 11. Formulario de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud. Los Prestadores de Servicios de Salud presentarán el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante las Entidades Departamentales y Distritales de Salud correspondientes para efectos de su inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. A través de dicho formulario, se declarará el cumplimiento de las condiciones de habilitación contempladas en el presente decreto. El Ministerio de la Protección Social establecerá las características del formulario.

Artículo 12. Autoevaluación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación. De manera previa a la presentación del formulario de inscripción de que trata el artículo 11 del presente decreto, los Prestadores de Servicios de Salud deberán realizar una autoevaluación de las condiciones exigidas para la habilitación, con el fin de verificar su pleno cumplimiento. En caso de identificar deficiencias en el cumplimiento de tales condiciones, los Prestadores de Servicios de Salud deberán abstenerse de prestar el servicio hasta tanto realicen los ajustes necesarios para el cumplimiento de los requisitos.

El prestador que declare un servicio, es el responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al servicio que inscribe, independientemente de que para su funcionamiento concurran diferentes organizaciones o personas para aportar en el cumplimiento de los estándares.

Cuando un Prestador de Servicios de Salud se encuentre en imposibilidad de cumplir con las condiciones para la habilitación, deberá abstenerse de ofrecer o prestar los servicios en los cuales se presente esta situación.

Artículo 13. Inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud. Es el procedimiento mediante el cual el Prestador de Servicios de Salud, luego de efectuar la autoevaluación y habiendo constatado el cumplimiento de las condiciones para la habilitación, radica el formulario de inscripción de que trata el artículo 11 del presente decreto y los soportes que para el efecto establezca el Ministerio de la Protección Social, ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente, para efectos de su incorporación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

La Entidad Departamental o Distrital de Salud efectuará el trámite de inscripción de manera inmediata, previa revisión del diligenciamiento del formulario de inscripción. La revisión detallada de los soportes entregados será posterior al registro especial de prestadores de servicios de salud, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 19 del presente decreto.

A partir de la radicación de la inscripción en la Entidad Departamental o Distrital de Salud, el Prestador de Servicios de Salud se considera habilitado para ofertar y prestar los servicios declarados.

Parágrafo 1º. Cuando un Prestador de Servicios de Salud preste sus servicios a través de dos (2) o más sedes dentro de la misma jurisdicción Departamental o Distrital, deberá diligenciar un sólo formulario de inscripción.

Cuando un Prestador de Servicios de Salud preste sus servicios a través de dos o más sedes dentro de dos (2) o más Departamentos o Distritos, deberá presentar el formulario de inscripción en cada una de las jurisdicciones Departamentales o Distritales de Salud en las cuales presta los servicios, declarando en cada una, una sede como principal.

Parágrafo 2º. El Prestador de Servicios de Salud deberá declarar en el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los servicios que se prestan en forma permanente. La inobservancia de esta disposición se considera equivalente a la prestación de servicios no declarados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y dará lugar a la aplicación de las sanciones establecidas en los artículos 577 de la Ley 09 de 1979, 49 de la Ley 10 de 1990 y 5 del Decreto 1259 de 1994 y las normas que las modifiquen o sustituyan.

Para el caso de los servicios prestados en forma esporádica, el Prestador de Servicios de Salud deberá informar de esta situación a la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente, la cual realizará visitas en fecha y lugar acordados con el prestador, con el fin de verificar el cumplimiento de las condiciones establecidas para dichos servicios, ordenando su suspensión si los mismos no cumplen con los estándares establecidos, de conformidad con lo previsto en el artículo 576 de la Ley 09 de 1979 y las normas que las modifiquen o sustituyan.
Artículo 14. Término de vigencia de la inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud. La inscripción de cada Prestador en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, tendrá un término de vigencia de cuatro (4) años,

contados a partir de la fecha de su radicación ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente.

Los prestadores de servicios de salud una vez se cumpla la vigencia de su habilitación podrán renovarla, de acuerdo con los lineamientos que defina el Ministerio de Protección Social.

Artículo 15. Obligaciones de los prestadores de servicios de salud respecto de la inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud. Los Prestadores de Servicios de Salud son responsables por la veracidad de la información contenida en el formulario de inscripción y estarán obligados a mantener las condiciones de habilitación declaradas durante el término de su vigencia, a permitir el ingreso de la autoridad competente para llevar a cabo la respectiva verificación, a facilitar la verificación, a renovar la Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud cuando este pierda su vigencia o cuando haya cambios en lo declarado, conforme a lo dispuesto en el artículo 14 del presente decreto y a presentar las novedades correspondientes, en los casos previstos en el artículo siguiente.

Artículo 16. Reporte de novedades. Con el propósito de mantener actualizado el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, el Ministerio de la Protección Social establecerá el "Formulario de Reporte de Novedades", a través del cual se efectuará la actualización de dicho registro por parte de la Entidad Departamental o Distrital de Salud en su respectiva jurisdicción.

Parágrafo. Dentro de los primeros cinco (5) días hábiles siguientes al vencimiento de cada trimestre, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud remitirán al Ministerio de la Protección Social, la información correspondiente a las novedades presentadas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud durante cada trimestre. La información remitida debe incluir las sanciones impuestas de conformidad con las normas legales vigentes, así como los procesos de investigación en curso y las medidas de seguridad impuestas y levantadas.
Es responsabilidad de las Entidades Departamentales de Salud remitir trimestralmente a los municipios de su jurisdicción, la información relacionada con el estado de habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud, de sus correspondientes áreas de influencia.

Las Direcciones Municipales de Salud deben realizar de manera permanente una búsqueda activa de los Prestadores de Servicios de Salud que operan en sus respectivas

jurisdicciones, con el propósito de informar a las Entidades Departamentales y ellas verificarán que la información contenida en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud responda a la realidad de su inscripción, garantizando así el cumplimiento permanente de las condiciones de habilitación.

Artículo 17. Administración del registro especial de prestadores de servicios de salud. De conformidad con las disposiciones consagradas en el presente decreto y de acuerdo con las directrices que imparta el Ministerio de la Protección Social, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en sus respectivas jurisdicciones, serán responsables de la administración de la base de datos que contenga el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

Artículo 18. Consolidación del registro especial de prestadores de servicios de salud. Corresponde al Ministerio de la Protección Social conformar y mantener actualizada para el ámbito nacional, la base de datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, consolidada a partir de los reportes que envíen las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, de conformidad con lo establecido en el presente decreto.

Artículo 19. Verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud serán las responsables de verificar el cumplimiento de las condiciones exigibles a los Prestadores de Servicios de Salud en lo relativo a las condiciones de capacidad técnico-administrativa y de suficiencia patrimonial y financiera, las cuales se evaluarán mediante el análisis de los soportes aportados por la Institución Prestadora de Servicios de Salud, de conformidad con los artículos 8° y 9° del presente decreto.

En relación con las condiciones de capacidad tecnológica y científica, la verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social, se realizará conforme al plan de visitas que para el efecto establezcan las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 21 del presente decreto.

Artículo 20. Equipos de verificación. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben contar con un equipo humano de carácter interdisciplinario, responsable de la administración del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y de la verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación, así como de las demás actividades relacionadas con este proceso, de conformidad con los lineamientos, perfiles y experiencia contenidos en el Manual o instrumento de Procedimientos

para Habilitación definido por el Ministerio de la Protección Social.

Todos los verificadores deberán recibir previamente la capacitación y el entrenamiento técnico necesarios por parte del Ministerio de la Protección Social o de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud en convenio con alguna entidad educativa la cual será la responsable de garantizar la calidad de dicho entrenamiento.

Artículo 21. Plan de visitas. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben elaborar y ejecutar un plan de visitas para verificar que todos los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción, cumplan con las condiciones tecnológicas y científicas, técnico-administrativas y suficiencia patrimonial y financiera de habilitación, que les son exigibles. De tales visitas, se levantarán las actas respectivas y los demás soportes documentales adoptados para este proceso.

Parágrafo. Las visitas de verificación podrán ser realizadas mediante contratación externa, acompañadas por un funcionario capacitado de la Entidad Departamental o Distrital de Salud, previo cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 20 del presente Decreto y las metas periódicas de visitas que determine el Ministerio de la Protección Social.

Las Entidades Territoriales deberán realizar al menos una visita de verificación de cumplimiento de los requisitos de habilitación a cada prestador, durante los cuatro (4) años de vigencia del registro de habilitación.

Artículo 22. Planes de cumplimiento. Los Prestadores de Servicios de Salud deben cumplir con los estándares de habilitación y no se aceptará la suscripción de planes de cumplimiento para dichos efectos.

Artículo 23. Certificación de cumplimiento de las condiciones para la habilitación. La Entidad Departamental o Distrital de Salud, una vez efectuada la verificación del cumplimiento de todas las condiciones de habilitación aplicables al Prestador de Servicios de Salud, enviará en un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de la visita, la "Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación", en la que informa a dicho Prestador de Servicios de Salud que existe verificación de conformidad de las condiciones.

Parágrafo. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud no podrán negar

la certificación por el incumplimiento de normas distintas a las que se exigen para la habilitación.

Artículo 24. Revocatoria de la habilitación. La Entidad Departamental o Distrital de Salud podrá revocar la habilitación obtenida, mediante la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, cuando se incumpla cualquiera de las condiciones o requisitos previstos para su otorgamiento, respetando el debido proceso.

Artículo 25. Información a los usuarios. Los prestadores de servicios de salud fijarán en lugares visibles al público, el distintivo que defina el Ministerio de la Protección Social, mediante el cual se identifique que los servicios que ofrece se encuentren habilitados. Igualmente mantendrán en lugar visible al público el certificado de habilitación una vez haya sido expedido.

Artículo 26. Responsabilidades para contratar. Para efectos de contratar la prestación de servicios de salud el contratante verificará que el prestador esté inscrito en el registro especial de prestadores de servicios de salud. Para tal efecto la Entidad Departamental y Distrital establecerá los mecanismos para suministrar esta información.

Si durante la ejecución del contrato se detecta el incumplimiento de las condiciones de habilitación, el Contratante deberá informar a la Dirección Departamental o Distrital de Salud quien contará con un plazo de sesenta (60) días calendario para adoptar las medidas correspondientes. En el evento en que no se pueda mantener la habilitación la Entidad Departamental o Distrital de Salud lo informará al contratante, quien deberá abstenerse de prestar los servicios de salud con entidades no habilitadas.

CAPITULO III

Habilitación de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB

Artículo 27. Condiciones básicas para la habilitación de las EAPB. Las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa de obligatorio cumplimiento para la entrada y permanencia de las EAPB, serán los estándares que para el efecto establezca el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 28. Habilitación de las EAPB. Para aquellas entidades que a la entrada en vigencia de este decreto no cuenten con la reglamentación específica en materia de habilitación, se dará aplicación al procedimiento de autorización de funcionamiento establecido en las disposiciones vigentes sobre la materia, el cual se asimila al procedimiento de habilitación para dichas entidades.

Artículo 29. Entidad competente. La Superintendencia Nacional de Salud será la entidad competente para habilitar a las EAPB.

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social establecerá el procedimiento que la Superintendencia Nacional de Salud deberá aplicar para la verificación, registro y control permanente de las condiciones de habilitación de las EAPB, tanto para aquellas que actualmente se encuentran en operación, como para las nuevas entidades.

La Superintendencia Nacional de Salud informará al Ministerio de la Protección Social el resultado de las visitas y deberá consolidar la información de habilitación de estas entidades.

Las EAPB que a la entrada en vigencia el presente decreto no cuenten con reglamentación específica, deberán demostrar ante la entidad de control el cumplimiento de las condiciones de operación que se establezcan dentro de los seis (6) meses siguientes a su definición.

Artículo 30. Vigencia de la habilitación de las EAPB. La habilitación se otorgará a las EAPB por un término indefinido.

Las EAPB deberán mantener y actualizar permanentemente los requisitos exigidos por el Gobierno Nacional.

La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones de vigilancia, inspección y control verificará el mantenimiento de las condiciones de habilitación por parte de estas entidades.

Artículo 31. Revocatoria de la habilitación de las EAPB. La Superintendencia Nacional de Salud podrá revocar la habilitación a una EAPB cuando incumpla cualquiera de las condiciones o requisitos previstos para su otorgamiento. El incumplimiento de las condiciones de habilitación por parte de las EAPB dará lugar a la imposición de las sanciones previstas en la ley, previo agotamiento del debido proceso.

TITULO IV

AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD

Artículo 32. Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación.

Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.

2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.

3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

Parágrafo. Para todos los efectos de este decreto debe entenderse que la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud incluye el concepto de Auditoría Médica a que se refiere el artículo 227 de la Ley 100 de 1993 y las normas que lo modifiquen o sustituyan.

Artículo 33. Niveles de operación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles:

1. Autocontrol. Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con

los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

2. Auditoría Interna. Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol.

Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que este sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.

3. Auditoría Externa. Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

Artículo 34.Tipos de acciones. El modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

1. Acciones Preventivas. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

2. Acciones de Seguimiento. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.

3. Acciones Coyunturales. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

Artículo 35. Enfasis de la auditoría según tipos de entidad. El Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades y con énfasis en los aspectos

que según el tipo de entidad se precisan a continuación:

1. EAPB. Estas entidades deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender por el cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, seguridad, oportunidad, pertinencia y continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios.

2. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Estas instituciones deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

3. Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. Estas entidades deberán asesorar a las EAPB y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en la implementación de los programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, con el propósito de fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en su jurisdicción. De igual manera, cuando obren como compradores de servicios para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud deberán adoptar un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

Parágrafo. Este modelo se aplicará con base en las pautas indicativas expedidas por el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 36. Procesos de auditoría en las EAPB. Las EAPB establecerán un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

1. Autoevaluación de la Red de Prestadores de Servicios de Salud. La entidad evaluará sistemáticamente la suficiencia de su red, el desempeño del sistema de referencia y contrarreferencia, garantizará que todos los prestadores de su red de servicios estén

habilitados y que la atención brindada se dé con las características establecidas en el artículo 3° de este decreto.

2. Atención al Usuario. La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos, al acceso, oportunidad y a la calidad de sus servicios.

Artículo 37. Procesos de auditoría en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Estas entidades deberán establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

1. Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud. La entidad establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad a que hace referencia el artículo 3° del presente decreto.

2. Atención al Usuario. La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos.

Artículo 38. Procesos de auditoría externa de las EAPB sobre los prestadores de servicios de salud. Las EAPB incorporarán en sus Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, procesos de auditoría externa que les permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de los Prestadores de Servicios de Salud. Esta evaluación debe centrarse en aquellos procesos definidos como prioritarios y en los criterios y métodos de evaluación previamente acordados entre la entidad y el prestador y deben contemplar las características establecidas en el artículo 3° de este decreto.

Artículo 39. Procesos de auditoría en las entidades departamentales, distritales y municipales de salud. Las entidades departamentales, distritales y municipales de salud en su condición de compradores de servicios de salud para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, establecerán un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud sobre los mismos procesos contemplados para las EAPB. Para los procesos de auditoría externa sobre los Prestadores de Servicios de Salud se les aplicarán las disposiciones contempladas para las EAPB.

De igual manera, les corresponde asesorar a las EAPB y a los Prestadores de Servicios de Salud, sobre los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

Artículo 40. Responsabilidad en el ejercicio de la auditoría. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud debe ejercerse tomando como primera consideración la salud y la integridad del usuario y en ningún momento, el auditor puede poner en riesgo con su decisión la vida o integridad del paciente.

TITULO V

SISTEMA UNICO DE ACREDITACION

Artículo 41. Sistema Único de Acreditación. Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

Parágrafo. Todo Prestador de Servicios y EAPB deberá contar con la Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación como condición para acceder a la acreditación.

Artículo 42. Principios del Sistema Único de Acreditación. El Sistema Unico de Acreditación se orientará por los siguientes principios:

1. Confidencialidad. La información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como, los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la acreditación, son estrictamente confidenciales, salvo la información que solicite el Ministerio de la Protección Social relacionada con el número de entidades que no fueron acreditadas. No obstante, la condición de Institución acreditada podrá hacerse pública, previa autorización de esta.

2. Eficiencia. Las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del Sistema Unico de Acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.

3. Gradualidad. El nivel de exigencia establecido mediante los estándares del Sistema Único de Acreditación será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.
Artículo 43. Entidad acreditadora. El Sistema Único de Acreditación estará liderado por una única entidad acreditadora, seleccionada por el Ministerio de la Protección Social de conformidad con lo estipulado en las normas que rigen la contratación pública, quien será la responsable de conferir o negar la acreditación.
Parágrafo. El Sistema Único de Acreditación se aplicará con base en los lineamientos que expida el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 44. Manual de Estándares del Sistema Único de Acreditación. La Entidad Acreditadora aplicará los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación que para el efecto proponga la Unidad Sectorial de Normalización y adopte el Ministerio de la Protección Social, los cuales deberán revisarse y ajustarse, en caso de ser necesario, por lo menos cada tres (3) años.

TITULO VI

SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD

Artículo 45. Sistema de Información para la Calidad. El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un "Sistema de Información para la Calidad" con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Ministerio de la Protección Social incluirá en su página web los datos del Sistema de Información para la Calidad con el propósito de facilitar al público el acceso en línea sobre esta materia.

Artículo 46. Objetivos del Sistema de Información para la Calidad. Son objetivos del Sistema de Información para la Calidad, los siguientes:

1. Monitorear. Hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el

monitoreo y ajuste del SOGCS.

2. Orientar. Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.

3. Referenciar. Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios.

4. Estimular. Propende por apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.

Artículo 47. Principios del Sistema de Información para la Calidad. Son principios del Sistema de Información para la Calidad, los siguientes:

1. Gradualidad. La información que debe entregarse será desarrollada e implementada de manera progresiva en lo relacionado con el tipo de información que se recolectará y se ofrecerá a los usuarios.

2. Sencillez. La información se presentará de manera que su capacidad sea comprendida y asimilada por la población.

3. Focalización. La información estará concentrada en transmitir los conceptos fundamentales relacionados con los procesos de toma de decisiones de los usuarios para la selección de EAPB y de Institución Prestadora de Servicios de Salud de la red con base en criterios de calidad.

4. Validez y confiabilidad. La información será válida en la medida en que efectivamente presente aspectos centrales de la calidad y confiable en cuanto mide calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada.

5. Participación. En el desarrollo e implementación de la información participarán de manera activa las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

6. Eficiencia. Debe recopilarse solamente la información que sea útil para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud y debe utilizarse la informa-

ción que sea recopilada.

Artículo 48. Datos para el SOGCS. Las EAPB, las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud, están obligados a generar y suministrar los datos requeridos para el funcionamiento del SOGCS, de conformidad con las directrices que imparta el Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social establecerá los indicadores de calidad del SOGCS que serán de obligatorio reporte por parte de las instituciones obligadas al cumplimiento del presente decreto.

TITULO VII

INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL

Artículo 49. Inspección, vigilancia y control del Sistema Único de Habilitación. La inspección, vigilancia y control del Sistema único de Habilitación, será responsabilidad de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, la cual se ejercerá mediante la realización de las visitas de verificación de que trata el artículo 21 del presente decreto, correspondiendo a la Superintendencia Nacional de Salud, vigilar que las Entidades Territoriales de Salud ejerzan dichas funciones.

Artículo 50. Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Es responsabilidad de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, sin perjuicio de las competencias que le corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud, adelantar las acciones de vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones. Estas acciones podrán realizarse simultáneamente con las visitas de habilitación.

Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad por parte de las EAPB y de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Para tales efectos, tanto la Superintendencia Nacional de Salud como las Entidades Departamentales y Distritales de Salud podrán realizar visitas de inspección y solicitar

la documentación e informes que estimen pertinentes.

En caso de incumplimiento, las entidades competentes adelantarán las acciones correspondientes y aplicarán las sanciones pertinentes, contempladas en la ley, previo cumplimiento del debido proceso.

Artículo 51. Inspección, vigilancia y control del Sistema Único de Acreditación. Para efectos de ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control del Sistema único de Acreditación, la Superintendencia Nacional de Salud diseñará y aplicará los procedimientos de evaluación y supervisión técnica, necesarios para realizar el seguimiento del proceso de acreditación y velar por su transparencia.
Artículo 52. Sistema de Información para la Calidad. Las acciones de inspección, vigilancia y control del contenido, calidad y reporte de la información que conforma el Sistema de Información para la Calidad, estará a cargo de las Direcciones Departamentales y Distritales y de la Superintendencia Nacional de Salud en lo de sus competencias.

TITULO VIII

MEDIDAS DE SEGURIDAD Y SANCIONES

Artículo 53. Aplicación de las medidas sanitarias de seguridad. El incumplimiento de lo establecido en el presente decreto, podrá generar la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad previstas en las normas legales, por parte de las Entidades Territoriales de Salud en el marco de sus competencias, con base en el tipo de servicio, el hecho que origina el incumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente decreto y su incidencia sobre la salud individual y colectiva de las personas.

Artículo 54. Sanciones. Sin perjuicio de la competencia atribuida a otras autoridades, corresponde a las Entidades Territoriales de Salud, adelantar los procedimientos y aplicar las sanciones a que haya lugar de acuerdo con lo previsto en el artículo 577 y siguientes de la Ley 09 de 1979 y las normas que las modifiquen o sustituyan.

TITULO IX

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 55. Transición. Todos los Prestadores de Servicios de Salud que al momento de entrar en vigencia el presente decreto estén prestando servicios de salud, tendrán el plazo que defina el Ministerio de la Protección Social para presentar el Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante la autoridad competente, fecha a partir de la cual caducarán los registros anteriores. Si vencido el término señalado, no se ha efectuado la inscripción el prestador no podrá continuar la operación.

Artículo 56. Actualización de los estándares del SOGCS. El Ministerio de la Protección Social podrá ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los diversos componentes del SOGCS de acuerdo con los estudios y recomendaciones de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud.

Artículo 57. Vigencia y derogatorias. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias, en especial los Decretos 77 de 1997 y el Decreto 2309 de 2002.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 3 de abril de 2006.

ÁLVARO URIBE VÉLEZ

El Ministro de la Protección Social,

Diego Palacio Betancourt.

NOTA: Publicado en el Diario Oficial 46230 de abril 03 de 2006.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Carrera 13 No. 32 - 76 piso 18, Bogotá - Colombia
Teléfono: 330 5000 Ext: 1800
Linea de atención al usuario desde Bogotá: (57-1) 330 5000 Exts : 3380 - 3381
Resto del país : 01 8000 910097
Página web: www.minproteccionsocial.gov.co

Derechos y deberes en salud

Estos son nuestros derechos y deberes en salud, acorde con lo establecido en la Constitución polìtica de Colombia, la ley y las normas correspondientes:

Derecho a:

1. Estar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, como afiliado o beneficiario, a través de una Empresa Prestadora de Servicios de Salud –EPS– y a que ésta les garantice un plan de beneficios en salud a través de una red prestadora de servicios de salud.
2. Un Plan de Atención Básica en salud - PAB.
3. Gozar de un buen estado de salud física y mental.
4. En caso de necesitarlo, recibir los servicios de urgencias en las instituciones de salud, públicas y privadas en todo el territorio colombiano.
5. Ser beneficiario de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, atención, habilitación y rehabilitación, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS.
6. Conocer la red de instituciones a través de la cual recibirán los servicios de salud.
7. Contar con programas de salud sexual y reproductiva, control prenatal y de atención de VIH/SIDA, entre otros.
8. Pronta detección y atención, tratamiento de enfermedades, y rehabilitación integral de su discapacidad.
9. Prevención de nuevas discapacidades a través de atención médica eficiente, de calidad y oportuna.
10. Alcanzar y mantener un óptimo nivel de autonomía y movilidad a través de los procesos de rehabilitación integral.
11. Un entorno que les procure bienestar e independencia para desarrollar sus capacidades de manera digna e integral.
12. La libre asociación para la defensa de sus derechos y el cumplimiento de sus deberes.
13. Participar activamente en las asociaciones de usuarios de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS - Empresas Sociales del Estado y de las EAPB.
14. Presentar Derechos de petición respetuosos y que la entidad, institución o empresa se las resuelva en los términos de ley.

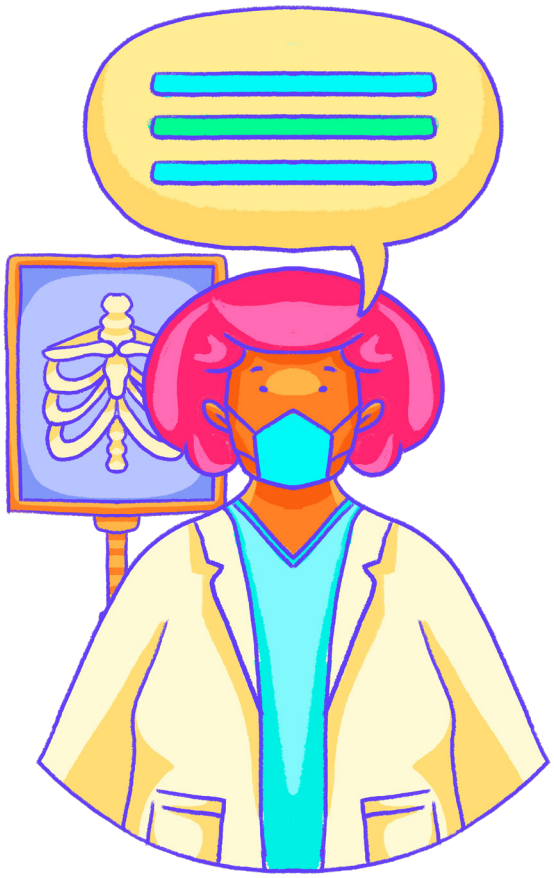


Derechos y deberes en salud

Estos son nuestros derechos y deberes en salud, acorde con lo establecido en la Constitución polìtica de Colombia, la ley y las normas correspondientes:

Deber de:

1. Cuidar su salud y la de su familia.
2. Cumplir las normas y actuar de buena fe frente al Sistema de Salud.
3. Cumplir de manera responsable con las recomendaciones de los profesionales de salud que lo atiendan.
4. Brindar la información requerida para la atención médica y contribuir con los gastos de acuerdo con su capacidad económica.
5. Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.
6. Respetar al personal de salud y cuidar las instalaciones donde le presten dichos servicios.
7. Suministrar, de manera oportuna y suficiente, la información que se requiera para recibir servicios de salud.
8. Informar a la EPS cuando usted o su grupo familiar se van a vivir temporalmente a un municipio diferente de aquel donde se afiliaron a la EPS o donde reciben los servicios de salud.
9. Informar a la EPS donde está afiliado sobre las novedades relacionadas con nacimientos (30 días posteriores al parto), fallecimientos, cambio de dirección y actualización de los documentos de identidad del grupo familiar.



Nota: información extractada de las leyes: 100 de 1993; Ley Estatutaria 1751 de 2015, Cartilla Minsalud y Cartilla Supersalud.

Cartilla Oficial Transformada

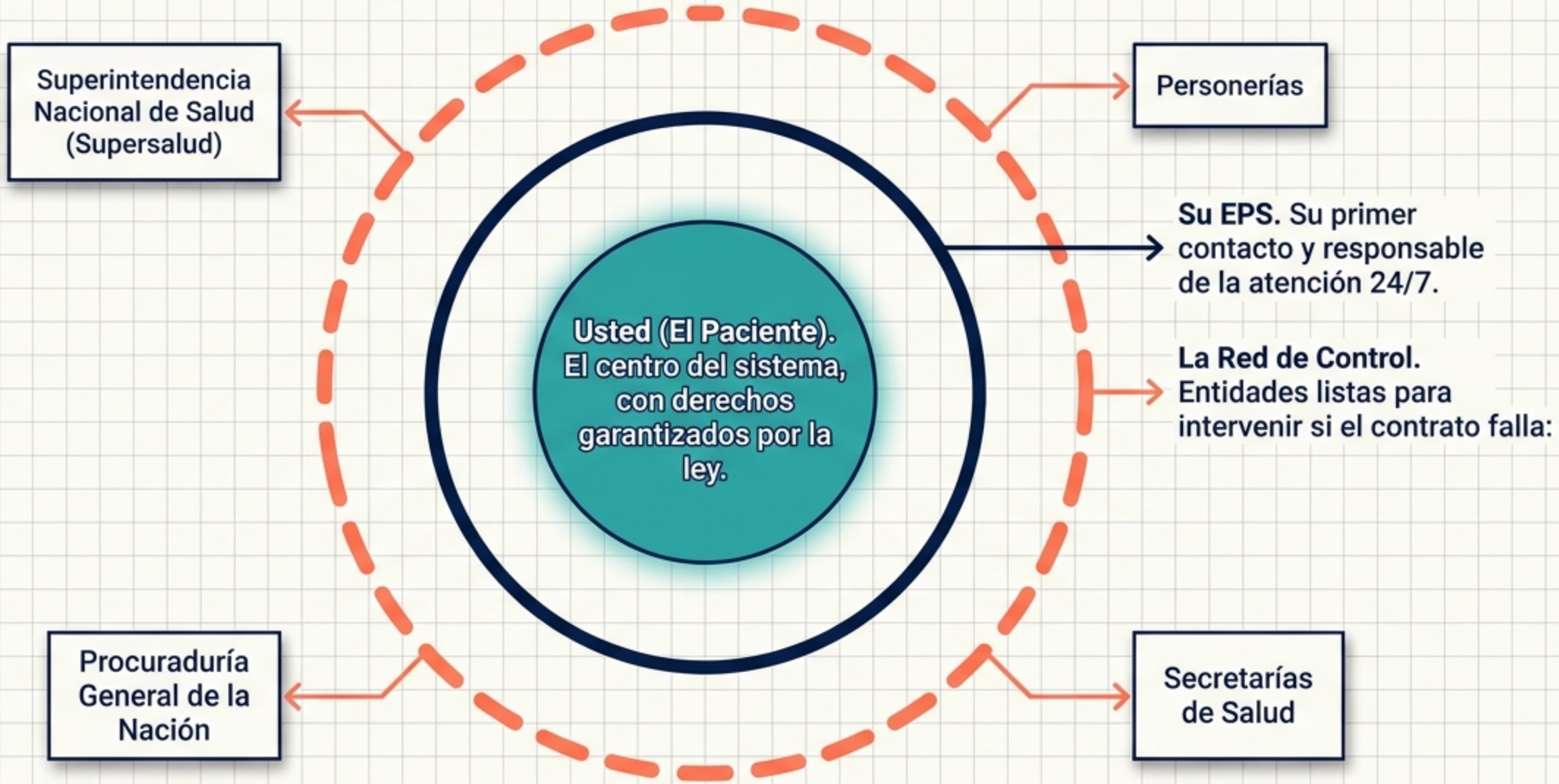
Guía Ciudadana del Sistema de Salud

Sus derechos, sus deberes y las rutas de acción para navegar el sistema médico en Colombia.



NotebookLM

El Ecosistema de Protección al Usuario



NotebookLM

Los 4 Pilares de sus Derechos en Salud



1. Acceso Oportuno

Atención continua, sin barreras administrati- ivas, priorizando urgencias y menores.



2. Dignidad y Autonomía

Respeto a sus decisiones, intimidad, y derecho a un trato humano.



3. Información y Transparencia

Claridad total sobre su salud, costos, y razones de negación de servicios.



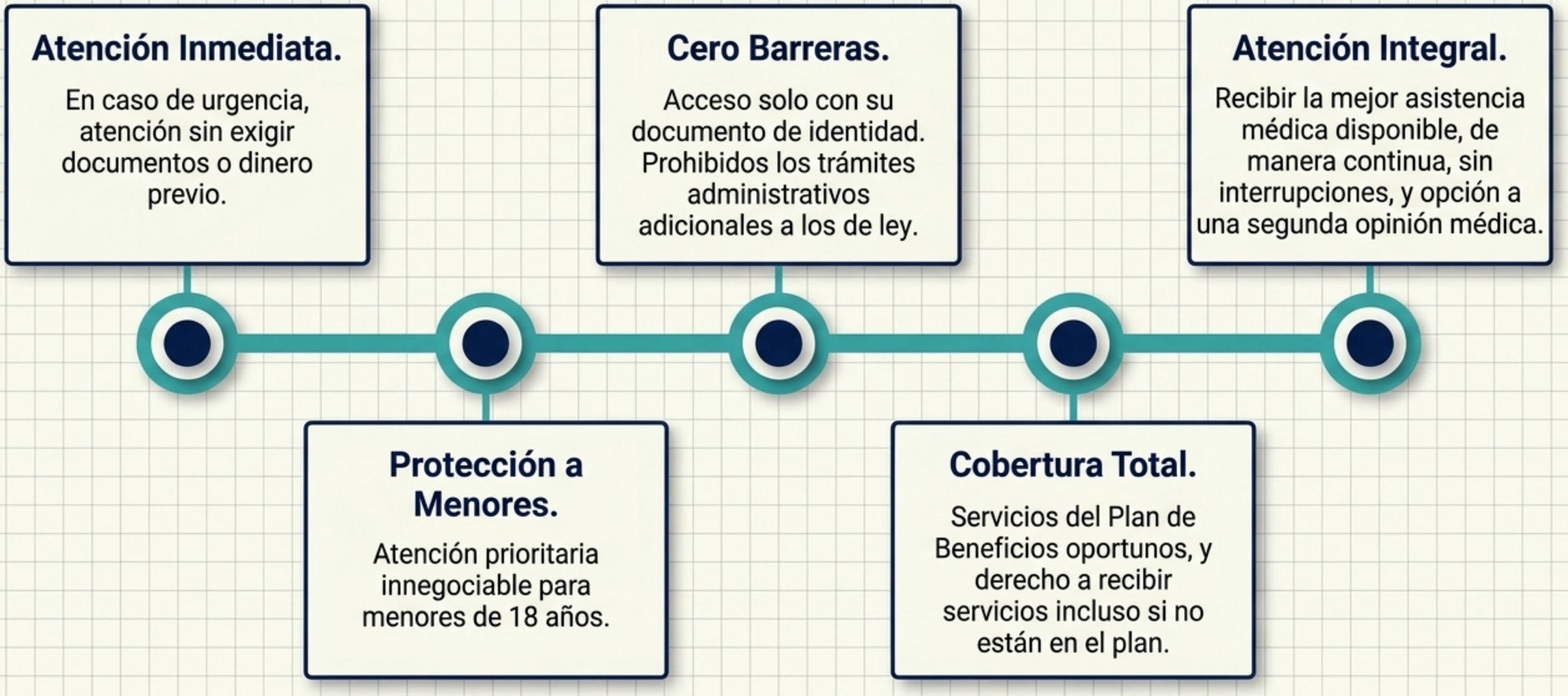
4. Cobertura Especial

Protección económica para enfermedades catastróficas y licencias.

**Cada pilar representa garantías exigibles ante su EPS.*

NotebookLM

Pilar 1: Acceso Oportuno y Continuo



NotebookLM

Pilar 2: Dignidad y Autonomía del Paciente

Libertad de Elección.

Usted elige libremente su asegurador, la IPS y el profesional de la salud (dentro de la red).

Consentimiento y Voluntad.

Usted (o su representante) puede aceptar o rechazar cualquier tratamiento. Solo puede ser incluido en investigaciones científicas con su autorización.

Dignidad Integral.

Derecho a un trato sin discriminación, en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad.

Apoyo Espiritual y Final de Vida.

Derecho a recibir (o rechazar) apoyo espiritual. Ante una enfermedad terminal, se debe respetar su voluntad de morir con dignidad.

NotebookLM

Pilar 3: Información, Privacidad y Transparencia

Derecho a las Razones.

Si se le niega un servicio, tiene derecho a recibir las razones exactas *por escrito*.



Sin Secretos.

Información clara y oportuna sobre su estado de salud, riesgos del tratamiento, y los costos de su atención.



Privacidad Estricta.

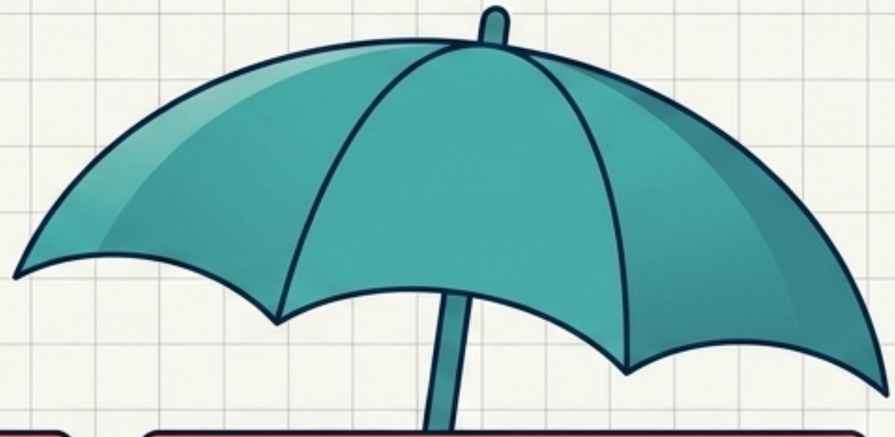
Se debe mantener estricta confidencialidad sobre su historia clínica.

Voz en el Sistema.

Derecho a ser informado y convocado para decidir si una tecnología en salud queda excluida de los recursos del Sistema (inscribiéndose en la herramienta del Ministerio de Salud).
Derecho a saber dónde y cómo presentar PQR.

NotebookLM

Pilar 4: Cobertura Especial y Protección Económica



Cero Copagos.

Protección especial **protección especial** garantizada al padecer enfermedades catastróficas y de alto costo, **sin cobro de copagos.**

Soporte Económico. Económico.

Si usted es cotizante, la la EPS tiene la obligación legal de **pagar sus incapacidades médicas y licencias.**

Acompaña-miento. Safety

Derecho a ser orientado siempre respecto a la **entidad específica** que debe prestarle los servicios de salud requeridos.

NotebookLM

El Contrato Social: Sus Deberes como Usuario

Responsabilidad Personal.

Cuidar su salud, la de su familia y comunidad. Cumplir las normas, actuar de buena fe y seguir responsablemente las recomendaciones médicas.

Convivencia.

Respetar al personal de salud, cuidar las instalaciones y actuar de manera solidaria ante situaciones que pongan en peligro la vida de otros.

Sostenibilidad del Sistema.

Brindar la información requerida para la atención médica y contribuir con los gastos de acuerdo con su capacidad económica.

NotebookLM

Adaptabilidad del Sistema: ¿Qué pasa si su situación cambia?

Portabilidad (Cambio Geográfico)

¿Qué es? Derecho a atención médica temporal en una ciudad diferente a su residencia.

¿Cuándo aplica? Traslados de más de 1 mes y hasta por 12 meses.

Acción requerida: Solicitar el trámite ante su EPS.

Movilidad (Cambio Socioeconómico)

¿Qué es? Cambiar de régimen (Subsidiado a Contributivo o viceversa) sin perder su EPS.

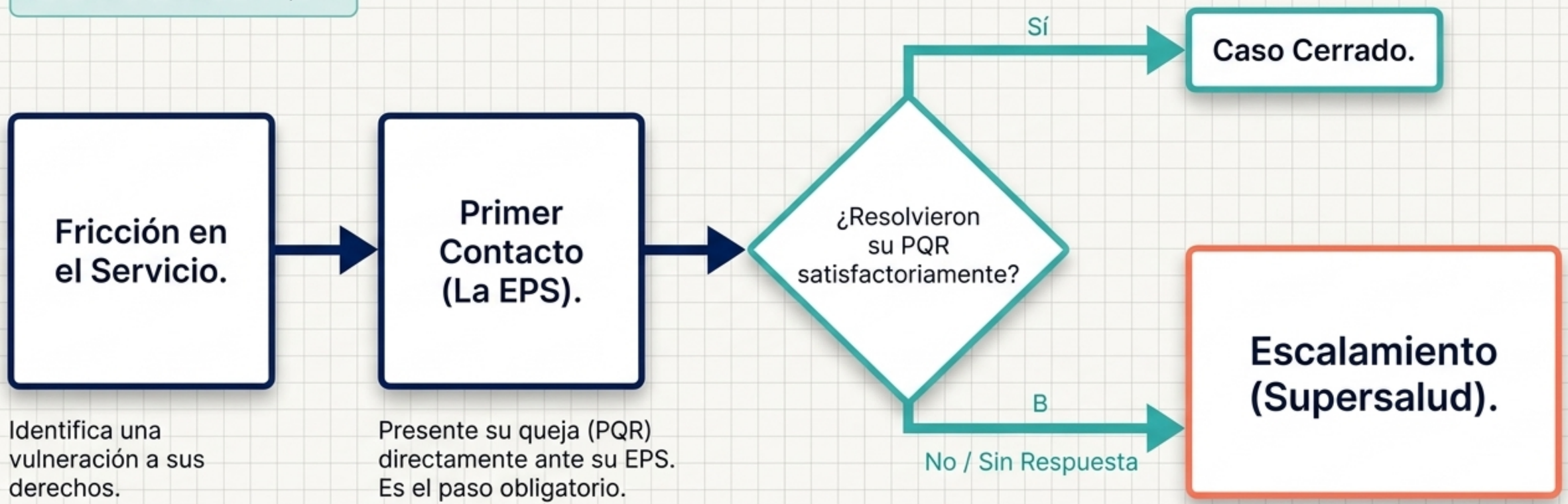
¿A quién protege? Niveles 1 y 2 del SISBÉN, comunidades indígenas, población desmovilizada o rom (gitana), protección a testigos, o víctimas del conflicto armado (Registro Único de Víctimas).

Beneficio: Continuidad del servicio sin importar su capacidad económica actual.

NotebookLM

La Ruta de Reclamación (PQR)

Su EPS debe ofrecer canales de Atención al Usuario 24/7.



NotebookLM

La Red de Apoyo Nacional: Supersalud



Centro de Atención Principal:
Bogotá
(Centro Internacional).

Regional Andina:
Medellín

Regional Norte:
Barranquilla

Regional Nororiental:
Bucaramanga

Regional Occidental:
Cali

Regional Sur:
Neiva

Regional Chocó:
Quibdó

Regional Orinoquía:
Yopal

*Puntos adicionales en casas del Consumidor y centros de atención a Víctimas.
Horarios y direcciones exactas en **www.supersalud.gov.co** | Redes: **@supersalud***

NotebookLM

GUÍA

Atención al Usuario

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD • BOGOTÁ D.C. - 2019 V-3



Supersalud

Tabla de Contenido

1. Política de Atención al Usuario 3

2. Objetivo 7

3. Alcance 7

4. Ámbito de aplicación 8

5. Requisitos de calidad aplicables 8

6. Definiciones 9

7. Elementos comunes y esenciales que intervienen en la calidad del servicio en todo canal de atención 13

8. Pautas para la atención asertiva a través de los diferentes canales de atención 21

Referencias bibliográficas 27

1. Política de Atención al Usuario

En el marco de las competencias de la Superintendencia Nacional de Salud, la política del proceso de atención al usuario se enfoca en realizar las acciones necesarias para ejercer la inspección y vigilancia sobre el cumplimiento de los derechos en salud y brindar la debida atención y protección a los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante la respuesta oportuna de las peticiones, quejas, reclamos, denuncias y solicitudes que son puestas en conocimiento de la Superintendencia a través los canales oficiales dispuestos al servicio de los usuarios.

De acuerdo con lo anterior, la Superintendencia Nacional de Salud brinda una atención respetuosa, amable, confiable, empática, incluyente, oportuna y efectiva, emitiendo información sobre los trámites y servicios de modo fácil, directo, transparente, simple y eficaz, acorde con las necesidades de los usuarios para prevenir que se vulnere su derecho fundamental a la salud.

Así mismo, las líneas que guiarán las acciones concernientes al proceso de atención al usuario se desarrollarán tomando como pilares fundamentales los siguientes criterios:

Compromiso de la Alta Dirección:

La Superintendencia Nacional de Salud, enmarca su política de atención al usuario con los lineamientos del plan nacional de desarrollo relacionados al sector de salud, por lo tanto el nivel directivo de esta Entidad está comprometido con la atención al usuario bajo el lema “todos somos usuarios del sistema de salud”,

lo que conlleva que cada servidor público cumpla su función con vocación de servicio, incorporando en sus actuaciones principios y valores de probidad que le permiten un comportamiento integro tanto en el plano personal como en el profesional; Adicionalmente, cuenta con la estructura y dispone de los recursos necesarios para la atención de los usuarios.

Mejora continua de procesos y procedimientos:

Se cuentan con procesos, procedimientos, para la atención oportuna de las peticiones que presentan los usuarios y se generan e implementan protocolos y estándares para la prestación del servicio que respondan a las necesidades de los grupos de valor, los cuales se verifican y validan en búsqueda de la mejora continua y permanente.

Cultura del servicio al usuario:

Nuestro servicio está enfocado en el usuario, que es la razón de ser de la Superintendencia Nacional de Salud, motivo por el cual se selecciona personal con actitud y aptitud de servicio, ubicando el recurso humano necesario y evaluándolo de manera permanente, para garantizar calidad y oportunidad en las gestiones desarrolladas. De igual manera se fortalecen las competencias de nuestros colaboradores para el ejercicio de sus funciones y el mejoramiento del servicio que presta la Superintendencia Nacional de Salud.

Mejoramiento de la infraestructura física y tecnológica:

La Superintendencia Nacional de Salud trabaja en el fortalecimiento continúo de los canales de servicio para interactuar con los grupos de valor, con el fin de ofrecer accesibilidad e información veraz y en tiempo real. Además, mantiene en buenas condiciones las instalaciones físicas, los equipos y cuenta con el personal adecuado y los materiales de comunicación que permiten acercarnos de una forma eficaz a los usuarios.

Medición de la calidad del servicio:

La Superintendencia Nacional de Salud implementa la cultura de evaluación del servicio como un insumo de seguimiento y mejoramiento continuo, para conocer las características y necesidades de los grupos de valor, así como sus expectativas, intereses y percepción respecto a los servicios brindados a los usuarios.

Para ello todos los funcionarios y/o contratistas de la Superintendencia Nacional de Salud y sus sedes orientan su gestión y atención al usuario a partir de los siguientes atributos de servicio:

Respetuoso: Los seres humanos esperan ser reconocidos y valorados sin que se desconozcan diferencias.

Amable: El trato debe ser cortés pero también sincero.

Confiable: Es la capacidad de prestar el servicio con exactitud y seriedad (alta responsabilidad) ajustado a las normas.

Empático: El servidor percibe lo que el usuario siente y se pone en su lugar.

Incluyente: Servicio de calidad para todos los usuarios sin distingos, ni discriminaciones.

Oportuno: Debe brindarse en el momento adecuado, cumpliendo los términos acordados con el usuario.

Efectivo: Implica desarrollar y poner en práctica competencias sociales y comunicativas para anticiparse y satisfacer las necesidades del usuario. Cuando no es posible satisfacer su necesidad, el servidor explicará al usuario los motivos y le ofrecerá alternativas.

La presente política se aplicará atendiendo medidas de control y autocontrol permanente y observando los más altos estándares de calidad requeridos por la Superintendencia Nacional de Salud en el marco del modelo de Gestión por Procesos y Calidad establecido por la misma.

2. Objetivo

Brindar a los servidores y contratistas de la Superintendencia Nacional de Salud **elementos que les faciliten prestar la atención, orientación e información a los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)** a través de los diferentes canales y protocolos de atención dispuestos por la entidad.



3. Alcance

Para efectos de ordenar, mejorar, optimizar recursos y capacidad de respuesta en la interacción que surge entre los servidores de la Superintendencia Nacional de Salud y los usuarios. El contenido de la presente guía se fundamenta en los Protocolos de Servicio al Ciudadano del Departamento Nacional de Planeación -DNP-, inicia con la introducción a los elementos comunes y esenciales que intervienen en la calidad del servicio a través de los canales de atención, y finaliza con las pautas de atención en el marco de las labores de inspección y vigilancia.



4. Ámbito de aplicación

Esta guía está dirigida a todos los servidores de la Superintendencia Nacional de Salud y de manera específica a quienes desempeñan funciones de atención al usuario.

5. Requisitos de calidad aplicables



Esta guía da cumplimiento a los protocolos desarrollados por el Programa Nacional de Servicio al Ciudadano dispuesto por el Departamento Nacional de Planeación, con fundamento en lo establecido en el CONPES 3785 de 2013.



Guía para Entidades Públicas Servicio y Atención incluyente – DNP Protocolo de Servicio al Ciudadano ESAP



Atributos del buen servicio: Respeto, Amabilidad, Confiabilidad, Empatía, Oportunidad.

6.1. Canales de atención

Son los medios y espacios que dispone la Superintendencia Nacional de Salud para que los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS realicen trámites, soliciten servicios, información, orientación o asistencia relacionada con las funciones de inspección, vigilancia y control que desempeña la entidad, para el cumplimiento de las normas constitucionales y legales que rigen la prestación de servicios de salud en Colombia.

Los canales de atención son los siguientes:

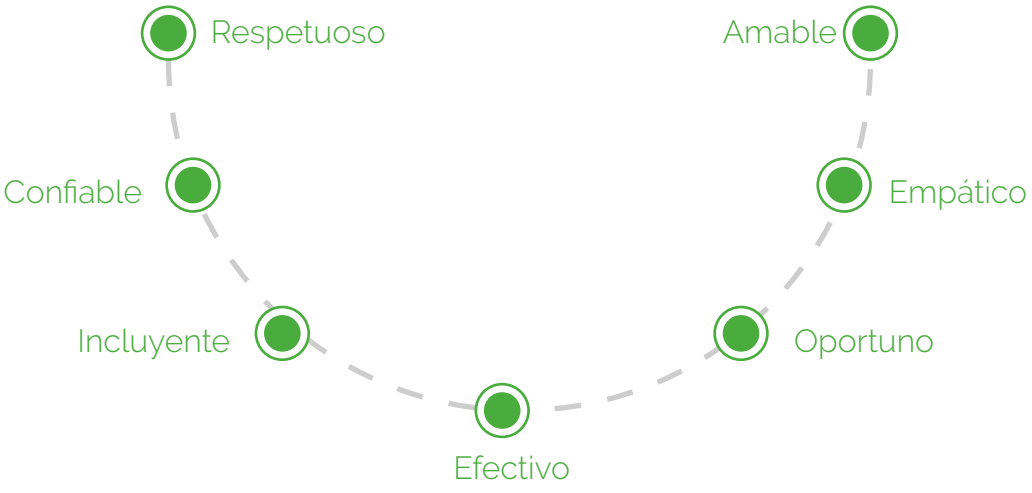


6.2. Servicio:

Comprende las acciones ejercidas por los servidores y contratistas de la Superintendencia hacia los usuarios con la finalidad de atender los requerimientos de información, orientación o asistencia relacionada con el quehacer de la entidad.

6.3. Atributos del buen servicio:

Cualidades que deben tener los servidores y contratistas de la Superintendencia para prestar un servicio de calidad en la atención al usuario. Está relacionado con la expectativa del usuario respecto de la forma en que espera sea atendido por el servidor y son, como mínimo los siguientes:



6. Definiciones



Respetuoso: Los seres humanos esperan ser reconocidos y valorados sin que se desconozcan diferencias.



Amable: El trato debe ser cortés pero también sincero.



Confiable: Es la capacidad de prestar el servicio con exactitud y seriedad (alta responsabilidad) ajustado a las normas.



Empático: El servidor percibe lo que el usuario siente y se pone en su lugar.



Incluyente: Servicio de calidad para todos los usuarios sin distingos, ni discriminaciones.



Oportuno: Debe brindarse en el momento adecuado, cumpliendo los términos acordados con el usuario.



Efectivo: Implica desarrollar y poner en práctica competencias sociales y comunicativas para anticiparse y satisfacer las necesidades del usuario. Cuando no es posible satisfacer su necesidad, el servidor explicará al usuario los motivos y le ofrecerá alternativas.

6.4. Asertividad:



Habilidad social del servidor público que le permite mantener una conversación coherente desde una actitud de atención plena, escucha activa, facilitando la comprensión mutua en el que tienen cabida las necesidades de ambas partes y la negociación fluye de manera natural.

6.5. Atención preferencial:



Es aquella dirigida a los sujetos de especial protección constitucional, que por sus condiciones especiales obligan un tratamiento prioritario para proteger sus derechos en salud. En este grupo se encuentran los adultos mayores, las mujeres embarazadas, las personas en situación de discapacidad y personas de talla baja.

6.6. Lenguaje claro:

Es transmitir al usuario la información sobre los trámites y servicios de modo fácil, directo, transparente, simple y eficaz. Busca mejorar la comunicación con los usuarios, de tal forma que puedan tener certidumbre sobre las condiciones de tiempo, modo y lugar en las que podrán solucionar sus inquietudes y gestionar sus trámites.

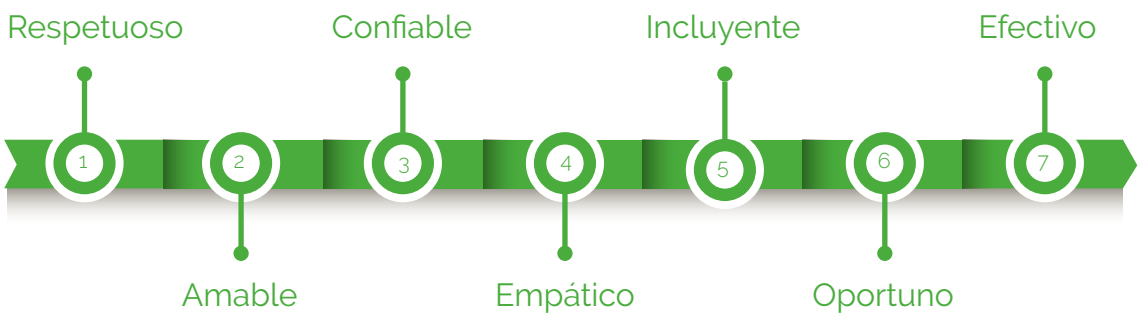


7. Elementos comunes y esenciales que intervienen en la calidad del servicio en todo canal de atención

Adoptando las orientaciones estipuladas en los Protocolos de Servicio al Ciudadano expedidos por el Departamento Nacional de Planeación, los elementos invariables que constituyen la naturaleza de todos los canales de atención de la Superintendencia Nacional de Salud, son los siguientes:

7.1. Buen servicio

Significa darle la atención que requiere el usuario en el momento oportuno, de ahí la importancia de mantener una actitud de servicio, que reúne los siguientes atributos:



El buen servicio también requiere que el servidor conozca:

- El procedimiento de atención definido por esta Superintendencia para responder las peticiones, quejas, reclamos y denuncias de los usuarios.
- Los trámites y servicios que presta la entidad.
- Seguir el conducto regular con aquellos temas que no están dentro de su competencia.

Es importante recordar siempre, que el usuario prefiere que lo oriente o informe un servidor público que:

- Está orgulloso de la entidad que representa.
- Habla lo necesario y es muy claro en su orientación.
- Sabe entender sus necesidades.
- Le brinda respeto y respaldo.
- Pone todo su empeño y dedicación en lo que hace.

Es fundamental tener en cuenta que, si el servidor público escucha, comprende e interpreta los problemas del usuario, es respetuoso, orienta con claridad, atiende con calidez y agilidad, el usuario se llevará una buena impresión de la Supersalud, en este sentido se debe tener en cuenta:

- Saludar al usuario.
- Referirse al usuario con el nombre con el que él se presentó.
- No interrumpir al usuario mientras expone su caso.
- Cuidar su comunicación no verbal y en caso de atención personalizada, su postura.
- Ser consciente de su comunicación verbal, su tono de voz.
- En caso de que se necesite llamar por teléfono, chatear o

recurrir a otro servidor deberá informarle al usuario previamente, agradeciendo luego por la espera.
- Comprometerse sólo con lo que puede cumplir.
- Hacer uso de expresiones que faciliten la comunicación con el usuario como: "con mucho gusto" "vamos a ayudarle" "claro que sí" "estoy dispuesto a ayudarle" "¿me puede repetir, por favor?".
- Evitar dar respuestas como "no sé…" "eso no me toca a mí" o "eso no es de mi competencia", pues son asumidas por los usuarios como actitudes defensivas que se materializan prácticas de un mal servicio.

En ninguna circunstancia los servidores deben recibir pagos, regalos o dádivas a cambio de un buen servicio al usuario. Hacerlo, además de violentar los atributos del buen servicio, conlleva responsabilidad penal y disciplinaria.

7.2. Actitud



Es la disposición de ánimo de una persona, expresada mediante diferentes formas como la postura corporal, el tono de voz o los gestos. Se espera de los servidores públicos que atienden a los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, una actitud de servicio. En este sentido, se debe:

- Anticipar y satisfacer las necesidades del ciudadano.
- Escuchar y evitar interrumpir al usuario mientras habla.
- Ir siempre un paso más allá de lo esperado en la atención.
- Ser creativo para dar al ciudadano una experiencia de buen servicio.
- Comprometerse únicamente con lo que pueda cumplir.



7.3. Usuario alterado



En muchas ocasiones los usuarios acuden a la Superintendencia Nacional de Salud inconformes, confundidos, ofuscados, o furiosos y sienten vulnerado su derecho a la salud por considerar que han sido desinformados previamente, desconoce sus derechos, y/o por no encontrar solución de fondo en las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En estos casos quien brinda la atención al usuario, independientemente de las funciones de su cargo, además de practicar las acciones del buen servicio y actitud mencionadas anteriormente, debe:

- No tomar la situación como algo personal, la ciudadanía se queja de un servicio, no de la persona.
- Mantener una actitud amigable y mirar al interlocutor a los ojos.
- No mostrarse agresivo verbalmente, con los gestos o con la postura corporal.
- Dejar que el usuario exprese su inconveniente, escucharlo atentamente, no interrumpirlo ni entablar una discusión con él.
- Evitar calificar su estado de ánimo, y no pedirle que se calme.
- No perder el control, si conserva la calma es probable que el usuario se tranquilice.
- Cuidar el tono de la voz: muchas veces no cuenta tanto qué se dice, sino cómo se dice.
- Usar frases como "lo comprendo", "discúlpeme", "claro que sí", que demuestran empatía con la necesidad del usuario.
- Dar alternativas de solución, si es que las hay, y comprometerse sólo con lo que se pueda cumplir.

7.4. Lenguaje claro (comunicación verbal y no verbal):



Es la expresión simple, clara y directa de la información que los ciudadanos y los servidores públicos necesitan conocer. La comunicación entre los ciudadanos y las entidades del Estado es el vehículo que aumenta el capital de confianza en la Administración Pública, reduce costos administrativos y financieros, y especialmente, permite que el ejercicio de derechos de los ciudadanos sea efectivo.

El lenguaje que debe usar el servidor para hablar con los usuarios debe ser respetuoso, claro y sencillo; frases corteses como: "muy buen día" "buenas tardes", "estoy para servirle", ¿en qué le puedo colaborar?" siempre son bien recibidas. Así mismo deben evitarse actitudes y gestos no verbales que puedan ser interpretadas por el usuario como un mal servicio. Se recomienda al servidor:

- Evitar el uso de jergas, tecnicismos y/o abreviaturas. En caso de tener que utilizar una sigla siempre debe aclararse su significado.
- Llamar al usuario por el nombre que él utiliza, no importa si es distinto al que figura en la cédula de ciudadanía o al que aparece en la base de datos de la entidad.
- Evitar tratos cariñosos o de "tu" con el usuario, al igual que utilizar términos como "Mi amor", "Corazón", etc.
- Para dirigirse al usuario encabezar la frase con "Señor" o "Señora".
- Evitar respuestas cortantes del tipo "Sí", "No", cuando lo que se está solicitando es ampliar la información.

7.5. Usuario en situación de discapacidad



La Superintendencia Nacional de Salud establece la atención incluyente y prioritaria de los usuarios en situación de discapacidad, para el efecto ha dispuesto las siguientes medidas destinadas a facilitar la interlocución y acceso de estos usuarios según el tipo de discapacidad:

a) Discapacidad física: La discapacidad física se puede definir como una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada. Para estos usuarios las instalaciones de los Centros de Atención al Usuario en Bogotá y en las Regionales disponen de espacios amplios y adecuados para facilitar el acceso.

b) Discapacidad sensorial: Dentro de la discapacidad sensorial, están incluidas las personas con discapacidad visual y auditiva. Para las personas con discapacidad auditiva el Centro de Atención al Usuario de la Superintendencia Nacional de Salud en Bogotá tiene un área con profesionales entrenados para la atención de estas personas. Así mismo, dispone del Centro de Relevo a través de las líneas telefónicas 379 16 30 - opción 1 en Bogotá D.C. y en la línea nacional: 018000 123181 – Opción 1.

A continuación, se relacionan algunas recomendaciones que el servidor de la Supersalud debe tener en cuenta:

- ¡No se asuste! busque apoyo en sus compañeros. En la Supersalud hay servidores que conocen la lengua de señas colombiana.
- Siempre hable de frente y articule las palabras en forma clara y pausada.
- Cuando la persona sorda lleve un acompañante o intérprete, diríjase a la persona sorda desde el inicio de la conversación.
- Permita que la persona sorda exprese sus propias necesidades, no asuma o presuma situaciones.
- Si usted sabe lengua de señas, evite taparse la cara o levantar mucho las manos. Recuerde que los gestos son importantes.
- No utilice el término sordo mudo, la expresión correcta es persona sorda o persona con discapacidad auditiva.
- Tenga en cuenta que no todas las personas sordas conocen la lengua de señas.
- Si va a comunicarse por medio escrito, sea breve y claro.



8. Pautas para la atención asertiva a través de los diferentes canales de atención

Los canales de atención son los medios a través de los cuales la entidad brinda sus servicios a los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La Superintendencia Nacional de Salud cuenta con los siguientes canales de atención respecto de los cuales se recomiendan las pautas de atención asertiva:

Canal presencial



La atención de los usuarios es realizada directamente con servidores entrenados que permite la solución inmediata o contención oportuna de sus requerimientos. Este canal opera en:

- El Centro de Atención al Ciudadano ubicado en Bogotá D.C.
- Las Oficinas Regionales localizadas en las ciudades de Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Quibdó, Neiva, Medellín y Yopal.
- Los puntos de atención ubicados en las Casas del Consumidor, Rutas del Consumidor, en las Regionales para la Atención y Reparación Integral a Víctimas y Puntos de Atención en las Gobernaciones y/o Alcaldías en diferentes lugares del país.

Las pautas a tener en cuenta por parte de los servidores de la Superintendencia para la atención asertiva de los usuarios en los canales presenciales son:

Genéricas para todos los servidores

Asegurar la buena presentación personal, acorde con el rol que desempeña.

Apropiar la imagen e identidad institucional mediante la portabilidad visible de los distintivos de la entidad y el carné institucional.

Mantener el lugar de trabajo ordenado y limpio, sin obstáculos para el desarrollo de la actividad laboral.

Evitar actos como comer en el puesto de trabajo, masticar chicle, maquillarse, etc.

Servidores en punto de información para asignación de turno

Saludar amablemente diciendo: "Bienvenido/a, mi nombre es (nombre y apellido...), ¿qué servicio requiere? Por favor, diríjase a...."

Escuchar atentamente al usuario y orientarlo indicándole el procedimiento a seguir para ser atendido por un servidor.

Orientar sobre el funcionamiento del digiturno. Debe evaluar si el usuario se encuentra en una situación de atención preferencial.

Entregar e informar sobre el diligenciamiento voluntario del formato de encuesta de satisfacción al usuario (AUFT07), explicando su oportunidad de diligenciamiento al finalizar la atención y su depósito en la urna sellada dispuesta para tal fin.

Servidores en cubículos de atención	**Hacer contacto visual** con el usuario desde el momento en que se acerca. **Saludar de inmediato,** de manera amable y sin esperar a que sea él quien salude primero. **Dar al usuario completa y exclusiva atención** durante el tiempo de la consulta, de manera que no podrá hacer uso de su celular durante la atención. **Dar información** al usuario con base en documentos oficiales de la Entidad que con¬tengan los requisitos para los trámites o servicios, las formas de presentar la documentación y los procedimientos establecidos para ello. **Recordar** al usuario al finalizar la atención sobre el diligenciamiento voluntario del formato de encuesta de satisfacción al usuario (AUFT07), y su depósito en la urna sellada dispuesta para tal fin. **Despedirse** con una sonrisa, llamando al usuario por su nombre y anteponiendo el "Sr." o "Sra."

No se debe olvidar que cada dos semanas, en horario de atención, el servidor designado por el Coordinador del Centro de Atención al Ciudadano para hacer el conteo de las encuestas se dirige a la urna, y le solicita acompañamiento a un usuario que se encuentre en sala, para que sea testigo de la apertura de la urna y del conteo de las encuestas para su posterior incorporación en el informe del Coordinador. Así mismo, no serán tenidas en cuenta las encuestas tachadas, no diligenciadas o diligenciadas de manera incompleta.

Canal telefónico



A través de este canal los usuarios interactúan en tiempo real con los servidores de la Supersalud; para el efecto, la entidad cuenta con una línea nacional gratuita 018000513700, que opera las 24 horas al día los 7 días de la semana. Además del fax (57) (1) 744 2000 opción 4. Todos los servidores de la Supersalud están en la obligación de atender a los usuarios que recurran al canal telefónico, por lo que es importante tener en cuenta las siguientes pautas para la atención asertiva, además de las definidas en los atributos del buen servicio:

Pautas para asegurar el canal sin interferencia

- Mantener la bocina del teléfono o micrófono (diadema) frente a la boca a una distancia aproximada de 3 cm.
- Retirar de la boca cualquier objeto que dificulte la vocalización y la emisión de la voz, como esferos, dulces, chicles, alimentos, etc.
- Atender la llamada de manera amable y respetuosa; la actitud también puede ser percibida por teléfono.
- Evitar hablar con terceros mientras se está atendiendo una llamada.
- Usar un tono y velocidad de voz moderada.
- Saludar primero con frases como “Buenos días”, “Buenas tardes”.
- Dar el nombre de la dependencia y el nombre del servidor público completos.

Pautas para asegurar el canal sin interferencia	- Ofrecer ayuda con frases como: "¿En qué le puedo colaborar?", "¿Cuál es su inquietud?". - El Servidor debe escuchar con atención lo que necesita el usuario, sin interrumpirlo, así la solicitud no sea de su competencia. - Si el servidor puede resolver la solicitud, debe dar la información completa y cerciorarse de que al usuario le quedó clara, y llenó sus expectativas. En adición deberá informar sobre las oficinas regionales y los puntos de atención.
Pautas para el desenlace de situaciones específicas	- En caso de que la solicitud no sea de competencia del servidor y no cuente con la información necesaria para dar una respuesta al usuario, debe comunicarlo de manera amable, informándole que trasladará la llamada al área encargada, solicitándole que espere unos minutos en línea mientras lo comunica; así mismo, le indicará de manera clara el área a la que lo va a dirigir y la extensión que debe marcar en el evento que se pierda la comunicación. Al trasladar la llamada, el servidor deberá informar a la dependencia respectiva el objeto de esta. - Si el usuario desea presentar o conocer el estado de una PQRD, el servidor deberá informar al número telefónico dispuesto por la entidad para atender a esta solicitud: 018000513700 línea gratuita nacional; en adición informará sobre las oficinas regionales y los puntos de atención y la página web: www.supersalud.gov.co

Finalizada la atención telefónica, el servidor de la Superintendencia Nacional de Salud debe verificar con el usuario que entendió la información y preguntar adicionalmente si hay algo más en lo que se le pueda servir. Si el usuario manifiesta estar conforme con la respuesta, el servidor deberá despedirse amablemente.

Canales virtuales



La Supersalud cuenta con chat, formulario electrónico, vídeo llamada, llamada en línea para la formulación de PQRD a través de la página web www.supersalud.gov.co; adicionalmente la entidad puso a disposición de los usuarios sus cuentas en las redes sociales Twitter y Facebook para el mismo fin. Estos canales son operados por contratistas, quienes debe tener en cuenta las obligaciones contractuales por las que fue seleccionado para la labor, y conocer cada una de las dependencias de la Superintendencia Nacional de Salud, la Guía Gestión de Casos en Redes Sociales y la presente Guía de Atención al Usuario.

Referencias bibliográficas

1. Protocolo de Atención al Ciudadano - Servicio Nacional de Atención al Ciudadano del Departamento Nacional de Planeación - DNP -.

2. Proyecto Manual de atención al Usuario – Grupo de Atención al Usuario 2013 Supersalud.

3. CONPES 3785 del 2013.

4. Ley 1755 del 2015.

5. Decreto 2462 de 2013.

6. Resolución 587 de 2014.

Regionales y Puntos de atención de la Supersalud

Regionales:

- **Regional Andina**
  M2. Edificio Hotel BH,
  Carrera 43A N.° 9 sur – 36,
  Zona El Poblado, Los Balsos.
  Medellín

- **Regional Norte**
  Avenida 11 de noviembre (Carrera 54) N.° 72 – 180
  Barranquilla

- **Regional Nororiental**
  Carrera 29 N.° 48 – 08
  Bucaramanga

- **Regional Occidental**
  Calle 24 N.° 5C - 47
  Santiago de Cali

- **Regional Sur**
  Calle 8 N.° 8-91, local 10
  Neiva

- **Regional Chocó**
  Calle 26 N.° 10–10, Avenida Alameda
  Quibdó

- **Regional Orinoquía**
  Calle 22 N° 8 - 64,
  Centro Edificio Royal, Piso 3
  Yopal

Otros Puntos:

- **Bogotá**
  Carrera 13 N° 28 - 08 · Centro Internacional

- **Casas del Consumidor**

- **Centros Regionales de Atención Integral y Reparación a Víctimas**

**Consulte las direcciones y horarios en www.supersalud.gov.co*

Facebook
facebook/supersalud

Twitter
@supersalud

Linea Gratuita Nacional
01 8000 513 700
24 horas al dia los 7 dias de la semana

Supersalud

HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN

INSTRUCTORA: NURFAY MINA VALENCIA

PROGRAMA: TECNICO DE ENFERMERIA

APRENDICES: LUCIA ROJAS, VALENTINA GOMEZ, BANESA GUTIERREZ, CAMILA CAICEDO Y KAREN VALBUENA

FICHA: 2930193

CONTENIDOS

1. Ejemplo de institución habilitada y acreditada.
2. La diferencia entre habilitación y acreditación.
3. Como se realiza la habilitación.
4. Como se realiza la acreditación.
5. Ventajas entre la una y la otra.
6. Ente habilitador y el ente acreditador.



DIFERENCIA

Habilitación en Salud:

- Es un proceso obligatorio que las instituciones de salud deben cumplir para operar legalmente.
- Es un requisito previo para ofrecer servicios médicos a los pacientes.
- Implica una evaluación exhaustiva.
- La habilitación busca garantizar que la institución cumpla con los requisitos mínimos para brindar atención de calidad y seguridad.

Acreditación en Salud:

- La acreditación es un proceso vo periódico que va más allá de los mínimos de habilitación.
- Se basa en estándares óptimos y fa alcanzar, previamente conocidos entidades evaluadas.
- A través de la acreditación, se busca g mejorar la calidad de la atención m autoevaluación interna y la revisión exte

INSTITUCIÓN HABILITADA Y ACREDITADA.

Clínica Versalles S.A

- Trato inadecuado a los pacientes en cuento a los procedimientos.
- Poco profesionalismo de parte del personal.
- La atención al usuario no es satisfactoria.

Hospital Susana López de Valencia E.S.E

- Compromiso con la excelencia en la gestión clínica.
- La seguridad del paciente.
- La humanización de la atención en salud.

La salud es de todos

Minsalud

VENTAJAS

Habilitación

standarización de la habilitación
e las herramientas.

e reduce el trabajo en procesos.

e reduce el tiempo de producción.

e simplifica la planeación de los
rocesos.

implifica la planeación y el
ontrol de la producción.

Acreditación

- mejora la imagen y de la credibilidad.
- mejoramiento continuo de los procesos.
- Reconocimiento de la excelencia.
- reconocimiento de costos de la No contabilidad.
- Mejoramiento de su capacidad de negociación.

ESTADARES PARA REALIZAR LA HABILITACIÓN



1. TALENTO HUMANO



2. INFRAESTRUCTURA



3. DOTACIÓN



4.MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS



5. PROCESOS PRIORITARIOS



6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS



7. INTERDEPENDENCIA

ESTADARES PARA REAIZAR UNA ACREDITACIÓN

1. La Seguridad de paciente entendida como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que busca minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud.

2. Existencia de políticas y programas dirigidos a la Humanización de la atención que tengan en cuenta la dignidad del ser humano.

3. Gestión de la Tecnología mediante un proceso racional de adquisición y utilización que beneficie a los usuarios y a las instituciones.

4. El Enfoque y Gestión del Riesgo mediante la provisión de servicios de salud accesibles y equitativos, teniendo en cuenta el balance entre la gestión clínica y la gestión administrativa y los beneficios, riesgos y costos.

ENTE HABILITADOR Y ACREDITADOR

Por esta razón, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 2003 de 2014 de habilitación de prestadores la cual define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

ICONTEC ha sido autorizado por el Ministerio de Salud y Protección Social para ejercer la función como organismo de acreditación en salud, dado que cumplieron todos los requisitos establecidos en las normas señaladas. La inscripción como entidad acreditadora a nivel nacional del Sistema Único de Acreditación en Salud es la resolución 2427 del 17 de junio de 2014.

GRACIAS POR LA ATENCIÓN

Accede a apuntes, guías, libros y más de tu carrera

Línea de tiempo de las Leyes de Salud en Colombia

1 pag.

Descargado por Nurfay Mina Valencia
(mnurfay34600@gmail.com)
Encuentra más documentos en www.udocz.com

Línea de Tiempo

Leyes en salud de Colombia

1993
Ley 100

Se encarga de reclutar y reorganizar entidades relacionadas con la salud, asimismo establece normas y procedimientos para que las personas y la comunidad tengan acceso a los servicios de salud, con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

2000
Resol. 0412

Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de **demanda inducida y obligatorio cumplimiento** y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

2007
Ley 1122

Determina que el Gobierno Nacional definirá el **Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio**, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar.

2007
Decreto 3039

Adopta el Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007-2010, el cual será de obligatorio cumplimiento, en el ámbito de sus competencias y obligaciones por parte de la Nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades obligadas a compensar, las entidades responsables de los regímenes especiales y de excepción y los prestadores de servicios de salud.

2008
Resol. 425

Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales.

Aquí se describe, como las direcciones territoriales deberán planear sus acciones para contribuir con los retos del Plan Nacional de Salud Pública.

2011
Ley 1438

Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servidos de mayor calidad, induyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en

2015
Ley 1751

Adopta políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida.

2015
Resol. 518

Mediante la Resolución 518 de 2015 se dictan las disposiciones con relación a la Gestión de la Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC. Por otra parte, establece las intervenciones, procedimientos, actividades e insumos que serán financiados con recursos del Plan de Salud Pública de Intervenciones. Disposiciones que serán de obligatorio cumplimiento por todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.

2018
Resol. 3280

Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación

2019
Resol. 2026

Aparece la clínica o departamento de pacientes abulantes naciendo lo que hoy es tratamiento ambulatorio, el cual se consideró un medio para combatir las entermedades tansmisibles quedando como un precedente de la epidemiología.

.

¡Descubre mis Redes Sociales!

@_NotasClinicas
@NotasClinicas
www.youtube.com/@NotasClinicas
www.facebook.com/NotasClinicas

Descargado por Nurfay Mina Valencia (mnurfay34600@gmail.com)
Encuentra más documentos en www.udocz.com

CENTRAL DE EQUIPOS Y ESTERILIZACIÓN (CEYE)

- Servicio encargado de abastecer a dodos los servicios de una institución de salud, de material y equipos necesarios para el desarrollo de actividades en el campo medico y quirúrgico.



IMPORTANCIA DE LA ESTERILIZAION

- Destruir todo tipo de microorganismos para evitar su propagación.

- Garantizar la esterilización de insumos, ropa, equipos e instrumental para evitar contaminación operatoria.



CENTRAL DE ESTERILIZACION

CEYE

PROCESO

1-RECEPCIÓN
Etapa que recibe e inspecciona el estado y cantidad de los artículos distribuidos para cirugías y procedimientos para una cirugía

2 -LAVADO
Etapa crítica que elimina la materia orgánica e inorgánica de los artículos.

3- SECADO E INSPECCIÓN
Etapa que elimina rastros de humedad y evalúa la limpieza y funcionalidad de los artículos.

4-PREPARACIÓN
Fase que organiza, arma y verifica contenido de cada paquete o equipo. En esta fase se incluye el indicador químico interno

5-EMPAQUE
Etapa que empacar los instrumentos/equipos con la finalidad de facilitar su uso, evitar daños o deterioros y preservar su esterilidad hasta ser utilizado en el. paciente.

6-ESTERILIZACION
Etapa en la cual los artículos son expuestos al método de esterilización para eliminar los microorganismos en su totalidad, incluyendo esporas y priones.

7-ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN
Que preserva la esterilidad de los artículos hasta su uso, considera su almacenamiento y distribución hasta el área de uso.

METODOS DE CEYE

Altas Temperaturas:

1. Calor húmedo(Autoclave a Vapor)
2. Calor seco (pupinel)

Bajas Temperaturas:

1. Oxido de Etileno
2. Formaldehido
3. Peroxido de Hidrógeno
4. Ac Peracético
5. Ozono

FUNCION Y OBJECTIVO DE CEYE

Obtener, centralizar, preparar, esterilizar, clasificar y distribuir el material de consumo, canje, ropa quirúrgica e instrumental médico quirúrgico a los servicios asistenciales de la Unidad Médica. El objetivo de la CEYE es asegurar la distribución adecuada de equipo, material e instrumental de manera oportuna y con la optimización de tiempo.

AREAS

Área roja o contaminada
Es donde se realiza la recepción de artículos que ya fueron utilizados para su sanitización y descontaminación. .

Área azul o limpia
Es donde se realiza la selección y empaquetado de los artículos para esterilizar

Área verde o estéril
Es donde se almacenan todos los paquetes estériles, listos para su uso.

METODO DE ESTERILIZACION CON BAJA TEMPERATURA

Peroxido de hidrogeno

El sistema de esterilización comprende el uso combinado de peróxido de hidrógeno y gas plasma de baja temperatura, para esterilizar de forma rápida y segura la mayoría de dispositivos médicos sin dejar residuos tóxicos.







METODO DE ESTERILIZACION CON ALTA TEMPERATURA

Autoclave

Elimina los MO por desnaturalización de las proteinas.
Es considerado el método de esterilización más efectivo en la actualidad debido a que es rápido, eficiente, seguro, certificable, no toxico y bajo costo.
Debe seleccionarse como la primera opción en métodos de esterilización.



METODO DE ESTERILIZACION CON BAJA TEMPERATURA

Oxido de etileno

Oxido de Etileno

- Alta penetrabilidad
- Penetra sin restricción de lúmenes
- Compatible con todos los dispositivos médicos.
- Compatible con todos los sistemas de empaque.
- Larga historia de uso.
- Fácil de operar.

Desventajas:

- Requiere de instalación con aireación.
- Toxicidad en humanos muy estudiada.
- Inflamable.
- Personal debe recibir entrenamiento.
- El material debe tener proceso de aireación.
- El ciclo total es lento.



Health Care Academy

Nancy Moya R

3M

© 3M 2015. All Rights Reserved



Indicadores Físicos:

- Registro o impresión al final de cada ciclo de esterilización, que contiene registro de tiempo, temperatura , presión en esterilizadores con vapor.
- Debe adjuntarse a bitácora de cada carga con nombre y firma del operador responsable.

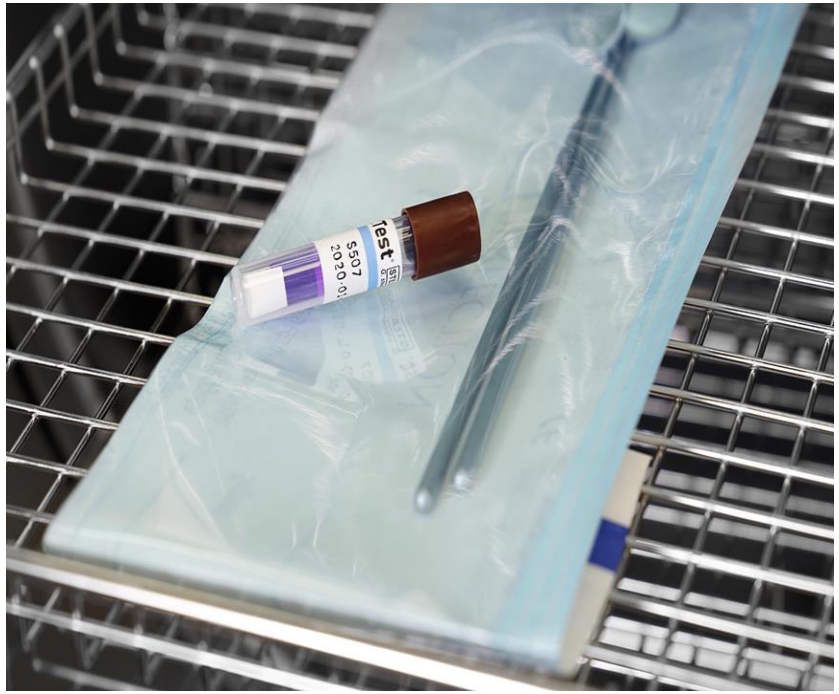
★ INDICADOR DE CALIDAD DE FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO

La calibración de estos sensores de control son críticos para dar conformidad al proceso.

© 3M 2015. All Rights Reserved

INDICADORES DE ESTERILIZACION

Son utilizados para monitorear el proceso de esterilización, verificando que todas las etapas del proceso fueron realizadas de forma correcta para garantizar la esterilización.



Indicadores Químicos





CLASE 1 – INDICADORES DE PROCESO:
Diseñados para demostrar solo la exposición al procedimiento de esterilización

CLASE 2 – INDICADORES DE PRUEBA ESPECIFICOS
Diseñados para probar la eficacia de la bomba de vacío en autoclaves con sistema de pre-vacío.
Test Bowie- Dick







CLASE 3 – INDICADORES DE UN SOLO PARAMETRO
Diseñado para responder a una variable crítica del proceso.



Norma EN ISO 11140-1: 2009 incluye EN ISO 11140 -1 2005
Norma AAMI ST 79 2010/A1:2010/A2:2011/A3:2012.

Rights Reserved

TIPO 4 – INDICADORES MULTIPARAMETROS

Diseñados para responder a dos o más variables críticas del proceso (tiempo, temperatura)





TIPO 5 – INDICADORES INTEGRADORES

Diseñados para responder a todas las variables críticas del proceso.

- Tiempo de esterilización
- Presión dentro de la cámara
- Humedad
- Exposición al agente esterilizante
- Temperatura.





TIPO 6 – INDICADORES EMULADORES

Diseñados para reaccionar a todas las variables críticas de un proceso de esterilización específico como ciclo de priones. (T° 134 Tiempo 18 equipo prevacío)





LOS INDICADORES QUIMICOS SON REFERENTES DE CALIDAD DEL PROCEDIMIENTO DE ESTERILIZACIÓN

Norma EN ISO 11140-1: 2009 incluye EN ISO 11140 -1 2005

Norma AAMI ST 79 2010/A1:2010/A2:2011/A3:2012.

Rights Reserved

VIDEO PROCESO DE ESTERILIZACIÓN

Fuente: https://www.youtube.com/watch?v=wvI7hCskHvE



Modelo de Acción Integral Territorial -MAITE- RESOLUCIÓN 2626 DE 2019

Por medio de la cual se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), en reemplazo del Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y que modifica la Política de Atención Integral en Salud (PAIS).

Esta resolución 2626 de 2019 deroga integralmente las resoluciones 429 de 2016 y 489 de 2019. Y se convierte en el nuevo norte conceptual para la trasformación operativa de la organización y prestación de los servicios de salud en Colombia.

Su objetivo es enfrentar los problemas de descoordinación y dispersión que se han presentado en el país. En este sentido, el MAITE es un instrumento de gestión que tiene como fin mejorar las condiciones de salud de la población a través de acciones coordinadas entre los agentes del sistema de salud, agentes de otros sistemas y las comunidades, bajo el liderazgo del departamento o del distrito, entidades territoriales que deben identificar las prioridades y establecer acciones operativas por medio de acuerdos con el Ministerio de Salud.

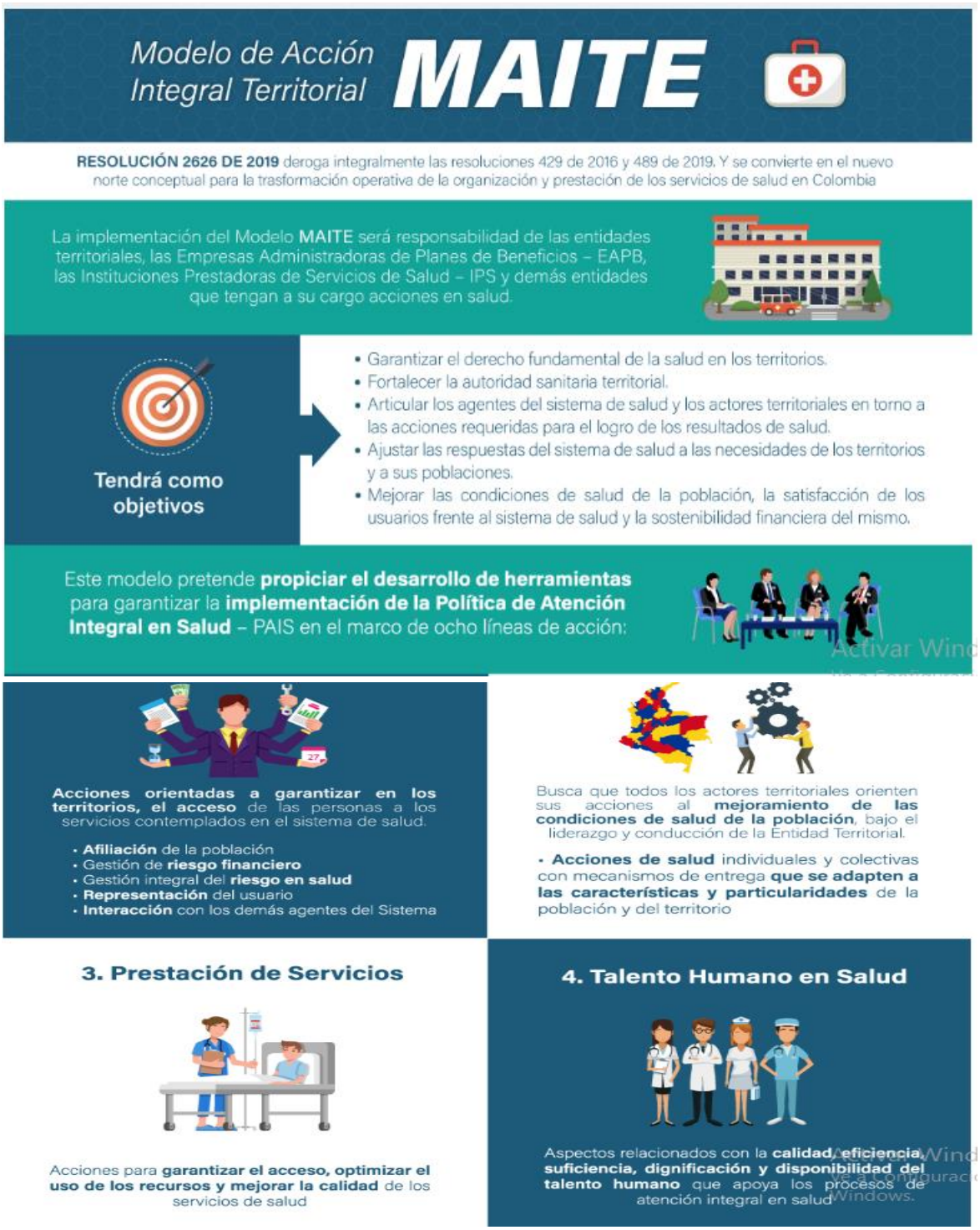
MAITE, reconoce e incorpora los desarrollos realizados a través de los componentes del Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS y permitirá la coordinación de agentes, usuarios y otros actores, a través de unas líneas de acción, con enfoque de salud familiar y comunitaria, territorial, poblacional y diferencial; alcanzar la cobertura y acceso para todas las personas, propendiendo hacia la generación de mejores condiciones de salud de la población y el goce efectivo del derecho fundamental de la salud.

Para la implementación y el seguimiento de la Política de Atención Integral de Salud – PAIS y del Modelo de Acción Integral Territorial MAITE, serán las entidades territoriales, así como las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB, de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza pública, privada o mixta, quienes tengan a su cargo acciones en salud relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y muerte digna.

Asimismo, este nuevo modelo pretende unificar los elementos y acciones que proporcionen el desarrollo de herramientas (planes, programas, proyectos, normas, documentos técnicos y ejecuciones concretas) en el marco de ocho líneas de acción: aseguramiento, salud pública, prestación de servicios, talento humano en salud, financiamiento, enfoque diferencial, articulación intersectorial y gobernanza. En la resolución se incluye el componente de Educación Interprofesional en Salud (EIP), que busca fortalecer las competencias y la capacidad resolutiva del talento humano.

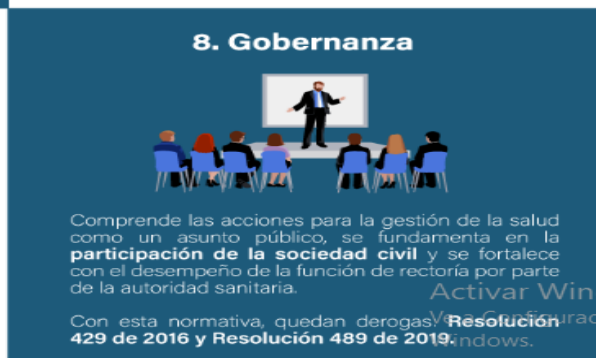
La línea de acción sobre Talento Humano tiene un componente novedoso denominado Educación Interprofesional en Salud EIP, que busca fortalecer las competencias y la capacidad resolutiva del talento humano ya disponible, para la implementación efectiva de la plataforma estratégica de la Política de Atención Integral en Salud, centrada en las personas, familias y comunidades,

respondiendo a las necesidades en salud de la población, y reconociendo sus potencialidades a través de acciones de formación en trabajo conjunto con las instituciones formadoras de talento humano en salud. Esto incluye el desarrollo de acciones de formación y trabajo colaborativo en los escenarios de atención a través de la estrategia de Educación Interprofesional en Salud (EIP), reconociendo a las personas como sujetos de saberes y derechos.









f



Fuente: https://synergiaconsultoria.com/modelo-de-accion-integral-territorial-maite

CLASIFICACION DE LAS HERIDAS

Según la profundidad

Dependiendo de la profundidad de la herida y de las capas de piel que haya atravesado, podemos distinguir los siguientes tipos de heridas:

- **Superficial**: Cuando solo atraviesa la piel.
- **Profunda**: Cuando la herida atraviesa el tejido subcutáneo.
- **Penetrante**: Cuando penetra una cavidad, como puede ser la boca, el abdomen, la vagina, etc.
- **Perforante**: Cuando atraviesa el cuerpo.

Según la cicatrización

La cicatrización se refiere al proceso biológico a través del cual los tejidos vivos reparan las heridas, devolviendo la piel a su estado original, o no. En este sentido, podemos encontrar cicatrices prácticamente imperceptibles, cicatrices estéticas o cicatrices hipertróficas, entre otras. Dependiendo del nivel de cicatrización, podemos distinguir diversos tipos de heridas:

- **Aguda**: Es aquella que el organismo es capaz de cerrar o sanar en el tiempo esperado. La cicatrización se producirá sin infección y en un periodo que suele oscilar entre siete y catorce días.
- **Crónica**: Es aquella que el organismo no puede cerrar o sanar en el tiempo esperado, ya que la herida suele ser más profunda y la zona suele estar inflamada. El proceso de reparación y cicatrización es desordenado y se alarga en el tiempo.

Según su riesgo de infección

Como hemos mencionado con anterioridad, muchas de las heridas que nos hacemos en el día a día no suelen ser graves. Sin embargo, las hay que sí lo son, o que no han sido bien curadas y han derivado en complicaciones. En función del riesgo de infección, podemos clasificar las heridas de la siguiente manera:

- **Limpia**: Es la realizada en un entorno aséptico, por ejemplo en un quirófano.
- **Contaminada**: Ha estado expuesta a bacterias un corto periodo de tiempo.
- **Sucia o infectada**: Ha estado expuesta a bacterias un periodo largo de tiempo

Según la integridad de la piel

- **Abierta**: Se observa la separación de los tejidos blandos de la piel. Estas lesiones tienden a infectarse con facilidad.
- **Cerrada**: No se observa lesión aparente, pero hay hemorragia debajo de la piel, en cavidades o vísceras. Así, los tejidos dañados no están expuestos al exterior.

Según la gravedad

La clasificación de heridas según su gravedad es, probablemente, una de las categorizaciones más representativa. Lo hemos dicho en varias ocasiones: una herida puede ser leve, moderada o grave, y dicha gravedad se medirá en función de otros factores. Por ejemplo, si la herida es superficial o profunda, si está contaminada o no, si está abierta o cerrada, si el objeto o mecanismo que lo ha causado puede quedar en el interior del cuerpo, etc.