

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

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 mantenga 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



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.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá



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?	
¿Quiénes 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?
- ¿Cuáles 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. ¿QUÉ 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 continuas 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 por qué 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

¿Quiénes 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.



¿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 remitir o institución remitora. 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 concurren 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, número 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 garantizan 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 un 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.

¿Cuáles 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”

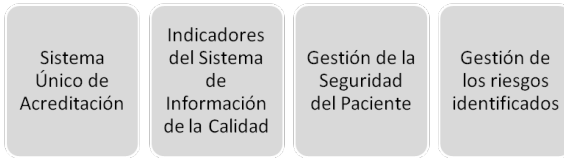
El
componente
de Auditoría
para el
Mejoramiento
NO ES:

- Un listado de Auditorías
- Responsabilidad de los referentes de Calidad de la Institución
- No es sólo para procesos misionales
- No pretende buscar culpables

El componente
de Auditoría para
el Mejoramiento
SIES:

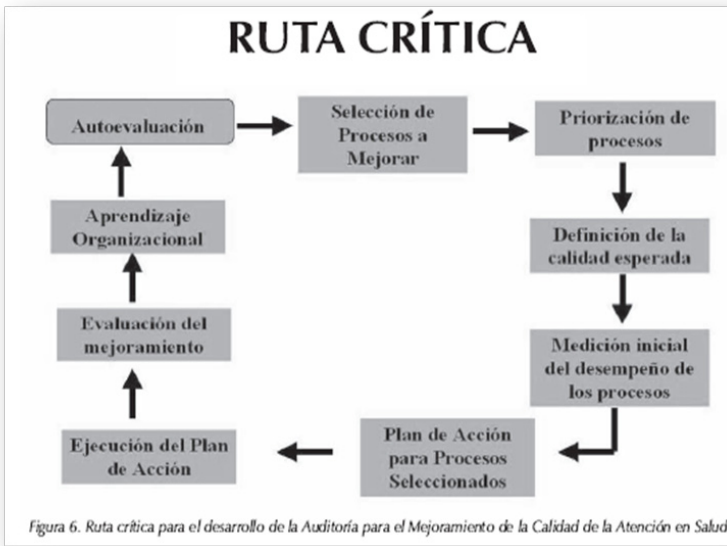
- Concordante con el Sistema Único de Acreditación
- Superior a los estándares del Sistema Único de Habilitación.
- Realización de actividades de mejoramiento, evaluación y seguimiento de los procesos institucionales que influyen de manera directa en el mejoramiento continuo
- Comparación entre la calidad observada y la calidad esperada
- Adopción de acciones de mejora para cerrar brechas entre lo observado y lo esperado
- Un articulador de los demás componentes del SOGC

FOCO PARA EL MEJORAMIENTO



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

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



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

SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

- De acuerdo al enfoque institucional del PAMEC, liste los procesos relacionados
- Si el enfoque es Acreditación, realice una matriz de correlación entre los grupos de estándares que les aplica y los procesos del Mapa de Procesos, que se mejoran al implementar esos estándares

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:

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

CUARTO PASO: DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA:

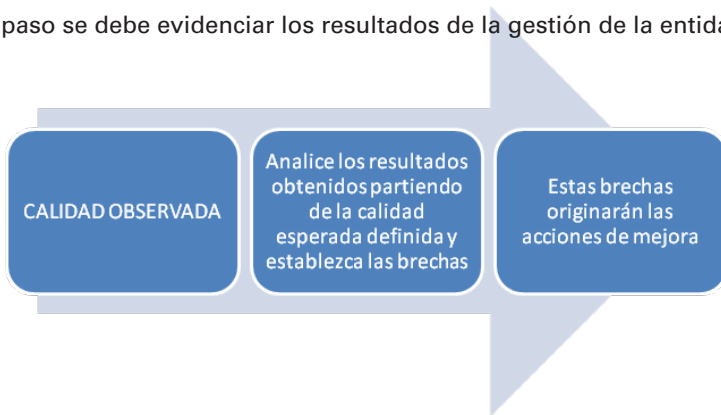
La institución debe tener definida explícitamente los resultados esperados para lo siguiente:

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.

EN ESTE
PUNTO, INICIE
NUEVAMENTE
EL CICLO DE
MEJORA

¿Cuál es la articulación del componente de auditoría 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

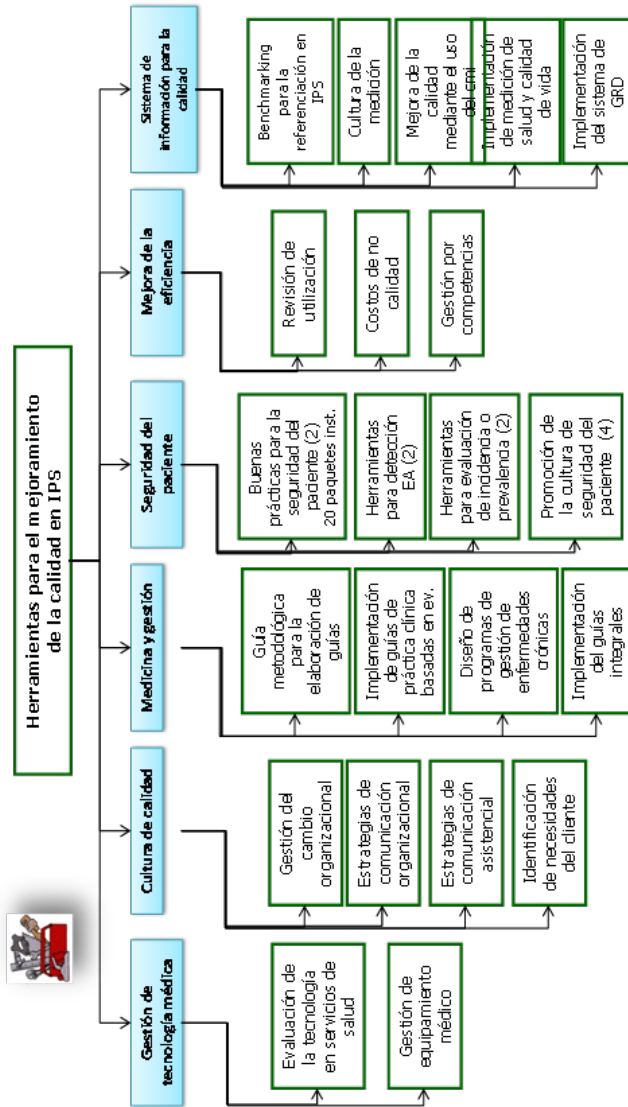
ubicada en la página web del Ministerio, www.minproteccionsocial.gov.co

CARACTERÍSTICAS 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



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 hospitalares (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 incrementa 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.



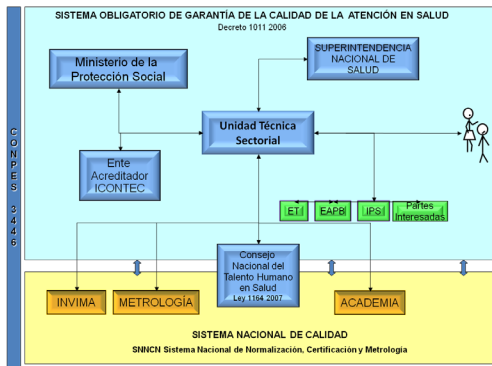
No obstante, existe la posibilidad de que la institución no "pase" la evaluación por parte del ente acreditador, en cuyo caso se le abren dos opciones:

- 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.

¿Cuáles 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 cubre 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 cuáles manuales, grupos y/o estándares aplica.

Cada manual plantea un grupo de estándares que cubren 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 los 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?

Las 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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1446 DE 8 MAYO DE 2006

HOJA No. 2

"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	IPSe	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 Intra-hospitalaria después de 48 horas (2) Tasa de Infección Intra-hospitalaria (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 podrá encontrarlos en la dirección Web del observatorio es <http://201.234.78.38/ocs/>
La dirección Web del MPS <http://www.minproteccionsocial.gov.co>

The screenshot shows the website for the Observatorio de Calidad de la Atención en Salud. At the top, it features the logo of the Ministerio de la Protección Social and the title 'Observatorio de Calidad de la Atención en Salud'. Below the header is a navigation bar with seven icons and labels: 'Cuadro de Mando del SOGCS', 'Indicadores de Calidad', 'Caja de Herramientas', 'Experiencias e Investigación', 'Centro de Seguridad del Paciente', 'Evaluación de Tecnologías en Salud', and 'Información a Usuarios'. Underneath these are the categories 'Indicadores', 'Documentos', 'Referentes', and 'Reportes Públicos del SOGCS'. The main content area is titled 'Sistema de Información para la Calidad' and contains a box with the text: 'Indicadores de Calidad reportados por las instituciones en cumplimiento de lo ordenado por la Resolución 1446 de 2006, reglamentaria del Decreto 1011 de 2006'. Below this, there are two sections: 'Cuadro de mando EAPB' with an image of three stacked folders (yellow, blue, orange) labeled '(EAPB)', and 'Cuadro de mando IPS' with a blue map of Colombia.

6. ¿QUÉ ES LA POLÍTICA 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.

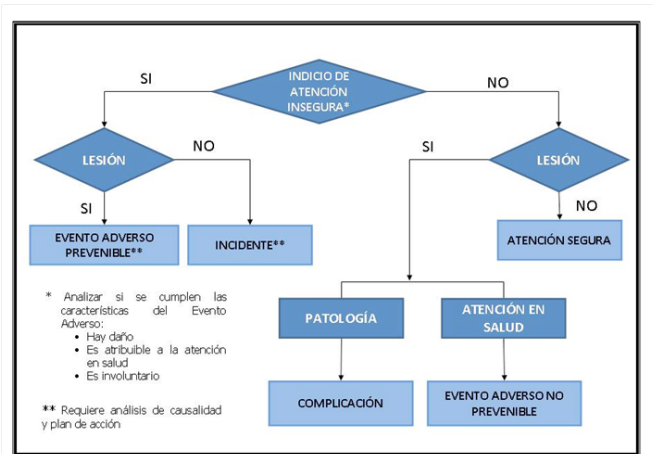
6. Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.

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 su 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 política de seguridad institucional así como las generalidades de seguridad del paciente en todos sus colaboradores
- Capacite formalmente en seguridad de pacientes a los colaboradores líderes
- Aplique la encuesta de medición del clima de seguridad de pacientes. Analice y tome acciones de mejora
- Implemente el sistema de reporte del evento adverso
- Defina en cada servicio los 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

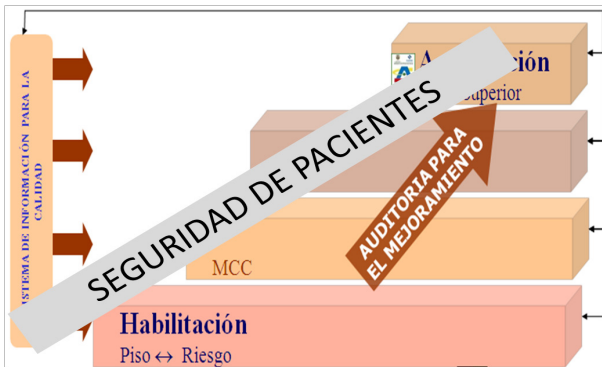
PASO 3

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 COMPONENTES DEL SOGC



La seguridad de pacientes debe ser transversal a toda la organización y por lo tanto debe verse reflejado y medido 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	Por 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 se 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 párrafo 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 disposiciones 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 1º. 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, adicione 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 4º. Componentes del SOGCS. Tendrá como componentes los siguientes:

1. El Sistema Único 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 Habilidadación

Artículo 6°. Sistema Único de Habilidadación. 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 Habilidadación. 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 Habilidadación 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 concurren 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. Énfasis 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 URIBEVÉLEZ

El Ministro de la Protección Social,

Diego Palacio Betancourt.

NOTA: Publicado en el Diario Oficial 46230 de abril 03 de 2006.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Carrera 13 No. 32 - 76 piso 18, Bogotá - Colombia

Teléfono: 330 5000 Ext: 1800

Línea 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