

# **POLÍTICA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD 2026–2035:**

**“Calidad en salud, cuidado  
integral para una vida saludable”**

---

**Oficina de Calidad**

**Ministerio de Salud y Protección Social**

**Mayo 2026**

**GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ**

Ministro de Salud y Protección Social

**JAIME HERNÁN URREGO RODRÍGUEZ**

Viceministro de Salud y Prestación de Servicios

**LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA**

Viceministro de Protección Social

**RODOLFO ENRIQUE SALAS FIGUEROA**

Secretario general (E)

**ANA MILENA MONTES CRUZ**

Jefe (E) Oficina de Calidad

**Equipo Técnico Oficina de Calidad**

Claudia Silenia Niño Rey

Iván Javier Angarita Gálvez

Carlos Antonio Botero Botero

John Edward Cruz Molina

Luz Adriana Zuluaga Salazar

Lesly Milena Guasmayán Cruz

Leidy Johanna Alonso Pinzón

Luisa Fernanda Orduy Mesa

Nelsy Daniela Ávila Galindo

## **Dependencias del MSPS que participaron en la formulación de la política:**

Despacho del ministro, Despacho del viceministro de Protección Social, Despacho del viceministro de Salud y Prestación de Servicios, Oficina de Promoción Social, Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación, Dirección de Promoción y Prevención, Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud, Dirección de Financiamiento Sectorial, Dirección de Epidemiología y Demografía, Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, Dirección de Financiamiento Sectorial

POLÍTICA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD 2026 – 2035: “Calidad en salud, cuidado integral para una vida saludable.”

Oficina de Calidad

© Ministerio de Salud y Protección Social

Carrera 13 No. 32-76 Bogotá - Colombia

## CONTENIDO

<b>DEFINICIONES .....</b>	<b>1</b>
<b>PRESENTACIÓN .....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>PARTE I CONTEXTO GENERAL POLÍTICA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD .</b>	<b>10</b>
<b>1 MARCO DE REFERENCIA.....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 ANTECEDENTES.....</b>	<b>10</b>
<b>1.2 MARCO NORMATIVO .....</b>	<b>12</b>
1.2.1 MARCO NORMATIVO GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA .....	13
1.2.2 MARCO NORMATIVO APLICABLE A LA CALIDAD EN SALUD EN COLOMBIA .....	19
<b>1.3 MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>27</b>
1.3.1 CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y DEL CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD .....	27
1.3.2 COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL .....	29
1.3.3 CALIDAD Y LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD .....	30
1.3.4 ENFOQUE DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE .....	32
1.3.5 SISTEMA DE EVALUACIÓN Y MONITOREO DE LA CALIDAD EN SALUD.....	34
1.3.6 EL MÉTODO DE LOS MARCOS .....	35
<b>2 DISEÑO METODOLÓGICO PARA LOS ESPACIOS APROPIACIÓN SOCIAL DEL CONOCIMIENTO.....</b>	<b>41</b>
<b>2.1 METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS .....</b>	<b>41</b>
<b>2.2 METODOLOGÍA PARA LA VALIDACIÓN DEL PROBLEMA PÚBLICO Y AVANCES EN PROPUESTA FORMULACIÓN .....</b>	<b>45</b>
<b>3 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL PROBLEMA PÚBLICO EN CALIDAD DE LA ATENCIÓN .....</b>	<b>50</b>
<b>3.1 LA CALIDAD EN SALUD ES UNA PREOCUPACIÓN MUNDIAL .....</b>	<b>51</b>
<b>3.2 LA CALIDAD EN SALUD ES UN IMPERATIVO LEGAL EN COLOMBIA .....</b>	<b>53</b>
<b>3.3 LA ATENCIÓN EN SALUD EN COLOMBIA TIENE FALLAS QUE AFECTAN LA CALIDAD.....</b>	<b>54</b>
<b>3.4 RESULTADOS DE IDENTIFICACIÓN NECESIDADES Y VALIDACIÓN PROBLEMA PÚBLICO..</b>	<b>60</b>

**PARTE II POLÍTICA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD - PNCS ..... 70**

**4 PRINCIPIOS POLÍTICA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD..... 70**

**4.1 EQUIDAD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD ..... 70**

**4.2 ATENCIÓN HUMANIZADA EN SALUD ..... 70**

**4.3 PROGRESIVIDAD ..... 71**

**5 ENFOQUES POLÍTICA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD ..... 71**

**5.1 DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD ..... 72**

**5.2 PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD ..... 72**

**5.3 POBLACIONAL, TERRITORIAL E INTERCULTURAL ..... 73**

**6 OBJETIVOS - ALCANCE – META DE LA POLÍTICA NACIONAL CE CALIDAD EN SALUD PNCS ..... 73**

**6.1 OBJETIVOS ..... 73**

**6.2 ALCANCE ..... 74**

**6.3 META ..... 74**

**7 EJES ESTRATÉGICOS..... 74**

**7.1 EJE 1. INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD..... 76**

7.1.1 LÍNEA OPERATIVA DE GOBERNANZA DE LA CALIDAD Y LA HUMANIZACIÓN..... 76

7.1.1.1 Acciones de la Gobernanza de la calidad y humanización..... 76

7.1.2 LÍNEA OPERATIVA DE REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SALUD - RIIS ..... 78

7.1.2.1 Acciones de las Redes Integrales e Integradas de Salud - RISS ..... 79

7.1.3 LÍNEA OPERATIVA DE ATENCIÓN CENTRADA EN LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS, FAMILIAS Y COMUNIDADES ..... 80

7.1.3.1 Acciones de la atención centrada en las necesidades de las personas, familias y comunidades..... 81

**7.2 EJE 2. MEJORA CONTINUA Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ..... 82**

7.2.1 LÍNEA OPERATIVA DE MARCO REGULATORIO Y ESTÁNDARES DE CALIDAD ..... 82

7.2.1.1 Acciones del marco regulatorio y estándares de calidad..... 82

7.2.2 LÍNEA OPERATIVA DE PROCESOS Y PRÁCTICAS SEGURAS ..... 83

7.2.2.1 Acciones de procesos y prácticas seguras ..... 84

7.2.3 LÍNEA OPERATIVA DE INCENTIVOS NO PECUNIARIOS A LA MEJORA ..... 85

7.2.3.1 Acciones de incentivos no pecuniarios a la mejora ..... 85

<b>7.3</b>	<b>EJE 3. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN .....</b>	<b>85</b>
7.3.1	LÍNEA OPERATIVA DE GESTIÓN Y ANALÍTICA DE DATOS .....	86
7.3.1.1	Acciones de gestión y analítica de datos .....	86
7.3.2	LÍNEA OPERATIVA DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN .....	88
7.3.2.1	Acciones de la gestión del conocimiento e innovación.....	88
<b>8</b>	<b><u>MECANISMO DE SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACIÓN.....</u></b>	<b>90</b>
<b>9</b>	<b><u>BIBLIOGRAFIA .....</u></b>	<b>94</b>

## TABLAS

Tabla 1. Espacios de apropiación social para el diagnóstico y planteamiento de alternativas de solución -----	43
Tabla 2. Categorías y subcategorías para causas y soluciones-----	45
Tabla 3. Espacios de apropiación social para validación de la propuesta inicial de las Políticas -----	49
Tabla 4 Espacios de apropiación social para identificación necesidades y planteamiento de alternativas de solución 2024 -----	60
Tabla 5 Espacios de apropiación social para validación 2024 -----	66

## FIGURAS

Figura 1. Quíntuple meta. Atención centrada en la persona -----	32
Figura 2. Política-Humanización-Calidad-Vida Saludable-----	36
Figura 3. Marcos Subordinados-----	38
Figura 4. Marcos de Superficie -----	40
Figura 5. Representación gráfica de la adaptación del método Bowtie para análisis de problemas-----	42
Figura 6. Categorías IPS Ranquin 2024 -----	56
Figura 7. Caracterización Tutelas en Salud 2024 -----	57
Figura 8 Actores del sistema participantes en identificación necesidades 2024 -----	61
Figura 9 Consolidado de Priorización necesidades – problemática en los espacios de apropiación 2024 -----	62
Figura 10. Problemáticas priorizadas en los espacios de apropiación 1- 2024-----	63
Figura 11. Problemáticas priorizadas en los espacios de apropiación 2- 2024-----	64
Figura 12. Distribución porcentual de causas y soluciones 2024 -----	65
Figura 13 Actores del sistema participantes en la validación 2024 -----	67
Figura 14 Validación problema público política calidad -----	67
Figura 15 Validación Problema Público Política Calidad - segunda fase-----	68
Figura 16. Ejes y Líneas Operativas de la Política de Calidad en Salud-----	75

## SIGLAS

<b>APS</b>	Atención Primaria en Salud
<b>BID</b>	Banco Interamericano de Desarrollo
<b>CEPAL</b>	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
<b>COINDERE</b>	Corporación Integral para el Desarrollo de las Regiones
<b>CONPES</b>	Consejo Nacional de Política Económica y Social
<b>DNP</b>	Departamento Nacional de Planeación
<b>EPS</b>	Entidades Promotoras de Salud
<b>IDIQ</b>	Indefinite Delivery, Indefinite Quantity
<b>IPS</b>	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
<b>LHSS</b>	Proyecto de Sostenibilidad del Sistema Local de Salud
<b>MSPS</b>	Ministerio de Salud y Protección Social
<b>ODS</b>	Objetivos de Desarrollo Sostenible
<b>OECD</b>	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONCAS</b>	Observatorio Nacional de Calidad en Salud
<b>PAMEC</b>	Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad
<b>PBS</b>	Plan de Beneficios en Salud
<b>PDSP</b>	Plan Decenal de Salud Pública
<b>PNCS</b>	Política Nacional de Calidad en Salud
<b>PNHS</b>	Política Nacional de Humanización en Salud
<b>PNMCS</b>	Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud
<b>PPTHS</b>	Política Pública de Talento Humano en Salud
<b>PQRS</b>	Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias
<b>REPS</b>	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
<b>RIIS</b>	Redes Integrales e Integradas de Salud
<b>SIC</b>	Sistema de Información para la Calidad
<b>SNCA</b>	Subsistema Nacional de Calidad
<b>SNNCM</b>	Sistema Nacional de Normalización, Certificación y Metrología
<b>SOGCS</b>	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud
<b>SUA</b>	Sistema Único de Acreditación
<b>SUH</b>	Sistema Único de Habilitación

## DEFINICIONES

**Actores en salud.** Hace referencia a aquellas personas e instituciones que, de manera directa o indirecta, intervienen en el proceso de atención y gestión en salud. Estos pueden agruparse en las siguientes categorías: Usuarios del sector salud, Prestadores de servicios de salud, Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud, Gestores farmacéuticos y servicios de apoyo, Entidades responsables de la gestión del aseguramiento en salud y Entidades gubernamentales y de control.

**Atención centrada en las personas:** un enfoque de atención que adopta las perspectivas de las personas, los cuidadores, las familias y las comunidades de manera activa en el sistema de salud que responde a sus necesidades y preferencias de manera humana y holística. La atención centrada en las personas también requiere que las personas reciban la educación y el apoyo necesarios para tomar decisiones y participar en su propio cuidado. Se organiza en torno a las necesidades y expectativas de salud de las personas, más que a las enfermedades que padecen (World Health Organization, 2015).

**Atención humanizada en salud:** es la realización en la práctica de una disposición-acción solidaria que vincule el talento humano habilidosamente ético y la virtuosidad institucional para abordar las necesidades en salud de las personas, creando y aplicando directrices orientadas a garantizar los cuidados y beneficios necesarios para que todas las personas, en sus entornos naturales, familiares y sociales, puedan alcanzar y mantener una vida saludable.

**Calidad de la atención en salud:** se entiende como la provisión de servicios de salud a individuos 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 las personas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a).

**Cuidado:** comprende las capacidades, decisiones y acciones que el individuo toma para proteger su salud, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea. Se sustenta en el autocuidado e involucra una condición dinámica que integra, en diferentes momentos de su vida, su capacidad para acumular autonomía, capital de salud y capital social.

También involucra el deber de la sociedad y de los sistemas de salud de realizar acciones que permitan ganancias en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016c).

**Cuidado Humanizado:** hace referencia a la práctica de brindar cuidados centrados en la persona con énfasis en el respeto, la dignidad, la empatía, la atención integral y la comprensión de sus sistemas de pensamiento y comportamiento diferencial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025b).

**Cuidado integral de la salud:** proceso ordenador de la gestión territorial integral en salud pública que integra el aseguramiento, el acceso efectivo y de calidad a los servicios de salud y la integralidad, continuidad y resolutivez de la respuesta en salud desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos para la garantía del derecho a la salud de las personas, familias y comunidades. Se fundamenta en la participación incidente entre los actores del sector salud, los otros sectores, los agentes sociales y comunitarios y la comunidad en general, reconociendo las realidades poblacionales y territoriales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025b).

**Entidades gubernamentales y de control.** Agrupa a las instituciones del orden nacional y territorial que ejercen funciones de rectoría, regulación, planeación, seguimiento y control sobre el sistema de salud, incluyendo al MSPS, las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales, y los entes de control y vigilancia competentes (Randall P. et al., 2014).

**Entidades responsables de la gestión del aseguramiento en salud.** Incluye las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o entidad que haga sus veces, las entidades adaptadas y los regímenes especiales y de excepción.

**Humanización:** en el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, se toma el término humanización como la sustantivación del verbo humanizar que hace referencia a toda actividad orientada a promover, contribuir y fortalecer el desarrollo humano, basadas en el respeto, la dignidad humana, la solidaridad y la corresponsabilidad de las relaciones entre personas y los actores del sector salud.

**Humanización en Salud:** para este Ministerio, la humanización en salud se entiende como la aplicación, en la práctica del talento humano en salud, de un conjunto de actitudes, aptitudes y habilidades morales que

promueven y guían el relacionamiento solidario y constructivo entre los diferentes actores del sector salud. Esto implica aplicar las mejores maneras de articular acciones y recursos disponibles, con el fin de garantizar los cuidados necesarios para que todas las personas, en sus entornos naturales, familiares y sociales, puedan alcanzar y mantener unas vidas saludables. La humanización en salud se proyecta hacia un horizonte amplio, que integra aspectos biológicos e intencionales -metabólicos, psicológicos y espirituales-, con los entornos medioambientales, culturales, educativos, políticos y sociales, para realizar sus actividades de manera profesional, armónica y habilidosamente ética.

**Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud, Gestores farmacéuticos y servicios de apoyo.** a las personas naturales o jurídicas que realicen total o parcialmente los procesos de la cadena de abastecimiento de tecnologías en salud, medicamentos, insumos, dispositivos médicos y servicios tercerizados (alimentos, aseo, vigilancia, tecnología, entre otros) que apoyan el funcionamiento del sistema de salud.

**Personal de Salud.** Recoge a todo el personal que interviene en la promoción, educación, información en salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud (Congreso de Colombia, 2007). Sumado a lo anterior, el trabajo colaborativo interprofesional (TCI) se ha transformado en el mecanismo del THS para mejorar el trabajo articulado entre los diferentes perfiles y profesiones de la salud, lo que ha favorecido el desarrollo de las habilidades del equipo (habilidades de comunicación, liderazgo, identificación de roles y actitudes, resolución de conflictos, toma de decisiones), el posicionamiento de la persona, la familia y la comunidad en el centro de la atención, la satisfacción del paciente y el logro de una atención integral e integrada (Macías Inzunza et al., 2020).

**Prestadores de servicios de salud.** Comprende a cualquier persona natural o jurídica, públicas, privadas o de naturaleza mixta, que se encuentran debidamente habilitadas conforme a la normatividad vigente para prestar servicios de atención en salud intramural o extramural. Estos servicios se ofrecen a través de una, capacidad instalada definida, que comprende infraestructura física, consultorios, sedes de clínicas, hospitales, centros médicos, laboratorios, centros de diagnóstico o

tratamiento, salas de procedimientos, camas hospitalarias, unidades móviles y ambulancias, entre otros.

**Usuarios del sector salud.** Incluye a las personas afiliadas al régimen contributivo, régimen subsidiado, regímenes especiales y excepcionales, así como a quienes cuentan con planes de medicina prepagada; y las personas no afiliadas a ningún sistema de aseguramiento, quienes acceden a los servicios conforme a los mecanismos de atención definidos por la normativa vigente.

## PRESENTACIÓN

La **Política Nacional de Calidad en Salud 2026–2035** constituye la apuesta estratégica del Ministerio de Salud y Protección Social para garantizar un cuidado integral de la salud seguro, oportuno, pertinente, continuo, equitativo y humanizado para todas las personas, familias y comunidades. Esta política se concibe como un instrumento fundamental para materializar el derecho fundamental a la salud, consolidar un sistema centrado en la persona y fortalecer la capacidad institucional del país para ofrecer atenciones en salud de calidad a lo largo del curso de vida.

En coherencia con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), el Plan Decenal de Salud Pública y las Funciones Esenciales de Salud Pública renovadas, la Política incorpora los principios de **equidad, atención humanizada y progresividad**, orientando a los actores en salud hacia la mejora continua de los resultados en salud y la experiencia del usuario. Reconoce, además, que el cuidado integral de la salud requiere acciones articuladas entre promoción, prevención, atención, rehabilitación y paliación, en un marco de corresponsabilidad y respeto por la dignidad humana.

La Política Nacional de Calidad en Salud (PNCS) se armoniza con la Política Nacional de Humanización en Salud (PNHS), la cual busca institucionalizar la humanización como un principio transversal a las políticas, programas y acciones del sector salud. Mientras la PNHS aporta la racionalidad ética, el enfoque centrado en la persona y la promoción de relaciones solidarias y respetuosas; la Política de Calidad aporta la racionalidad instrumental, los estándares, los mecanismos de evaluación, la institucionalidad virtuosa y la capacidad regulatoria del Estado. Juntas, constituyen un marco complementario para avanzar hacia un sistema de salud humanizado, justo y orientado al bienestar.

La formulación de esta Política es el resultado de un proceso participativo liderado por la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social, con la intervención de entidades territoriales, EPS, IPS, academia, asociaciones científicas, organizaciones de pacientes, proveedores y otros actores estratégicos del sector. Este proceso se sustentó en evidencia proveniente de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios, los sistemas de evaluación institucional de IPS y EPS, el análisis de tutelas en

salud y los indicadores trazadores de desempeño sectorial, asegurando una comprensión integral del problema público.

Asimismo, esta Política reconoce la heterogeneidad del país, sus condiciones culturales, territoriales y poblacionales, y promueve un enfoque diferencial que garantice respuestas pertinentes y equitativas. Su propósito final es contribuir a que todas las personas alcancen y mantengan una vida saludable, fortaleciendo la confianza en el sistema, promoviendo la corresponsabilidad social y consolidando una cultura de calidad y humanización en cada interacción del cuidado.

Con la Política Nacional de Calidad en Salud, el Ministerio reafirma su compromiso con la excelencia del sistema de salud colombiano, fortaleciendo la calidad como eje transversal del cuidado integral de la salud, consolidando estándares y mecanismos de mejora continua, y promoviendo instituciones virtuosas capaces de generar confianza, garantizar resultados en salud y aportar valor social.

## INTRODUCCIÓN

La calidad en el cuidado integral de la salud requiere de una provisión de servicios individuales, colectivos y poblacionales **accesibles, oportunos, equitativos, seguros, eficientes, efectivos y humanizados**, centrados en las personas, sus familias y comunidades, con el propósito de responder de manera integral a sus necesidades de salud a lo largo del curso de vida.

Esta perspectiva incorpora las dimensiones de la calidad definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que establecen que un sistema de salud de calidad debe garantizar:

- **Seguridad**, evitando daños prevenibles durante la atención;
- **Efectividad**, basando las intervenciones en la mejor evidencia disponible;
- **Oportunidad**, reduciendo tiempos de espera y barreras que afecten la continuidad;
- **Eficiencia**, optimizando los recursos para maximizar resultados;
- **Equidad**, asegurando que todas las personas reciban atención sin discriminación; y
- **Atención centrada en la persona**, reconociendo sus valores, preferencias y contexto vital.

Este concepto implica garantizar que las acciones de promoción, prevención, atención, rehabilitación y paliación se desarrollen de manera articulada entre los diferentes niveles de atención, asegurando la continuidad del cuidado, la corresponsabilidad entre los integrantes del sistema de salud y la participación de la comunidad. De esta forma, la calidad en el cuidado integral de la salud articula los principios de accesibilidad, oportunidad, equidad, seguridad, eficiencia, efectividad y satisfacción de las personas, consolidando un sistema de salud orientado a la vida saludable y al bienestar integral de la población.

A lo largo de las últimas décadas, Colombia ha venido fortaleciendo su marco conceptual y normativo en materia de calidad en el cuidado integral de la salud. Desde la Ley 9 de 1979, la Constitución Política de 1991, la Ley 100 de 1993, el CONPES 3446 de 2006, la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011 y la Ley Estatutaria 1751 de 2015, se han establecido principios y responsabilidades orientadas a garantizar servicios oportunos, seguros,

eficientes, efectivos, continuos y humanizados, bajo condiciones de equidad y respeto por la dignidad humana. De manera específica, el Decreto 780 de 2016 define cinco características —accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad— y los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS): el Sistema Único de Habilitación (SUH), la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, el Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad (SIC).

La OMS, en la ficha informativa “Servicios sanitarios de calidad” (2020), insta a los países a desarrollar políticas y estrategias nacionales que eleven la calidad de la atención y generen una base sólida para mejorar el desempeño de los sistemas de salud. En este sentido, la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social ha impulsado la formulación de la Política Nacional de Calidad en Salud, armonizada con el Plan Decenal de Salud Pública, la estrategia de Atención Primaria en Salud, con el propósito de consolidar un sistema capaz de garantizar resultados centrados en las personas y de articular la gestión del riesgo, la prestación de servicios y el seguimiento al desempeño institucional.

La formulación de esta Política parte del reconocimiento de la situación actual de la calidad en salud, evidenciada en la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios, los sistemas de evaluación institucional de IPS y EPS, las tendencias en tutelas en salud y los indicadores trazadores de desempeño clínico y administrativo. Asimismo, la Política se fundamenta en los principios de la calidad del cuidado integral, en el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS) y en las Funciones Esenciales de Salud Pública renovadas (FESP), reconociendo la vida saludable como resultado del acceso a cuidados integrales orientados por las necesidades de las personas, familias y comunidades.

En este contexto, la Política Nacional de Calidad en el cuidado integral de la salud incorpora los principios de equidad, humanización y progresividad. La equidad busca superar brechas territoriales, poblacionales y culturales; la humanización se fundamenta en la disposición ética del talento humano para promover relaciones respetuosas y empáticas; y la progresividad impulsa el avance sostenido hacia mejores estándares de desempeño institucional.

La Política integra, además, enfoques diferenciales y de derechos, entre ellos el derecho fundamental a la salud; el enfoque de persona, familia y comunidad; y el enfoque poblacional, territorial e intercultural, reconociendo la diversidad étnica, cultural, geográfica, de género, diferencial y las condiciones de movilidad humana como determinantes esenciales del cuidado.

Para su implementación, la Política se estructura en tres ejes estratégicos: i) Integralidad de la atención en salud, ii) Mejora continua y evaluación de la calidad, y iii) Gestión del conocimiento e innovación. Estos ejes permiten al sistema avanzar hacia servicios articulados, basados en evidencia, sostenibles, humanizados y centrados en las personas, familias y comunidades, promoviendo así un entorno institucional (instituciones virtuosas) que favorezca una vida saludable.

El documento se encuentra organizado en dos partes, la primera presenta el contexto general para la formulación de la Política Nacional de Calidad en Salud relacionado con el marco normativo, teórico, el diseño metodológico y el diagnóstico de la calidad de la atención en salud y en una segunda parte se describe la Política Nacional de Calidad en Salud 2026 - 2035 "Calidad en Salud, cuidado integral para una vida saludable".

Finalmente, se resalta que su construcción fue un proceso técnico y participativo, que incluyó la valoración de actores, el análisis del problema público, la definición de categorías problemáticas, el desarrollo de espacios de apropiación social del conocimiento y la consolidación del marco teórico. Este proceso contó con el acompañamiento del Proyecto de Sostenibilidad del Sistema Local de Salud -LHSS- y del equipo técnico del Ministerio, fortaleciendo la legitimidad, coherencia y pertinencia de la Política Nacional de Calidad en Salud.

# PARTE I CONTEXTO GENERAL POLÍTICA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD

## 1 MARCO DE REFERENCIA

### 1.1 Antecedentes

Los antecedentes de la política de calidad en salud en Colombia, están relacionados con el establecimiento de las condiciones que deben cumplir las instituciones prestadoras de servicios de salud desde la Ley 9 de 1979, los principios planteados en la Ley 100 de 1993, y con posteriores desarrollos regulatorios y políticos, en los que se hace un llamado a garantizar una atención en salud de calidad.

En el 2005, se formuló la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud con el propósito de garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios, la cual se desarrolló a partir de tres ejes: accesibilidad, calidad y eficiencia. Esta promovía los enfoques de atención centrada en el usuario y mejoramiento continuo de la calidad, como ideales de la prestación de servicios de salud. Asimismo, plantea la organización de redes de servicios con participación de prestadores privados, el fortalecimiento de la atención primaria, entre otros aspectos.

Al año siguiente se establecen los lineamientos para una Política Nacional de la Calidad CONPES 3446 de 2006. Este documento es un instrumento que contribuye a incrementar la competitividad de las empresas colombianas y a mejorar las actividades de regulación, control y vigilancia que realiza el Estado. En él también se define el Sistema Nacional de Normalización, Certificación y Metrología (SNNCM) y además se promueve la implementación de estándares de calidad en los diferentes sectores, la certificación de los servicios y productos, y se resalta la importancia de fortalecer los procesos de auditoría para el mejoramiento continuo, se establecen las condiciones obligatorias de calidad para controlar los riesgos que puedan afectar los objetivos legítimos del país, como la vida, la salud, la seguridad nacional, el medio ambiente, y la debida información a los consumidores.

Al mismo tiempo, busca integrar herramientas tecnológicas y sistemas de información para monitorear indicadores de calidad (Consejo Nacional de

Política Económica y Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación, n.d.).

Cuando el CONPES se refiere al sector salud, menciona que el SNNCM y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS) tienen objetivos, finalidades y metodologías diferentes, ambos sistemas deben ser compatibles y convergentes entre ellos. Cuando define las estrategias para desarrollar el Subsistema Nacional de Calidad establece que éste debe funcionar en forma coordinada con el SOGCS, manteniendo sus especificidades, lo que significa que el sector salud debe desarrollar sus políticas, normas técnicas y estándares de calidad, pero manteniendo un diálogo permanente entre el Organismo Nacional de Normalización y la Unidad Sectorial de Normalización en Salud.

En el 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social definió el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016 -2021 (PNMCS) en cumplimiento del artículo 107 de la Ley 1438 de 2011, bajo el lema "Por un Sistema de Salud con un propósito humano de innovación y la excelencia". Aunque este terminó su vigencia en 2021, planteaba fortalecer la calidad de los servicios de salud en el país, garantizando acceso equitativo, atención centrada en el usuario y mejores resultados en salud. Este plan se consideró como *"una apuesta de política pública en materia de calidad, para fortalecer la cultura del mejoramiento continuo y facilitar la articulación de los demás direccionamientos estratégicos del sector"*, y es el único antecedente existente sobre una política de calidad en salud para Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b)

Sin embargo, es de anotar que el proceso de construcción de un plan es diferente al de una política pública, y en este caso, aunque el plan contenía elementos similares en su formulación, no logró el alcance de una política pública.

Como ya se mencionó, la OMS, ha promovido el desarrollo de políticas y estrategias nacionales, destinadas a mejorar la calidad de la atención (Organización Mundial de la Salud, 2020). En ese sentido, las políticas y estrategias nacionales deberían estar armonizadas con las políticas y planes nacionales de salud en un ámbito más general, y para el caso de Colombia deberían corresponder, principalmente, a la Política de Prestación de Servicios y al Plan Decenal de Salud Pública, y buscar *"reducir los daños,*

*mejorar la atención clínica y lograr la implicación de los pacientes, las familias y las comunidades”.*

En el 2023 mediante resolución 2367, el Ministerio de Salud y Protección Social modificó el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y lo estableció como una política de Estado, cuyo propósito es la reducción de las inequidades en salud, en busca de avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud. Entre los fines plantea: i) Garantizar el derecho fundamental a la salud mediante la acción intersectorial y de la sociedad en su conjunto, para la generación de impactos positivos en los determinantes sociales de la salud, y ii) Mejorar las condiciones de vida, bienestar y calidad de vida de las personas, familias y comunidades que habitan en el territorio colombiano mediante la reducción de desigualdades sociales en salud entre grupos socialmente constituidos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

No obstante, no se puede garantizar el derecho fundamental a la salud sin pensar, como lo ha planteado la OMS, que un mayor acceso a los servicios no es suficiente a menos que esos servicios sean de calidad para ser eficaces con ese propósito. Por eso, la declaración política de las Naciones Unidas sobre la Cobertura Sanitaria Universal, que fue adoptada en septiembre de 2019, reafirmó el compromiso de ofrecer progresivamente “cobertura” con servicios sanitarios esenciales de calidad.

En las últimas tres décadas, el país ha logrado importantes avances en la cobertura universal del aseguramiento en salud, reduciendo los gastos de bolsillo y estableciendo protección financiera para los hogares ante gastos catastróficos. Sin embargo, persisten desafíos significativos, como niveles subóptimos en la prestación de servicios de salud y marcadas desigualdades en la oferta, acceso, calidad y oportunidad. Estas brechas afectan especialmente a diferentes grupos poblacionales según su ocupación e ingreso, así como a las zonas rurales frente a las urbanas, siendo más evidentes en regiones dispersas como la Orinoquía, la Amazonía, el litoral pacífico y La Guajira (Núñez Méndez et al., 2023).

## **1.2 Marco Normativo**

La formulación de la Política de Calidad en Salud en Colombia se fundamenta en un marco normativo que comprende disposiciones de orden constitucional, legal, reglamentario y técnico, mediante los cuales se

regulan los elementos esenciales de la calidad de la atención en salud, entendida según el decreto 780 de 2016 que, en su artículo 2.5.1.1.3 define 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"*.

Este marco normativo proporciona el fundamento jurídico que legitima la acción del Estado en materia de calidad de la atención y del cuidado integral de la salud, definiendo los parámetros dentro de los cuales debe diseñarse e implementarse la política pública, en coherencia con los principios de equidad, humanización y mejora continua del sistema de salud.

Es posible identificar, en este desarrollo normativo, dos componentes diferenciados pero complementarios. Por un lado, el marco normativo general del sistema de salud, que es más antiguo y que establece las bases de funcionamiento del sistema, el cual ha evolucionado con el tiempo, respondiendo a reformas estructurales, procesos de descentralización y al fortalecimiento progresivo del derecho a la salud. Por otro lado, se encuentra el marco normativo específico aplicable en materia de calidad de la atención en salud, que tiene su desarrollo más reciente y diseñado como un complemento para fortalecer dicho sistema.

Ambos componentes del marco normativo serán abordados a continuación, a través de una revisión de las disposiciones constitucionales, legales y reglamentarias vigentes, con el propósito de contextualizar jurídicamente la formulación de la Política Nacional de Calidad en Salud y resaltar los elementos normativos que permiten su implementación en el sistema de salud colombiano.

### **1.2.1 Marco normativo general del sistema de salud en Colombia**

Ahora bien, en este contexto, es preciso reiterar que la Constitución Política de 1991 constituye la norma de normas en el ordenamiento jurídico colombiano, conforme a lo dispuesto en su artículo 4º. Desde esta jerarquía normativa, se erige como el fundamento esencial sobre el cual deben desarrollarse todas las políticas públicas, incluyendo las relativas a la seguridad social y a la atención en salud.

El artículo 48 de la Constitución Política establece la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio, bajo la dirección, coordinación y control del Estado. Por su parte, el artículo 49 consagra la atención en salud como un servicio público a cargo del Estado, quien debe garantizar su prestación en condiciones de eficiencia, universalidad y dignidad. Estos mandatos han sido reforzados por la jurisprudencia constitucional, que ha reconocido el derecho a la salud como fundamental, inicialmente por conexidad con la vida, la dignidad humana y el mínimo vital, y posteriormente como un derecho autónomo.

Sobre esta base, la Ley 100 de 1993 estructuró el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), configurando el marco normativo que regula el servicio público esencial de salud e incorporando los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. Si bien en el momento de su expedición la salud no se reconocía aún como derecho fundamental autónomo, esta ley sentó las bases institucionales y normativas que posteriormente permitieron a la jurisprudencia constitucional y a la Ley Estatutaria 1751 de 2015 consolidar tal reconocimiento.

En lo que respecta a la calidad, la Ley 100 de 1993 no la define de manera explícita, pero sí estableció lineamientos orientados a garantizarla en la prestación de los servicios. En particular, el numeral 9° del artículo 153 consagra la calidad como uno de los fundamentos del servicio público, al señalar que el sistema debe establecer mecanismos de control para asegurar una atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y conforme con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales. Adicionalmente, prevé que, según la reglamentación que expida el Gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia.

Posteriormente, el Congreso de la República expidió la Ley 715 de 2001, por medio de la cual se dictaron normas orgánicas en materia de competencias y recursos entre la Nación y las entidades territoriales, en concordancia con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política de Colombia de 1991. Esta ley establece, en su Título III, "Sector Salud", Capítulo I, artículo 42, las competencias asignadas a la Nación en materia de salud. En particular, el numeral 42.1 señala como función de la Nación "formular las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en

Salud, y coordinar su ejecución, seguimiento y evaluación” (Congreso de Colombia, 2001, Art. 42.1).

La expedición de esta ley se realizó en cumplimiento del Acto Legislativo N° 01 de 2001, el cual reformó y redujo el régimen de transferencias de la Nación a las entidades territoriales, mediante la creación del Sistema General de Participaciones (SGP). Esta reforma definió nuevos criterios para la distribución de competencias y recursos en sectores como salud, educación y agua potable, y asignó al Gobierno Nacional la responsabilidad de formular las políticas nacionales en estos campos.

La Ley 1122 de 2007 en Colombia realizó ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios, con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los integrantes del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control, y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

Por su parte, el artículo 1 de la Ley 1164 de 2007 del Talento Humano en Salud, establece las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud, mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos. Adicionalmente, el artículo 34 de la misma Ley establece que el Gobierno Nacional, como competente de la formación continua del talento humano en salud, fijará los lineamientos para poner en marcha un sistema de formación continua para el Talento Humano en Salud."

Dentro de los fallos significativos de la Corte Constitucional, se encuentra la sentencia T-760 de 2008, el cual marcó un hito en la jurisprudencia del país al definir el derecho a la salud como un derecho fundamental autónomo, la cual impartió órdenes a las autoridades del sistema de salud para garantizar la protección y efectividad del derecho a la salud.

La Ley 1419 de 2010 establece los lineamientos para el desarrollo de la telesalud en el país, entendida como la prestación de servicios de salud a distancia mediante el uso de tecnologías de la información y las telecomunicaciones, como la telemedicina y la teleeducación en salud.

Esta norma busca fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud al facilitar el acceso, la oportunidad y la calidad de la atención, especialmente para poblaciones ubicadas en zonas con limitaciones geográficas o baja oferta de servicios, promoviendo además el uso de herramientas digitales para mejorar la coordinación, el aprendizaje y la innovación en el sector salud.

El Gobierno Nacional expidió la Ley 1438 de 2011 con el objeto de fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país, estableciendo principios fundamentales para la construcción de políticas públicas.

Por su parte, la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud) reconoce la salud como un derecho fundamental autónomo, obliga al Estado a garantizar la prestación de servicios con calidad, eficiencia, accesibilidad y oportunidad y reitera el derecho a recibir atención digna y segura. Con el propósito del goce del derecho a la salud, marca la guía y actuación para el desarrollo de las políticas de salud, incluso para orientar la reforma del sistema, partiendo del reconocimiento del derecho fundamental a la salud, sus elementos y principios, la armonización de políticas públicas que reduzcan las desigualdades de los determinantes sociales de la salud y que promuevan la acción y articulación intersectorial.

El Decreto 780 de 2016, “por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”, compila, racionaliza y simplifica la normatividad vigente del sector, estableciendo las bases para el funcionamiento integral del Sistema de Salud y Protección Social. Dentro de este cuerpo normativo se incorpora el Decreto 1011 de 2006, por medio del cual se reglamenta el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), que define los componentes, estándares y mecanismos orientados a garantizar la calidad de los servicios en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De manera complementaria, el marco normativo general del sistema de salud no se limita a la definición de estructuras y competencias

institucionales, sino que incorpora instrumentos financieros y operativos orientados a garantizar la materialización del derecho fundamental a la salud. En este sentido, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 estableció que el acceso a los servicios de salud debe garantizarse en condiciones de calidad, oportunidad y continuidad, principios que se operacionalizan mediante mecanismos como la Unidad de Pago por Capitación (UPC), los presupuestos máximos y el Plan de Beneficios en Salud (PBS).

El Decreto 682 de 2018, que sustituye el Capítulo 3 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, establece las condiciones para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esta normativa fortalece el aseguramiento en salud al exigir que las entidades implementen un Sistema de Gestión de Riesgos basado en la Gestión Integral del Riesgo en Salud, en articulación con la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Asimismo, fija condiciones de capacidad tecnológica, científica, administrativa y financiera que buscan garantizar la sostenibilidad del aseguramiento y la prestación continua y de calidad de los servicios de salud a la población afiliada.

La Ley 1955 de 2019, en su artículo 243, fortalece la estructura institucional del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) al incorporar formalmente a los Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y a los Gestores Farmacéuticos como integrantes del sistema. Esta adición al artículo 155 de la Ley 100 de 1993 es clave para la Política Nacional de Calidad, ya que reconoce actores críticos cuya gestión impacta directamente en la disponibilidad, oportunidad y continuidad de la atención.

Al incluirlos bajo el marco regulatorio del sector, se asegura que los procesos de suministro y dispensación se alineen con los estándares de mejoramiento continuo y seguridad del paciente promovidos por el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad, garantizando que el usuario reciba sus tecnologías en salud bajo condiciones técnicas y científicas óptimas.

El CONPES 3975 de 2019, que define la Política Nacional para la Transformación Digital e Inteligencia Artificial, actúa como un soporte estratégico para la modernización del Sistema de Información para la Calidad de la Atención en Salud. Este documento de política impulsa el aprovechamiento de tecnologías emergentes y el uso masivo de datos para optimizar la toma de decisiones y fortalecer el seguimiento de los

indicadores de calidad. Al promover la implementación de la Inteligencia Artificial, este marco permite transitar hacia modelos de atención más predictivos y personalizados, asegurando que el flujo de información en el sistema de salud sea íntegro, oportuno y eficiente, elementos fundamentales para el éxito del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad.

La Resolución 2654 de 2019 Telesalud y Telemedicina, Establece las disposiciones y parámetros técnicos para la práctica de la telemedicina en el país, regulando sus categorías y el uso de tecnologías de la información. En el marco de la calidad en salud, esta resolución es clave al fijar estándares estrictos para la seguridad de la atención, la protección de datos y la idoneidad técnica en la prestación de servicios a distancia, mejorando la oportunidad y el acceso en zonas con limitaciones geográficas.

En consonancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2022–2026 “Colombia Potencia Mundial de la Vida”, aprobado mediante la Ley 2294 de 2023, establece en su Eje de Transformación 2: “Derecho humano a la salud y a la seguridad alimentaria”, la orientación del sistema hacia un Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo que garantice el bienestar integral de las personas, familias y comunidades, basado en la atención primaria en salud, la gestión territorial, la articulación intersectorial y el fortalecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en Salud. Dicho modelo impulsa la reorganización de los servicios en Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS), promoviendo la equidad en el acceso, la pertinencia cultural y la humanización de la atención, en coherencia con los principios definidos por la Ley 1751 de 2015 y el Decreto 780 de 2016.

El Decreto 351 de 2025 incorpora la Parte 13 al Libro 2 del Decreto 780 de 2016 con el fin de reglamentar el Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), orientado a garantizar el acceso efectivo, el trato digno, la continuidad y la calidad en el cuidado integral de la salud para las poblaciones ubicadas en zonas rurales y rurales dispersas, mediante acciones afirmativas dirigidas a superar las barreras geográficas, administrativas, culturales y económicas que han limitado históricamente la prestación de servicios en estos territorios. En materia de calidad, el decreto establece la línea de 'Garantía de la calidad en salud para las personas, familias y comunidades rurales', la cual dispone que la prestación de servicios de salud en contextos rurales deberá observar los atributos de accesibilidad, oportunidad, seguridad,

pertinencia y continuidad, promoviendo la adaptación de los estándares de calidad a las particularidades territoriales, con el propósito de reducir inequidades y asegurar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional.

La Resolución 1444 de 2025 adoptó la Política Pública del Talento Humano en Salud, reconociendo que la idoneidad, el bienestar y la formación continua del personal de salud constituyen pilares fundamentales para garantizar la calidad, la seguridad y la humanización de la atención en salud.

Por su parte, la Resolución 1597 de 2025 estableció disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública, incluida la gestión del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), fortaleciendo la articulación entre la salud pública, la atención primaria y los procesos de calidad en los territorios. En el numeral 9.3 del artículo 9, dicha resolución establece como proceso transversal el cuidado integral de la salud, entendido como un proceso continuo que integra promoción, prevención, atención, rehabilitación y cuidados paliativos, articulado dentro de redes integrales e integradas de salud con enfoque territorial.

### **1.2.2 Marco normativo aplicable a la calidad en salud en Colombia**

El contexto normativo en materia de calidad en salud en Colombia ha evolucionado a partir de la promulgación de leyes y regulaciones que buscan garantizar la prestación de servicios de salud con eficiencia, seguridad, accesibilidad, oportunidad y continuidad, siguiendo los principios fundamentales del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). A continuación, se presenta un resumen de las principales normas que regulan la calidad en salud en Colombia:

Ley 100 de 1993, la cual creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con ella introdujo la obligación de brindar servicios de salud con calidad, integralidad y oportunidad y estableció la necesidad de controles y estándares para evaluar la calidad de los servicios.

Los aspectos claves sobre la calidad en salud en el marco de la Ley 100, se definen en los siguientes:

- **Accesibilidad y eficiencia:** Garantizar que los servicios de salud sean oportunos, accesibles y adecuados, con énfasis en la eficiencia del sistema y en el uso de recursos.

- **Integralidad:** Los servicios deben abarcar prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para garantizar una atención integral de los pacientes.
- **Equidad:** Todos los ciudadanos deben tener igualdad de oportunidades en el acceso a servicios de salud de calidad, independientemente de su capacidad de pago o condición social.
- **Participación y control:** La comunidad y los usuarios deben participar activamente en el monitoreo y evaluación de la prestación de servicios, lo cual puede influir en la mejora de la calidad.
- **Evaluación y control de servicios:** La Ley delega a las instituciones como la Superintendencia Nacional de Salud la tarea de vigilar y controlar la calidad de los servicios prestados.

El documento CONPES 3446 de 2006 que define los “Lineamientos para una política nacional de calidad” puntualiza como objetivo del Subsistema Nacional de Calidad -SNCA-, ser un instrumento compuesto por instituciones públicas y privadas que realizan actividades de cualquier orden para la formulación, ejecución y seguimiento de las políticas en materia de normalización, reglamentación técnica, evaluación de la conformidad y metrología. Este documento a su vez establece que el sector salud cuenta con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud - SOGCS, entendido como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que se desarrollan en el sector para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Este incluye los requisitos mínimos obligatorios para los agentes intervinientes.

Posteriormente, la Ley 1122 de 2007, en su artículo 1, reformó algunos aspectos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) establecido en la Ley 100 de 1993. Uno de sus enfoques principales es la calidad en la prestación de los servicios de salud. Por ello, indicó como principales disposiciones, las siguientes:

1. **Definición y fortalecimiento de la calidad:** La ley resalta la calidad de los servicios como un componente esencial, estableciendo la necesidad de que los prestadores de salud y aseguradoras garanticen oportunidad, seguridad, eficiencia, efectividad y continuidad en la atención.
2. **Fortalecimiento del sistema de habilitación y acreditación:** Establece que las instituciones de salud deben cumplir con los

estándares de habilitación definidos por el Ministerio y promueve la acreditación voluntaria de calidad, como un proceso que evalúa y certifica el cumplimiento de estándares superiores en la atención.

3. **Creación de indicadores de calidad:** Se ordena la implementación de indicadores de calidad que permitan medir y evaluar la eficiencia y eficacia de las instituciones de salud.
4. **Atención al usuario y participación:** La Ley fortalece los mecanismos de participación ciudadana y los sistemas de quejas y reclamos, con el fin de mejorar la calidad de los servicios mediante la retroalimentación de los usuarios.
5. **Auditoría y control:** Se establece que el prestador de servicios de salud (IPS) y el asegurador (EPS) deben contar con sistemas de auditoría orientados al mejoramiento continuo de la calidad y la corrección de fallas en la prestación de servicios.
6. **Seguridad del paciente:** Impulsa la adopción de políticas y prácticas enfocadas en la seguridad del paciente, con el fin de reducir riesgos y garantizar la prestación de servicios seguros.
7. **Supervisión y sanción:** Se refuerza el papel de la Superintendencia Nacional de Salud como entidad encargada de vigilar y sancionar incumplimientos en la prestación de servicios de salud de calidad.

Por su parte, la Ley 1438 de 2011 que modificó la Ley 100 de 1993, en desarrollo del principio de calidad, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, define que los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada; por tanto, es necesario dar mayor relevancia a la experiencia de las personas con el sistema de salud y a la satisfacción con los resultados de la atención.

Asimismo, establece que se debe definir e implementar un Plan Nacional de Mejoramiento de Calidad - PNMC, con orientación a la obtención de resultados que puedan ser evaluados y que contendrá como mínimo la consolidación del componente de habilitación exigible a direcciones territoriales de salud, a los prestadores de servicios de salud, a entidades promotoras de salud y a administradoras de riesgos profesionales, incluyendo el establecimiento de condiciones de habilitación para la conformación y operación de redes de prestación de servicios de salud.

En cuanto a sus antecedentes normativos, si bien esta figura tuvo un desarrollo inicial en el artículo 12 del Decreto 2174 de 1996, posteriormente derogado por el Decreto 2309 de 2002 y hoy compilado en el Decreto 780 de 2016, fue con la Ley 1438 de 2011, particularmente en su artículo 107, que se consolidó de manera expresa el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad como instrumento estructural del sistema, orientado al mejoramiento continuo y a la evaluación de resultados en salud.

Adicionalmente establece incentivos al componente de acreditación aplicable a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Entidades Promotoras de Salud (EPS) y direcciones territoriales de salud; y el fortalecimiento del sistema de información para la calidad, a través de indicadores que den cuenta del desempeño y resultados de los prestadores de servicios de salud y entidades promotoras de salud, con el fin de que los ciudadanos puedan contar con información objetiva para garantizar al usuario su derecho a la libre elección.

Asimismo, en sus artículos 62 y 63, se establece la articulación en redes integradas a cargo de las entidades territoriales en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, a través de los Consejos Territoriales de la Seguridad Social en Salud e indica que para el caso de los municipios no certificados la entidad territorial será el departamento, sin vulneración del ejercicio de la autonomía de los actores de las redes existentes en el espacio poblacional determinado. Buscará que el servicio de salud se brinde de forma precisa, oportuna y pertinente, para garantizar su calidad, reducir complicaciones, optimizar recursos y lograr resultados clínicos eficaces y costo-efectivos. La función de coordinación será esencialmente un proceso del ámbito clínico y administrativo.

Además esta Ley, en su artículo 111 dispone que, como resultado de la aplicación de los indicadores, el Ministerio desarrollará un sistema de evaluación y calificación de las direcciones territoriales de salud que permita conocer públicamente, a más tardar el primero de marzo de cada año, como mínimo: número de quejas, gestión de riesgo, programas de prevención y control de enfermedades implementados, resultados en la atención de la enfermedad, prevalencia de enfermedades de interés en salud pública, listas de espera; administración y flujo de recursos y deberá también alimentarse de las metas de los planes de desarrollo nacional, y territoriales.

Se definirán igualmente indicadores de calidad en la atención, de calidad técnica y de satisfacción del usuario. El incumplimiento de las condiciones mínimas de calidad dará lugar a la descertificación en el proceso de habilitación. En el caso de los entes territoriales se notificará a la Superintendencia Nacional de Salud para que obre de acuerdo con su competencia.

El Decreto 903 de 2014 expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, dicta disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud al establecer un proceso voluntario, gradual y progresivo de acreditación, orientado a asegurar niveles de calidad superiores a los requisitos básicos. Mediante la adopción de estándares ajustados, la creación del Registro Especial de Acreditadores certificados y la evaluación periódica con enfoque en mejora continuada, transforma la acreditación en una herramienta clave para elevar la calidad de la atención prestada.

La Resolución 2082 de 2014 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, dicta disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud. Establece en su Artículo 2. los siete ejes trazadores (atención centrada en el usuario, gestión clínica segura, humanización, gestión del riesgo, gestión de tecnología, transformación cultural y responsabilidad social). Además, en los artículos 3 a 6 define el funcionamiento del Consejo Asesor, las responsabilidades de las entidades acreditadoras y las etapas del ciclo de acreditación (preparación, evaluación externa, seguimiento y revocatoria).

Por su parte, la Política de Seguridad del Paciente fue adoptada en junio de 2008, mediante los "*Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente*", emitidos por el Ministerio de la Protección Social. En 2010 se reforzó con la publicación de la "*Guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente*" en la atención en salud, consolidando un marco normativo dirigido a identificar, prevenir y reducir riesgos en la atención. Estos instrumentos forman parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La política de seguridad del paciente surge como parte de la implementación de estándares de calidad y establece prácticas y estrategias para identificar, prevenir y reducir riesgos en la atención a los pacientes.

La Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud) declara la salud como un derecho fundamental autónomo, obliga al Estado a garantizar la prestación

de servicios con calidad, eficiencia, accesibilidad y oportunidad y reitera el derecho a recibir atención digna y segura; lo cual se consagra en sus artículos:

- 2°.** El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad.
- 6°.** Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. Elementos como la disponibilidad, accesibilidad y calidad e idoneidad profesional; principios como la Equidad, Continuidad y Oportunidad.
- 7°.** Evaluación anual de los indicadores del goce efectivo. Evaluación de los elementos de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad.
- 8°.** La integralidad. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad.
- 10°.** Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud. Derechos como: acceder a los servicios y tecnologías de salud, obtener información clara, apropiada y suficiente, recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres. Deberes como: propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad, respetar al personal responsable de la prestación y actuar de buena fe frente al sistema de salud.

La Resolución 256 de 2016 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, se centra en regular el Sistema de Información para la Calidad, componente del SOGCS, definiendo indicadores para monitorear el desempeño en salud organizados en cuatro dominios: efectividad, seguridad, gestión del riesgo y experiencia del paciente. Esto impulsa un enfoque sistémico de mejora continua. Estos elementos sustentan la Política Nacional de Calidad en Salud al facilitar transparencia, monitoreo permanente y fortalecimiento institucional efectivo.

El Decreto 780 de 2016 en su Artículo 2.5.1.1.3, define el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS, 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 Decreto, mediante la definición y reglamentación del SOGCS, refuerza la Política Nacional de Calidad en Salud al:

- Establecer, en su artículo 2.5.1.2.2, cuatro componentes estratégicos: el Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad, que cubren desde los requisitos mínimos obligatorios hasta los niveles superiores de calidad alcanzados de manera voluntaria a través de la acreditación. El Parágrafo 1 del mismo artículo establece que el Ministerio de Salud y Protección Social ajustará periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los diversos componentes del SOGCS.
- Definir, en su artículo 2.5.1.1.3, la calidad de la atención en salud como la provisión de servicios de manera accesible, equitativa y eficiente, a través de un nivel profesional óptimo y ajustado a la mejor evidencia disponible, con el propósito de lograr una atención efectiva, segura y que brinde una experiencia satisfactoria a las personas.
- Regular, en su artículo 2.5.1.2.1, los atributos de calidad que deben caracterizar la prestación de los servicios de salud: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.
- Establecer el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC), como mecanismo de evaluación y mejora continua de los procesos de atención.
- Implementar el Sistema de Información para la Calidad, que obliga a los prestadores de servicios de salud, entidades responsables del aseguramiento y entidades territoriales a reportar indicadores de desempeño, promoviendo la transparencia y la toma de decisiones informadas

La Resolución 1441 de 2016 define los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS), regulando de manera integral las condiciones para su conformación, operación y verificación, desarrolladas en sus artículos 4 al 7.

Su importancia estratégica dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) reside en la formalización del componente de habilitación y organización de redes, lo cual impacta directamente en la garantía de accesibilidad, continuidad e integralidad de la atención.

Al promover una coordinación funcional entre los prestadores basada en su capacidad resolutoria, esta resolución busca optimizar los recursos del

sistema y asegurar que el cuidado de la salud sea oportuno, pertinente y orientado a lograr resultados clínicos eficaces.

La Resolución 3100 de 2019 “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud”, regula el SUH y establece los servicios de salud que pueden ofertar y prestar los prestadores de servicios de salud, así como las condiciones que se deben verificar para la habilitación de servicios de salud en Colombia acorde con los estándares, criterios y modalidades definidos.

Ley 215 de 2020 regula la creación y el funcionamiento de la Historia Clínica Electrónica Interoperable, constituyéndose en un pilar estratégico del Sistema de Información y la analítica de datos en salud. Su relevancia para la política radica en que garantiza el acceso oportuno y seguro a la información clínica, lo cual es fundamental para el ejercicio efectivo del derecho fundamental a la salud.

En términos de calidad, esta ley facilita la interoperabilidad entre los diferentes actores del sistema, permitiendo un flujo de información que asegura la continuidad del cuidado, fortalece la seguridad del paciente y optimiza la toma de decisiones basada en evidencia y analítica predictiva.

La Resolución 497 de 2021 reglamenta los criterios y estándares técnicos que deben cumplir las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud para su autorización, habilitación y permanencia en el sistema. Su importancia estratégica radica en que define parámetros regulatorios que inciden directamente en el desempeño institucional y la garantía de calidad en el aseguramiento, fortaleciendo los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS).

Asimismo, esta resolución es un habilitador fundamental para los procesos de mejoramiento continuo promovidos por el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS), asegurando que la gestión del riesgo y la atención al usuario se realicen bajo estándares de excelencia y sostenibilidad.

Por su parte, la Resolución 544 de 2023 mediante la cual se modifica la Resolución 3100 de 2019, fortalece la política de calidad al precisar las condiciones de habilitación técnica, patrimonial, financiera y tecnológica de los prestadores dentro del SOGCS. Además, incorpora normas para

prestadores extramurales, regula el transporte especial de pacientes, exige actualizaciones oportunas en el registro REPS y asegura priorización de visitas de verificación para prestadores con cambios de NIT. Todo ello busca garantizar un acceso oportuno, pertinente y de calidad a los servicios de salud, impulsando una vigilancia territorial efectiva.

La Resolución 2696 de 2024, en su artículo 3, define siete atributos de calidad para los prestadores de servicios de salud de atención primaria — accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad, coordinación y sustentabilidad ambiental —, asegurando que los servicios primarios sean equitativos, efectivos y adaptados a las características locales, e integrando la sustentabilidad ambiental como un componente esencial de la calidad en la prestación de servicios de salud.

Con ello, la resolución fortalece la política de calidad al ampliar la visión del SOGCS hacia una atención primaria integral y sostenible, reforzando la responsabilidad territorial, la evaluación institucional y la protección del ambiente en la prestación de servicios de salud.

La Resolución 465 de 2025 actualiza el marco operativo del Sistema Único de Habilitación (SUH) al modificar artículos de la Resolución 3100 de 2019 (previamente ajustada por la Resolución 544 de 2023). Su propósito fundamental es incorporar directrices precisas sobre la inscripción y habilitación de prestadores, así como la autoevaluación de las condiciones de habilitación, garantizando que la entrada y permanencia en el sistema se base en estándares de seguridad verificables.

Además, fortalece la garantía de la prestación de los servicios y actualiza los requisitos para el servicio de transporte asistencial, asegurando que este componente crítico de la red responda a los atributos de calidad, oportunidad y seguridad exigidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS). Esta resolución es una herramienta esencial para la mejora continua, al permitir ajustes progresivos basados en la evolución técnica del sector

## **1.3 Marco Teórico**

### ***1.3.1 Calidad de la atención y del cuidado integral de la salud***

La calidad de la atención y del cuidado integral de la salud constituye uno de los pilares esenciales del Sistema General de Seguridad Social en Salud

(SGSSS) y del derecho fundamental a la salud reconocido en la Ley Estatutaria 1751 de 2015. Este concepto trasciende la simple prestación de servicios, al integrar la dimensión técnica, humana, ética, relacional y comunitaria del proceso de atención, orientada a promover el bienestar integral de las personas, las familias y las comunidades.

La calidad de la atención en salud se entiende como el grado en que los servicios sanitarios aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados, conforme a la evidencia científica y a las expectativas legítimas de los usuarios. Implica una atención segura, efectiva, oportuna, eficiente, equitativa y centrada en la persona, en la que confluyen tanto los aspectos clínicos y administrativos como la experiencia vivida por quien recibe el servicio.

Por su parte, la calidad del cuidado integral de la salud amplía este enfoque, al concebir el cuidado como un proceso continuo, relacional y corresponsable, que acompaña a la persona a lo largo de su curso de vida, desde la promoción de la salud hasta la atención de la enfermedad, la rehabilitación y los cuidados paliativos. El cuidado integral reconoce a la persona en su singularidad, contexto social, cultural y familiar, y se fundamenta en valores como la dignidad humana, la empatía, la solidaridad y el respeto por la autonomía.

Desde esta perspectiva, la calidad del cuidado integral de la salud no se limita a los resultados clínicos, sino que abarca también la experiencia del usuario, la humanización del trato, la comunicación efectiva, la educación para el autocuidado, y la integración de los determinantes sociales y territoriales de la salud. Este enfoque promueve una atención centrada en la persona, orientada al bienestar físico, mental y social, tal como lo señala la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002).

De acuerdo con la OMS, la calidad implica “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, logrando el mejor resultado con el mínimo riesgo y la máxima satisfacción” (OMS, 2002). Este planteamiento, junto con el modelo de Donabedian (2001) —que distingue las dimensiones de estructura, proceso y resultado—, establece la base para medir y mejorar la calidad de la atención y del cuidado.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), en el marco del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y

Culturales (PIDESC), refuerza este principio al exigir a los Estados garantizar servicios de salud que sean disponibles, accesibles, aceptables y de calidad (enfoque AAAQ). En este marco, la calidad implica tanto condiciones adecuadas de infraestructura, medicamentos y personal, como el trato digno y la atención sin discriminación.

Asimismo, en un contexto global posterior a la pandemia, la OMS insta a los Estados a garantizar el acceso equitativo y de calidad al cuidado de la salud de las poblaciones migrantes y vulnerables, bajo el principio de “salud para todos”, reconociendo que la calidad del cuidado integral es un factor determinante de la salud pública y de la cohesión social (OMS, 2024).

En síntesis, la calidad de la atención y del cuidado integral de la salud se considera un valor estratégico del sistema de salud colombiano, orientado no solo a mejorar resultados de salud, sino también a fortalecer el vínculo humano, ético y social entre el Estado, los actores del sistema de salud y la ciudadanía. Garantizarla implica construir un sistema centrado en la vida, la dignidad y el bienestar de las personas, en armonía con los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia que rigen la seguridad social en salud.

### **1.3.2 Cobertura sanitaria universal**

La Resolución aprobada por la Asamblea General el 10 de octubre de 2019 se centra en la importancia de fortalecer la atención primaria en salud (APS) como base fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En esta resolución se hace un llamado a los países para que inviertan en sus sistemas de salud, priorizando la prevención, la promoción de la salud, la participación comunitaria y el acceso equitativo a servicios de salud de calidad. Se destaca que la implementación efectiva de la APS requiere una acción coordinada entre gobiernos, organismos internacionales y actores locales (Naciones Unidas: Asamblea General, 2019).

La resolución también reafirma el compromiso con el sistema de salud sostenible y la integración de la APS como estrategia para enfrentar los desafíos globales de salud en el siglo XXI. La cobertura sanitaria universal y la calidad de la atención en salud son pilares fundamentales para garantizar el acceso equitativo a servicios de salud efectivos, seguros y centrados en las personas. Una cobertura amplia no solo implica que todas las personas reciban los servicios que necesitan sin enfrentar barreras

financieras, sino que también asegura que estos servicios sean brindados con estándares de calidad que mejoren los resultados de salud (Naciones Unidas: Asamblea General, 2019).

La calidad de la atención se refleja en la seguridad del paciente, la adherencia a guías basadas en evidencia, la capacidad de respuesta a las necesidades individuales y la eficiencia en el uso de los recursos. Avanzar hacia sistemas de salud que combinen cobertura universal con alta calidad requiere enfoques integrados que fortalezcan la infraestructura, capaciten al personal sanitario y promuevan la participación activa de las comunidades en su propio cuidado (Organización Mundial de la Salud, 2002).

### **1.3.3 Calidad y la Atención Primaria en Salud**

El concepto de atención en salud ha experimentado una evolución constante, incorporando dimensiones ideológicas, filosóficas, de planificación, gestión y política pública. Su interpretación ha variado a lo largo del tiempo, influida por los cambios demográficos, sociales, económicos y tecnológicos de las sociedades contemporáneas. En este contexto, la Atención Primaria en Salud (APS) se ha consolidado como la estrategia esencial para alcanzar la salud universal y garantizar la calidad de la atención y del cuidado integral de la salud.

La APS fue formalmente establecida en la Declaración de Alma-Ata (1978) como la estrategia clave para lograr "salud para todos", enfatizando la equidad, la participación comunitaria, la intersectorialidad y la atención integral cercana a los lugares donde las personas viven y trabajan. Cuarenta años después, la Declaración de Astaná (2018) reafirmó estos principios, adaptándolos a los desafíos del siglo XXI y promoviendo un modelo centrado en la persona, la familia y la comunidad. Este enfoque renovado destaca la necesidad de servicios integrados, accesibles y de calidad, así como la responsabilidad compartida de los Estados para garantizar sistemas de salud resilientes, equitativos y sostenibles (OMS y UNICEF, 2021).

La Atención primaria en Salud - APS ofrece una atención integral y de calidad, abarcando la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico y tratamiento oportuno, la rehabilitación y los cuidados paliativos, con base en la evidencia científica y el respeto por las

preferencias, creencias y contextos culturales de las personas. Entre los principios fundamentales de la APS se destacan:

- Accesibilidad: eliminación de barreras geográficas, económicas, culturales o administrativas para el acceso a los servicios.
- Longitudinalidad: acompañamiento continuo y relacional de las personas y sus familias a lo largo del curso de vida.
- Integralidad o polivalencia: atención holística de las diversas necesidades de salud, articulando promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- Coordinación: integración efectiva entre los diferentes niveles y servicios del sistema, asegurando la continuidad del cuidado.
- Participación comunitaria: empoderamiento de la población en la identificación de sus necesidades y en la gestión de sus determinantes sociales.

Estos principios son esenciales para la calidad de la atención y del cuidado integral de la salud, ya que permiten pasar de una atención fragmentada y curativa hacia un modelo centrado en la persona, la familia y la comunidad, con enfoque territorial, poblacional e intercultural.

Otro de los aspectos que ha estado profundamente relacionado con el fortalecimiento de la APS, es la evolución de las metas en salud global. La Triple, Cuádruple y Quíntuple Meta, se han considerado clave para alcanzar estos objetivos de la APS, de manera integral. La Triple Meta, establecida en 2007, se centró en tres pilares: mejorar la salud de la población, proporcionar cobertura sanitaria universal y mejorar la calidad de los servicios de salud. Estos principios resuenan estrechamente con la APS que busca ofrecer servicios accesibles, integrales y centrados en la comunidad (Institute for Healthcare Improvement, n.d.).

A medida que los sistemas de salud enfrentaron nuevos desafíos, se introdujo la Cuádruple Meta, que agregó la dimensión del bienestar de los profesionales de salud. En este contexto, la APS también juega un rol fundamental, ya que un equipo de salud comprometido y bien apoyado es esencial para ofrecer atención de calidad y accesible. Finalmente, la Quíntuple Meta, que incorpora la sostenibilidad financiera, subraya la importancia de sistemas de salud económicamente viables que sean capaces de ofrecer atención primaria de calidad a largo plazo, sin comprometer los recursos. A lo largo de este proceso, la APS ha

demostrado ser una estrategia clave para alcanzar estos objetivos, ya que es la primera línea de contacto con la población, garantizando la prevención, la promoción de la salud y la atención integral, elementos fundamentales para cumplir con las metas de salud global (Figura 1).

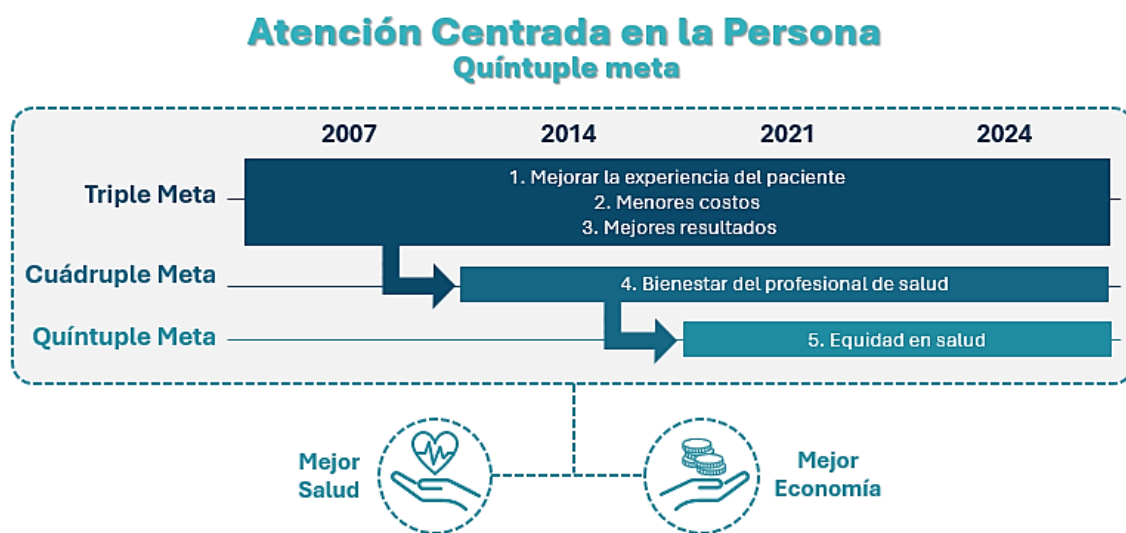


Figura 1. Quíntuple meta. Atención centrada en la persona

**Fuente:** Adaptado de Organización para la Excelencia de la Salud. Planetree International. Excelencia en la atención centrada en la persona. 2024

En alineación con la quíntuple meta propuesta por el Institute for Healthcare Improvement (IHI), la APS busca mejorar la experiencia del paciente, optimizar los resultados de salud poblacional, reducir costos *per cápita*, promover el bienestar de los equipos de atención y garantizar la equidad en salud. Este modelo potencia la prevención, la atención oportuna y la continuidad del cuidado, favoreciendo la sostenibilidad de los sistemas de salud y la mejora de la calidad de vida, especialmente en contextos donde las desigualdades sanitarias afectan de manera más profunda a las comunidades vulnerables.

### 1.3.4 Enfoque de los Objetivos de Desarrollo Sostenible

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) son una iniciativa global para erradicar la pobreza, proteger el planeta y garantizar la prosperidad para todos, estableciendo un total de 17 metas que abordan los principales desafíos que enfrenta la humanidad. Entre estos objetivos, el ODS 3 tiene

un enfoque central en la salud: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades". Sin embargo, la salud también está directamente vinculada a otros objetivos, ya que el bienestar social y económico de las personas depende de condiciones saludables y un entorno adecuado para su desarrollo (Naciones Unidas, 2019).

La consecución de este propósito está directamente relacionada con la calidad en la prestación de servicios de salud, entendida como la provisión de servicios sanitarios que sean efectivos, seguros, centrados en el paciente, oportunos, equitativos y eficientes (Naciones Unidas: Asamblea General, 2019).

El ODS 3 plantea metas específicas, como: i) asegurar la cobertura sanitaria universal, incluyendo acceso a servicios esenciales de salud y medicamentos seguros y asequibles, ii) reducir la mortalidad materna e infantil, iii) combatir enfermedades transmisibles y no transmisibles y iv) garantizar la equidad en el acceso a servicios de salud, especialmente para poblaciones vulnerables.

Para lograr estas metas, es necesario tener en cuenta los siguientes enfoques relacionados con la calidad en salud:

- **Acceso a atención sanitaria de calidad:** la calidad en la atención médica es un componente esencial para lograr el ODS 3. Asegurar que las personas tengan acceso a servicios de salud efectivos, oportunos, adecuados y seguros es fundamental para la prevención de enfermedades, el tratamiento, la paliación y el derecho a morir con dignidad. Esto implica la formación continua de los profesionales de la salud, la inversión en infraestructura sanitaria y la mejora en la tecnología médica.
- **Cobertura Universal de Salud:** un principio clave en el ODS 3 es la cobertura sanitaria universal, que implica que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud necesarios sin enfrentar dificultades financieras. Esto aboga por un sistema de salud equitativo donde la calidad no dependa del nivel socioeconómico de las personas.
- **La promoción de estilos de vida saludables:** la prevención de enfermedades, la reducción de la mortalidad evitable y mejorar la calidad de vida de las personas son aspectos clave para alcanzar una buena calidad en salud. Esto incluye programas para combatir el tabaquismo, la obesidad, la contaminación ambiental y la promoción de

una alimentación equilibrada, entre otros. Además, la salud mental, que muchas veces ha sido desatendida, está ganando relevancia como un factor crucial para la calidad de vida y bienestar general.

- **Innovación tecnológica y gestión de datos:** Las innovaciones tecnológicas en la salud, como la telemedicina, los registros electrónicos de salud y las aplicaciones móviles de salud, pueden mejorar la calidad de los servicios al hacerlos más accesibles y eficientes. Estas herramientas pueden ayudar a monitorizar la salud, facilitar diagnósticos más rápidos y mejorar la gestión de los sistemas de salud.

En este contexto, la calidad en salud es un pilar clave para alcanzar los ODS, ya que contribuye a mejorar los sistemas de atención sanitaria, promover la equidad y fomentar el desarrollo sostenible mediante el bienestar integral de la población (Naciones Unidas, 2018).

### ***1.3.5 Sistema de Evaluación y Monitoreo de la Calidad en Salud***

La evaluación de las tendencias globales en la calidad de la atención en salud requiere consenso sobre la definición y medición de indicadores de calidad que sean comparables entre países. No obstante, actualmente no existe un conjunto uniforme de indicadores de calidad definidos y recopilados a nivel mundial, lo que dificulta el análisis sistemático y la comparación internacional (World Health Organization, OECD, et al., 2018).

Tampoco hay un acuerdo universal sobre un conjunto mínimo de indicadores estandarizados para monitorear el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la salud. Sin embargo, se han desarrollado iniciativas significativas para abordar esta necesidad, como el Proyecto de Indicadores de Calidad de la Atención de Salud de la OCDE, los Indicadores de Prestación de Servicios del Banco Mundial, el Observatorio Mundial de Salud de la OMS y las Encuestas Demográficas y de Salud. Estas iniciativas buscan identificar indicadores que apoyen los esfuerzos de mejora de la calidad en los niveles nacional, regional e internacional.

En Colombia, el sistema de monitoreo de la calidad en salud se viene realizando a través de la Resolución 256 de 2016, la cual hace seguimiento a través de cuatro (4) dominios: i. Efectividad, ii. Experiencia de la

atención, iii. Gestión del riesgo y iv. Seguridad. En cada uno de estos dominios, se establecieron indicadores para el monitoreo de la calidad en salud de acuerdo con cada actor del sistema. Estos indicadores permiten evaluar el desempeño y los resultados con el fin de fortalecer el Sistema de Información de Calidad en Salud, brindar información objetiva a los ciudadanos para que puedan elegir libremente a sus prestadores de salud y aseguradores, y promover acciones de mejoramiento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016d).

### **1.3.6 El método de Los Marcos**

Toda política, para su realización en la práctica, debe ser soportada con un sistema conceptual coherente y susceptible de ser traducido en acciones específicas, concretas y coordinables. Para este caso, las Políticas de Calidad y Humanización en Salud, se escogió - inspirados en la obra del investigador y lingüista G. Lakoff- utilizar el método de los Marcos.

Los Marcos son estructuras mentales profundamente arraigadas con las que los humanos miran el mundo, para interpretar los acontecimientos (Lakoff, 2008). Los acontecimientos se comprenden a través del sentido que las personas les asignan, y estos a su vez, se estratifican en tres planos articulados de manera funcional: los Marcos profundos, los Marcos subordinados a los Marcos profundos, y los Marcos de superficie, estos últimos indican acciones y objetivos para su realización en la práctica.

Los Marcos enmarcan las ideas y son fundamentales para que estas se puedan configurar adecuadamente. Se puede ver en el diagrama o mapa de la política de calidad y su relación con la política de humanización en salud, que se han establecido cuatro Marcos profundos a saber:

1. La **Política** —de Humanización y Calidad en salud;
2. La **Humanización**
3. La **Calidad** y
4. La **Vida saludable**.

La **política** se realiza con hechos institucionales, y todo hecho institucional es un conjunto de reglas constitutivas y regulativas que le asignan funciones a los estados de cosas del mundo y que son de aceptación colectiva. En consecuencia, toda política es normativa y es impositiva.

La **Humanización**, en cambio, se lleva a la práctica mediante la formación del talento humano, sostenido con una racionalidad de la moral.

La **Calidad** se configura a través de unas instituciones virtuosas, sostenidas con una racionalidad instrumental.

La **Vida Saludable** para todas las personas, familias y comunidades.

Uno de los primeros pasos para la elaboración de una política, es el de establecer el punto de partida y el punto de llegada, y, en este caso, enfrentados a dos racionalidades aparentemente disímiles como son: una racionalidad de la moral para la humanización y una racionalidad instrumental, para la calidad en salud. No pudiendo renunciar a ninguna de las dos, se elaboró un concepto vinculante, al que se denomina disposición-acción solidaria, dando inicio, con ella, a un hilo conductor con una secuencia de metas de comprensión que, realizadas con criterios de pertinencia, conveniencia y suficiencia, abran el camino para poder alcanzar el punto de llegada, y que este sea el de alcanzar para todas las personas, sus familias y comunidades, una vida saludable (ver Figura 2).

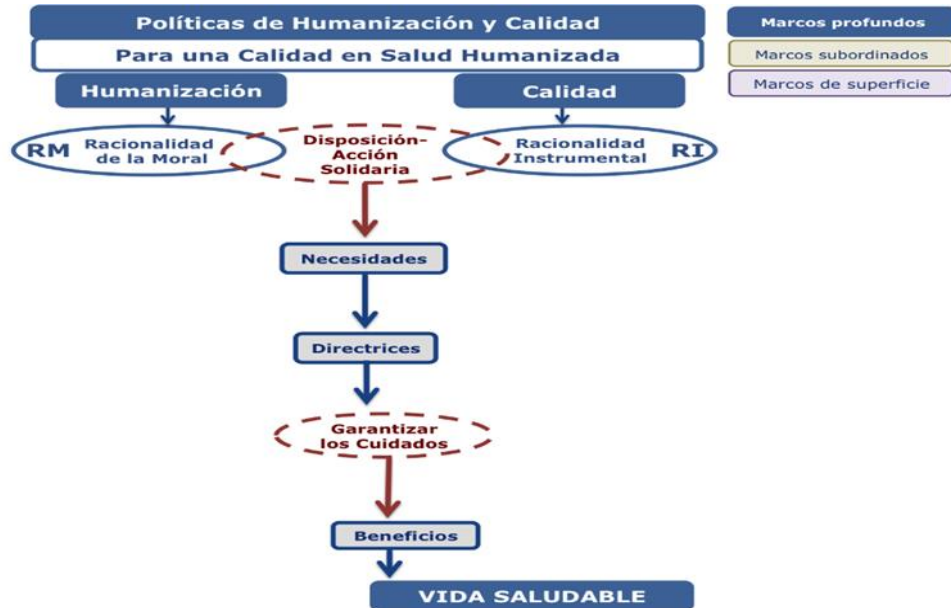


Figura 2. Política-Humanización-Calidad-Vida Saludable

**Fuente:** Elaboración Propia. Equipo Técnico Oficina de Calidad. MSPS 2025

Se puede identificar en la figura 2 que, para conectar el punto de partida con el punto de llegada, es necesario establecer el "hilo conductor" que conecta una secuencia de metas de comprensión, articuladas de manera

funcional para su realización en la práctica. Estas metas de comprensión son: la disposición acción solidaria para comprender las necesidades en salud de las personas, y poder así elaborar el conjunto de directrices para la realización de los cuidados necesarios en la tarea que habría que realizar, para lograr los beneficios que conducen a que todas las personas, sus familias y comunidades puedan alcanzar una vida saludable.

Apoyados en las reflexiones anteriores, se puede abordar con legitimidad la difícil tarea de utilizar la habilidad ética para configurar una racionalidad de la moral, orientada a la atención en salud y que permita permear para humanizar a todas las demás racionalidades comprometidas en la atención, llámense racionalidad instrumental para tareas administrativas, financieras, tecnológicas o filosófico-científicas necesarias para la realización y puesta en práctica de una política de calidad en salud humanizada.

Para abordar la racionalidad de la moral, se considera la formación del Talento Humano con sus Marcos Subordinados al Marco profundo de la Humanización: i) Habilidades intrapersonales, ii) Habilidades interpersonales, iii) habilidades espirituales y iv) habilidades profesionales.

En la racionalidad instrumental, en cambio, se consideran las Instituciones Virtuosas con sus marcos Subordinados de: i) Cantidad y calidad de los recursos disponibles y necesarios, ii) La naturaleza, grado y cumplimiento de los compromisos, y iii) La inteligencia del diseño institucional (ver figura 3).

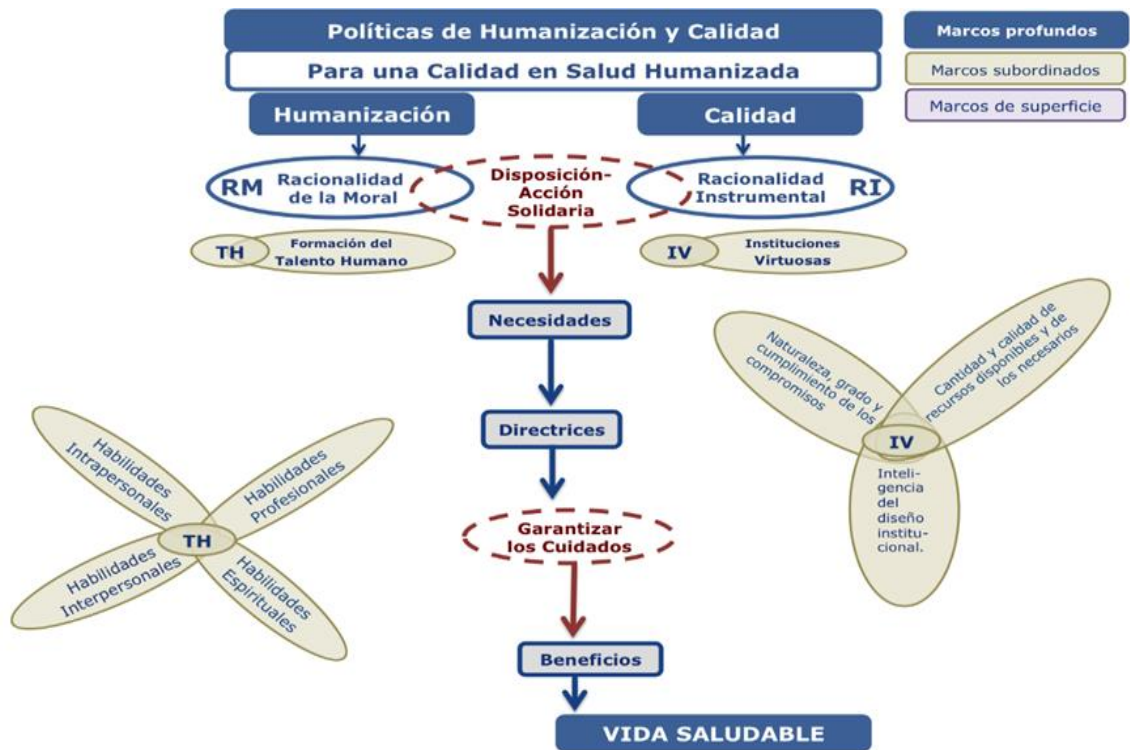


Figura 3. Marcos Subordinados

**Fuente:** Elaboración Propia. Equipo Técnico Oficina de Calidad. MSPS 2025

El concepto de "Instituciones Virtuosas" reclama que la filosofía de la Política de Calidad en Salud sea consustancial con una noción de justicia social, en los términos propuestos por el filósofo John Rawls: *"el papel de la justicia es el de regular los sistemas de cooperación social forjando instituciones virtuosas que le permitan a la ciudadanía la realización imparcial de sus planes racionales de vida"*. Y agrega que *"los principios de justicia fueron concebidos no para hacer virtuosas a las personas sino para hacer virtuosas a las instituciones, pues son ellas las que deben poder regular los conflictos de intereses de la sociedad, garantizando con su imparcialidad el sistema de cooperación social"* (Botero et al., 2005).

El conjunto de los Marcos profundos y los subordinados con todos sus Marcos de superficie, aplicados a un modelo de *Institución Virtuosa* para la atención en salud humanizada, activarían mecanismos para su realización en la práctica mediante la confluencia de las habilidades del Talento Humano con la inteligencia del diseño institucional, estableciendo mecanismos de regulación de los sistemas de cooperación en la realización

de los *cuidados*, con los cuales se sortean las dificultades que impiden a las personas, sus familias y comunidades, alcanzar y mantener unas vidas saludables.

Las acciones específicas, concretas y coordinables se constituyen a través de *directrices*, las cuales son elaboradas con el apoyo del talento humano en la realización de una ejecución armónica entre una normatividad y unos estándares que, además de cumplir con elementos filosófico-científico-humanísticos, sean legitimadas de maneras racionales y consensuadas mediante mecanismos de gobernanza, para fortalecer su legitimidad.

El paso anterior, el de la legitimidad por gobernanza, es un requisito indispensable para la constitución y regulación de una virtud institucional; la convalidación consensuada se funda en el hecho de que los juegos del lenguaje con los que se realiza un diseño institucional, al igual que cualquier otro juego del lenguaje posible, nace en las formas de vida que derivan de las imágenes del mundo que son propias y características en cada una de las personas, familias y comunidades.

Se puede pensar el equilibrio reflexivo como la coherencia entre normas, estándares y juicios morales, tomados intuitivamente estos últimos como puntos fijos provisionales que pasan a ser referentes para evaluar sus aplicaciones a situaciones concretas, con el fin de constituir unos principios que deriven en actitudes y procedimientos que involucren un sentido ético en la práctica corriente de las actividades en salud.

Además, es posible anticipar que, a través de este mecanismo, se dinamiza una transformación cultural a cargo de la institucionalidad; un camino mucho más expedito para su funcionalidad que tener que esperar soñando con un modelo educativo que provea comunidades ya culturizadas para realizar lo que se está formulando. Las instituciones virtuosas se encargan de realizar en la práctica una transformación cultural, que les permita a las personas, familias y comunidades, acceder con criterios de pertinencia, conveniencia y suficiencia, a todos los cuidados necesarios para sortear las dificultades existentes que les impiden alcanzar unas vidas saludables (Ver figura 4).

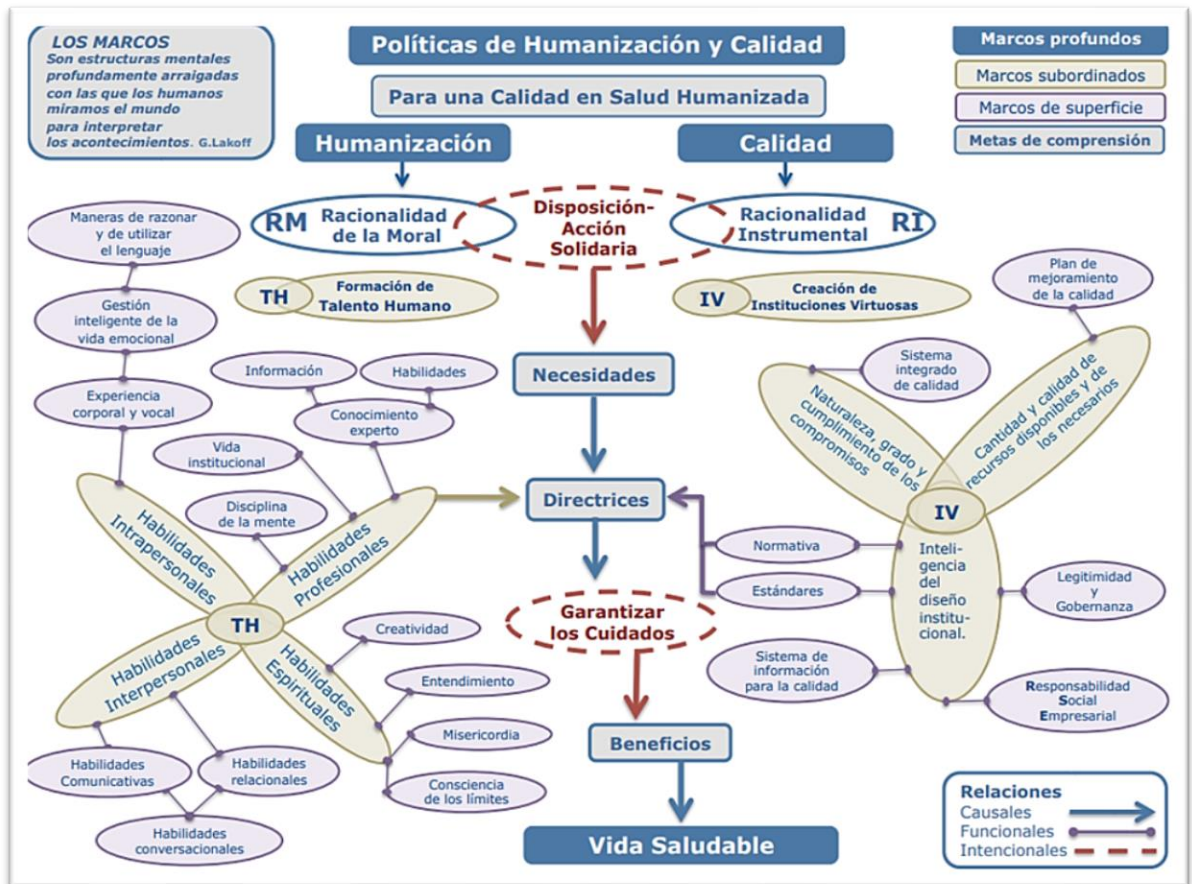


Figura 4. Marcos de Superficie

Fuente: Elaboración Propia. Equipo Técnico Oficina de Calidad. MSPS 2025

## 2 DISEÑO METODOLÓGICO PARA LOS ESPACIOS APROPIACIÓN SOCIAL DEL CONOCIMIENTO

### 2.1 Metodología del diagnóstico de necesidades y expectativas

Con el propósito de recoger elementos para el diagnóstico de las necesidades, plantear alternativas de solución a las problemáticas identificadas y la validación del problema público se implementó la siguiente metodología en los espacios de apropiación del conocimiento con grupos de interés (Aseguradores, Prestadores públicos y privados, Academia, Asociación de usuarios o pacientes, entidades territoriales departamentales, distritales, municipales, gremios o asociaciones del sector y Entidad Nacional de Vigilancia y Control).

La metodología planteada consideró dos escenarios de aplicación: encuentros en regiones a los que asistieron representantes de los diferentes integrantes del sistema de salud y otros sectores presentes en los municipios, distritos y departamentos (Visitas de asistencia técnica) y reuniones con colaboradores del Ministerio de Salud y Protección Social y de otras entidades del orden nacional.

Cada espacio de apropiación del conocimiento se inició con la contextualización a los asistentes sobre el objetivo del encuentro y aspectos generales de la situación actual, y luego se explica la metodología, que consta de seis (6) pasos:

- **Paso 1.** Aplicación de encuesta de necesidades para la calidad en salud. Para este paso se construyó un cuestionario que constaba de 2 bloques, cada uno con 2 preguntas, todas con opciones de selección múltiple. El primer bloque relacionado con los principales problemas que, en el territorio, obstaculizan el cumplimiento de los atributos mínimos de calidad de la atención en salud (accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad) y la humanización, durante la prestación de servicios de salud y en el aseguramiento en salud. El segundo bloque aborda aspectos de la calidad en salud que el sistema no está abordando en la actualidad o no lo hace adecuadamente, y deberían hacer parte de la formulación de la Política Pública de Calidad y con

problemáticas importantes que deben ser abordadas por la Política Pública de Calidad en Salud.

- **Paso 2.** Conformación de los grupos de discusión. En los territorios donde se contaba con representatividad de los diferentes actores del sistema, estos se organizaron por departamento o Distrito, o por afinidad de actores. El grupo debía ser plural, es decir, con representantes de todas las partes interesadas y debía designar un moderador para que organizara el ejercicio.
- **Paso 3.** Socialización de resultados en gráficas. En plenaria se muestran los gráficos generados por el cuestionario online con los resultados de la encuesta, evitando discusiones entre los asistentes sobre los hallazgos de cada pregunta, con el fin de no sesgar el trabajo que enseguida realizaría cada grupo.
- **Paso 4.** Socialización de resultados de la encuesta. Se mostraron las 5 opciones más votadas por todos los asistentes en cada pregunta, y luego se pidió que cada grupo escogiera 3, sobre las que se harían los siguientes pasos.
- **Paso 5.** Análisis de causas y propuesta de posibles soluciones. A cada una de las 3 respuestas se les realizó un análisis de causa y se formularon posibles alternativas de solución, usando una adaptación de la metodología Bowtie (o del corbatín, en español). Este método cualitativo combina en un solo ejercicio la identificación de riesgos y de acciones de mitigación, que se muestra en un solo diagrama semejante a un corbatín ver figura 5.

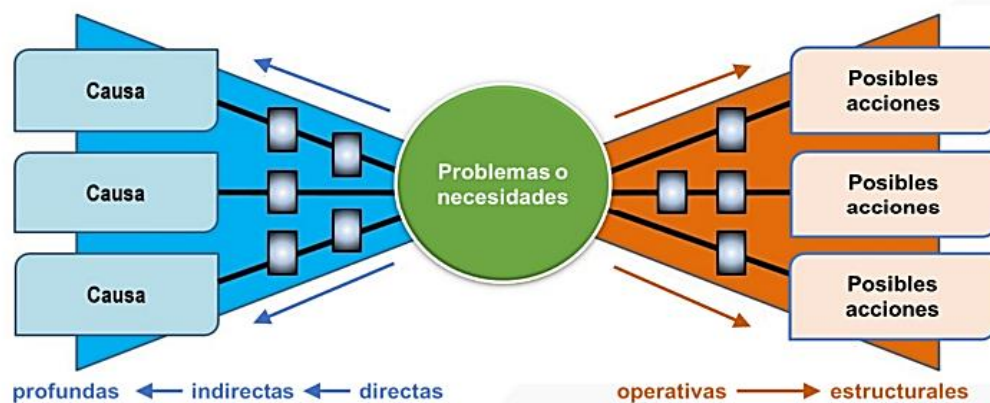


Figura 5. Representación gráfica de la adaptación del método Bowtie para análisis de problemas

Fuente: Elaboración Propia. Oficina de Calidad MSPS, 2025

Las **causas** se organizaron en el corbatín desde el nudo hacía afuera, quedando las más directas cerca a este, las indirectas en la mitad, y las más profundas en el extremo.

Las **posibles acciones** para impactar las causas se identificaron en el lado derecho del corbatín, y llevaron la misma lógica, es decir, las más operativas quedan cerca al nudo y las más estructurales en el extremo derecho.

- **Paso 6. Presentación de resultados del Bowtie.** Finalizado el ejercicio en los grupos, cada moderador presentó los resultados del ejercicio, haciendo énfasis en el proceso y razones para escoger tanto las causas como las posibles acciones.
- **Paso 7. Informe de la actividad.** Posterior a cada evento, los responsables de coordinar cada uno realizaron un informe que contenía:
  - Caracterización de los asistentes: entidades e instituciones representadas, número de asistentes, procedencia, etc.
  - Resultados preliminares de la encuesta de necesidades.
  - Resumen del trabajo desarrollado en los grupos: principales problemáticas seleccionadas, causas y posibles soluciones, teniendo en cuenta lo escrito en los corbatines y la argumentación presentada en la plenaria.

### **Espacios de apropiación del conocimiento realizados para la identificación de necesidades y alternativas de solución.**

Los pasos descritos de la metodología implementada se desarrollaron en veinticuatro (24) entidades territoriales con la participación de 614 personas durante el periodo abril a julio de 2024 como se describe en la siguiente tabla:

*Tabla 1. Espacios de apropiación social para el diagnóstico y planteamiento de alternativas de solución*

<b>Entidades Territoriales</b>	<b>Fecha 2024</b>	<b>Participantes</b>
Bogotá D. C.	Abril 30	74
Atlántico, Bolívar, La Guajira, Magdalena	Mayo 3	75

Entidades Territoriales	Fecha 2024	Participantes
Caldas, Quindío, Risaralda	Mayo 8	63
Antioquía	Mayo 10	82
Cauca, Valle del Cauca	Mayo 17	89
Tolima	Junio 12	70
Santander	Junio 27	45
Córdoba, Sucre	Junio 27	26
Cundinamarca	Junio 28	43
Arauca, Caquetá, Casanare, Guaviare, Meta Putumayo, Vaupés, Vichada	Julio 24	47
<b>Total: 24 entidades territoriales</b>		<b>614</b>

**Fuente:** Elaboración propia. Equipo Técnico Oficina de Calidad. MSPS 2024

Adicionalmente, se realizaron dos espacios de identificación de necesidades: uno con el equipo técnico de apoyo del MSPS para la formulación de la política y otro con gremios del sector, con la participación de 70 representantes. En total, 684 personas participaron en esta primera fase de diagnóstico y levantamiento de información.

### **Tabulación y procesamiento de los datos.**

Los datos recolectados se procesaron de la siguiente manera:

- Conformación de bases de datos y repositorios, que incluyeron la base de la encuesta de necesidades y la base de descripción de causas y soluciones.
- Depuración, validación y limpieza de datos para garantizar consistencia, completitud y calidad de la información.

### **Plan de análisis.**

La información relacionada con causas y soluciones se organizó en cuatro categorías principales:

- Estructurales
- Operativas
- Transversales
- Externas

Cada categoría principal se clasificó en subcategorías específicas que permitieron identificar patrones, problemáticas recurrentes y oportunidades de intervención, facilitando la formulación de alternativas de solución coherentes con las necesidades del sistema de salud.

*Tabla 2. Categorías y subcategorías para causas y soluciones*

<b>CATEGORÍA PRINCIPAL</b>	<b>SUBCATEGORÍA</b>
<b>Estructurales:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regulación</li> <li>• Financiero</li> <li>• Modelo de atención</li> <li>• Incentivos para la calidad</li> <li>• Sistemas de pago de servicios</li> <li>• Oferta de servicios de salud</li> <li>• Suficiencia y distribución del TH</li> <li>• Injerencia política en el sector</li> <li>• Otras</li> </ul>
<b>Operativas:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contratación de servicios</li> <li>• Medicamentos</li> <li>• Referencia y Contrarreferencia</li> <li>• Historia y registros clínicos</li> <li>• Gestión clínica</li> <li>• Inspección, vigilancia y control</li> <li>• Otras</li> </ul>
<b>Transversales:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación del talento humano</li> <li>• Condiciones laborales</li> <li>• Contratación del talento humano</li> <li>• Calidad de la información</li> <li>• Infraestructura del sistema de información</li> <li>• Humanización de la salud</li> <li>• Otras</li> </ul>
<b>Externas:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinantes estructurales</li> <li>• Cultura ciudadana</li> <li>• Corrupción</li> <li>• Otras</li> </ul>

**Fuente:** Elaboración Propia. Oficina de Calidad. MSPS 2025

## **2.2 Metodología para la validación del problema Público y avances en propuesta formulación**

Metodológicamente, la validación de las necesidades, expectativas y avances de la Política Nacional de Calidad en Salud y de la Política Nacional de Humanización en Salud se desarrolló en el periodo comprendido entre

agosto y diciembre de 2024. La Oficina de Calidad continuó con el ejercicio colaborativo-participativo de validación con los diferentes actores territoriales relacionado con: el problema público, los principios, los enfoques, los ejes estratégicos y los lineamientos estratégicos propuestos, teniendo en cuenta, entre otros, los resultados obtenidos en la aplicación de la metodología diseñada para la identificación de necesidades, problemáticas, causas y posibles soluciones realizada en el periodo abril – julio 2024.

Para la validación se consideraron los siguientes escenarios y públicos de participación:

- **Expertos nacionales e Internacionales.** Personas que, dada su experiencia, trayectoria en cargos directivos o de toma de decisiones, y conocimiento del sistema de salud, podían aportar ideas a la construcción de los instrumentos de política pública en curso.
- **Representantes de los grupos de valor y partes interesadas del país.** Personas convocadas a los encuentros territoriales a realizarse en el segundo semestre del 2024, los cuales se realizarían en ciudades y departamentos diferentes a aquellos en los que se hizo la lectura de necesidades.

Cada persona (expertos nacionales y representantes de grupos de valor) diligenció una encuesta *online*, en la cual manifestaba su acuerdo o desacuerdo con las partes presentadas, a través de una Escala Likert con las siguientes opciones:

- Totalmente en desacuerdo
- Parcialmente en desacuerdo
- Neutro (Ni en desacuerdo, ni en acuerdo)
- Parcialmente de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Para la validación con expertos internacionales, la Oficina de Calidad, con el apoyo de la representación nacional del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), llevó a cabo una reunión con especialistas del Banco. Previamente, se les envió un cuestionario con preguntas orientadoras, diseñado para recopilar sus percepciones sobre los avances conceptuales y metodológicos de la Política. Durante la sesión, se presentó el progreso alcanzado en la formulación de los instrumentos de política pública en curso, lo que permitió contextualizar la discusión y enriquecer el análisis.

Posteriormente, se desarrolló un conversatorio con los expertos, en el cual se recogieron sus apreciaciones, observaciones y recomendaciones para fortalecer el trabajo en curso y orientar las siguientes fases del proceso.

En cuanto a la validación con representantes de los grupos de valor y partes interesadas, esta se efectuó en el marco de los encuentros territoriales, mediante la aplicación de una metodología participativa estructurada en nueve pasos, integrando los diversos métodos e instrumentos de recolección y análisis de información que se describe a continuación:

- **Paso 1.** Presentación de los resultados de la identificación de necesidades y expectativas: Se explicó a los asistentes el resultado de la identificación de las necesidades y expectativas producto de la revisión de la literatura, que se mostró en los encuentros como grandes problemáticas del sector salud. En seguida, la selección realizada por las personas de esas problemáticas, el análisis de las causas y las soluciones planteadas en los grupos de discusión que hubo en los diferentes encuentros regionales, y la categorización hecha por la Oficina de Calidad de esos resultados.
- **Paso 2.** Conformación de los grupos de discusión: Una vez finalizada la presentación se dividió el grupo en mesas de trabajo, por cada uno de los instrumentos de política pública. En condiciones ideales un grupo debería ser de máximo 10 a 12 personas. El grupo debía ser plural, es decir, con representantes de todas las partes interesadas y debía designar un moderador para que organizara el ejercicio, el cual estaba apoyado por un facilitador con experiencia en el uso de herramientas de calidad.
- **Paso 3.** Lectura de la Guía de Definiciones: El grupo debía hacer lectura de la Guía de Definiciones, que era un documento donde se plasmaron los términos necesarios para entender el avance presentado, y los contenidos desarrollados para cada uno de los instrumentos de política pública. La guía relaciona definiciones generales para la política en su marco estratégico.
- **Paso 4.** Discusión en grupo: En este paso los asistentes debían discutir la pertinencia de las propuestas de las políticas y del sistema integrado de calidad según correspondiera, teniendo en cuenta las definiciones, y las necesidades del país y de su territorio, y la perspectiva de cada actor. A cada moderador se le entregó un formato en papel para que registrara los principales argumentos y las propuestas del grupo, para

complementar las respuestas que se registraban en el formulario online.

- **Paso 5.** Responder la encuesta de validación: Luego de la discusión, cada asistente de forma individual debía responder la encuesta en línea, pero considerando los argumentos esgrimidos en la discusión. De esta manera, la persona debía manifestar su grado de acuerdo o desacuerdo con los contenidos del instrumento de política asignado: en el caso de la política, con la priorización de las necesidades y expectativas que están sintetizadas en el problema público, como también con los principios, enfoques y ejes estratégicos propuestos.
- **Paso 6.** Registrar recomendaciones, sugerencias y líneas operativas: Adicionalmente, los asistentes debían registrar las recomendaciones o sugerencias sobre los elementos validados, en especial sobre ajustes, cambios, supresiones o adiciones que consideraran importantes, y para las políticas, proponer Líneas Operativas para cada Eje Estratégico planteado.
- **Paso 7.** Tabulación y procesamiento de los datos con la conformación de bases de datos y repositorios. Los datos se organizaron en las bases de validación por expertos nacionales y la base de validación de participantes en los territorios mediante un formulario en línea con la herramienta de Microsoft Forms; y una carpeta con la transcripción de las recomendaciones realizadas en los encuentros territoriales.
- **Paso 8.** Plan de análisis: Para el aprovechamiento de los datos recopilados se procedió al análisis de los datos de las bases de datos de frecuencia simple de respuestas "Totalmente en desacuerdo, parcialmente en desacuerdo, Neutro (Ni en desacuerdo, ni en acuerdo), parcialmente de acuerdo y totalmente de acuerdo", para el problema público, los principios, enfoques y ejes estratégicos de la política.  
**Paso 9.** Visualización de datos: La información se presentó en tablas y gráficas según el caso y pertinencia, en cada uno de los informes que entregaron los diferentes colaboradores de la Oficina de Calidad. No obstante, se dejaron las tablas y gráficas en un archivo de Microsoft Excel donde se puedan modificar y hacer nuevas combinaciones.

**Espacios de apropiación del conocimiento realizados para la validación del problema público y de la propuesta inicial de la Política.**

Como se mencionó anteriormente, se realizaron espacios de apropiación social del conocimiento con entidades territoriales para la validación de la propuesta, en esta fase participaron 15 departamentos con asistencia de 478 participantes, como se relaciona en la siguiente tabla:

*Tabla 3. Espacios de apropiación social para validación de la propuesta inicial de las Políticas*

<b>Entidades Territoriales</b>	<b>Fecha 2024</b>	<b>Participantes</b>
Huila	Agosto 22	51
Archipiélago de San Andrés y Providencia	Agosto 27	22
Boyacá	Agosto 30	57
Nariño	Septiembre 11	84
Norte de Santander	Septiembre 19	41
Amazonas	Septiembre 24	23
Cesar	Septiembre 30	30
Casanare	Octubre 16	23
La Guajira	Octubre 22	28
Caquetá	Noviembre 6	32
Putumayo	Noviembre 13	30
Chocó	Noviembre 20	20
Arauca	Noviembre 27	19
Guaviare, Guainía	Diciembre 13	18
<b>Total: 15 entidades territoriales</b>		<b>478</b>

**Fuente:** Elaboración propia. Equipo Técnico Oficina de Calidad. MSPS 2024

### **Tabulación y procesamiento de los datos.**

Los datos recolectados fueron procesados de la siguiente manera:

- Conformación de bases de datos y repositorios: se consolidó la Base de validación de expertos nacionales y la Base de validación territorial, que agrupan la información proveniente de los distintos espacios de discusión y consulta.
- Organización de insumos cualitativos: se estructuró una carpeta con la transcripción completa de las recomendaciones realizadas en los

encuentros territoriales, así como las aportadas por expertos nacionales e internacionales, incluyendo las grabaciones de cada sesión.

### **Plan de análisis.**

Para el aprovechamiento de los datos recopilados se desarrollaron las siguientes acciones:

- **Análisis descriptivo:** se generaron salidas de frecuencia simple por región, así como frecuencias simples de las respuestas en escala Likert para la valoración del problema público, los principios, enfoques y ejes estratégicos de cada política.
- **Criterio de validación:** cuando la sumatoria de las respuestas "Parcialmente en desacuerdo" y "Totalmente en desacuerdo" superaba el 20%, el ítem se consideraba no validado y requería ajustes. Dichos ajustes se realizaron incorporando las recomendaciones y sugerencias provenientes de los expertos nacionales, internacionales y participantes de los encuentros regionales.

## **3 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL PROBLEMA PÚBLICO EN CALIDAD DE LA ATENCIÓN**

El problema público identificado puede formularse de la siguiente manera:

*"Persisten deficiencias estructurales y funcionales en la gestión de la calidad de la atención y del cuidado integral en salud, que impiden garantizar a la población servicios seguros, oportunos, continuos, humanizados, efectivos y centrados en la persona, la familia, la comunidad y el territorio".*

Estas deficiencias se manifiestan en distintos niveles del sistema y se expresan en:

- Fragmentación de la atención, tanto en los procesos asistenciales como en la gestión territorial del cuidado, lo que genera pérdida de continuidad y duplicidad de esfuerzos.
- Desigualdades en la calidad de los servicios.
- Limitaciones en la humanización del cuidado, evidenciadas en fallas de comunicación, trato impersonal y desconfianza de los usuarios hacia las instituciones.

- Insuficiencia de mecanismos sistemáticos de evaluación y mejora continua de la calidad, con procesos de auditoría poco homogéneos o sostenibles.
- Falta de integración entre los sistemas de información de calidad, seguridad del paciente y resultados en salud, lo que dificulta la toma de decisiones basada en evidencia.

La racionalidad instrumental aplicada a la calidad en salud se sustenta en explicaciones funcionales y causales que orientan decisiones, tecnologías y diseños institucionales hacia resultados verificables. No obstante, para que esa racionalidad se traduzca en una atención que responda a las necesidades reales, se requiere una disposición de acción solidaria que reconozca la dimensión ética del cuidado, la calidad de los comportamientos morales marca la diferencia al momento de priorizar, decidir y actuar, y permite direccionar la atención en salud hacia cuidados integrales centrados en la dignidad de las personas y en sus contextos de vida.

En ese marco, la Política Nacional de Calidad en Salud (PNCS) adopta un alcance universal porque la calidad no es un atributo optativo del sistema ni una expectativa restringida a ciertos servicios, territorios o grupos poblacionales, sino una condición inherente al goce efectivo del derecho fundamental a la salud y, por tanto, una obligación que debe garantizarse para todas las personas, en todo el territorio y a lo largo del continuo de atención. La universalidad se justifica, además, en la necesidad de reducir inequidades y barreras de acceso, asegurar estándares mínimos homogéneos de seguridad, oportunidad, continuidad y efectividad, y adaptar la prestación a la diversidad social, cultural y territorial incluida la interculturalidad sin que esas diferencias se traduzcan en calidad diferenciada o en tratos desiguales.

Por lo anterior, esta política busca que las necesidades en salud derivadas de las condiciones de las personas, la población y el territorio se aborden desde un enfoque centrado en las personas, sus familias y comunidades, de modo que gocen de manera efectiva del derecho fundamental a la salud mediante servicios seguros, oportunos, continuos y efectivos, contribuyendo a alcanzar y mantener vidas saludables.

### **3.1 La calidad en salud es una preocupación mundial**

La OMS ha llamado la atención a sus países miembros para que desarrollen políticas, estrategias y planes nacionales que garanticen la cobertura universal en salud, mejoren los resultados sanitarios y contribuyan al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, fortaleciendo la Atención Primaria en Salud y promoviendo una atención centrada en las personas. Este llamado implica asegurar que los servicios sean seguros, efectivos, oportunos, eficientes, equitativos y centrados en la persona, dimensiones fundamentales de la calidad definidas por la OMS y esenciales para abordar los determinantes sociales de la salud mediante acciones intersectoriales (World Health Organization, 2021).

Asimismo, la OMS, la OCDE y el Banco Mundial han señalado que, según una revisión sistemática de 80 estudios, “la práctica clínica subóptima es común en las instalaciones de atención primaria en salud, tanto privadas como públicas, en varios países de ingresos bajos y medios”, lo que evidencia la necesidad urgente de fortalecer la calidad, estandarizar los procesos de atención y promover sistemas de mejora continua en la APS y en todos los niveles del sistema de salud (Organización Mundial de la Salud et al., 2020).

Para el organismo de referencia mundial del sector salud, los propósitos a perseguir son los siguientes (World Health Organization, Organization for Economic Cooperation and Development, et al., 2018):

1. Garantizar una fuerza laboral sanitaria de alta calidad.
2. Garantizar la excelencia en todos los centros de atención sanitaria.
3. Garantizar el uso seguro y eficaz de medicamentos, dispositivos médicos y otras tecnologías en salud.
4. Garantizar el uso eficaz de los sistemas de información sanitaria.
5. Desarrollar mecanismos de financiación que apoyen la mejora continua de la calidad.

Posteriormente este mismo organismo señala que los objetivos deberían estar centrados en los siguientes aspectos, algunos de los cuales están relacionados con los anteriores y otros tienen más relación con la búsqueda de la cobertura universal en salud (Organización Mundial de la Salud et al., 2020):

1. Reducir el daño a los pacientes
2. Mejorar la eficacia clínica de los servicios de salud prestados.

3. Comprometer y empoderar a los pacientes, las familias y las comunidades.
4. Desarrollar la capacidad sistémica para actividades de mejora continua de la calidad.
5. Fortalecer la gobernanza y la rendición de cuentas.

Según la OPS (2020), con base en las encuestas de hogares con las que se miden las barreras de acceso a los servicios de salud en las Américas, en promedio una tercera parte de las personas en los países (29,3%) reportaron no buscar atención en salud cuando lo necesitaron debido a múltiples barreras de acceso.

Además, entre los que reportaron no buscar atención, el 17,2% lo atribuyó a barreras organizativas (largos tiempos de espera, horas de atención inadecuadas, requisitos administrativos engorrosos); las barreras financieras fueron reportadas en el 15,1% de los casos, la disponibilidad inadecuada de recursos (falta personal de salud, medicamentos e insumos) en el 8,4% de los casos y las barreras geográficas en el 5,4% de los casos. El 8,0% atribuyó su decisión a barreras de aceptabilidad (lingüísticas, falta de confianza en el personal de salud o maltrato por parte del personal y preferencia por la medicina tradicional e indígena). Las personas en el quintil de riqueza más pobre fueron más propensas a experimentar barreras de aceptabilidad, financieras, geográficas y de falta de disponibilidad de recursos (Báscolo et al., 2020).

Recomienda la OPS, además de servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y en la comunidad, el fortalecimiento de la administración y la gobernanza, aumentar y mejorar la financiación, con equidad y eficiencia y avanzar hacia la eliminación de los pagos directos que constituyan una barrera para el acceso en el punto de servicio, así como el fortalecimiento de la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud que aseguren la sostenibilidad de la cobertura universal.

### **3.2 La calidad en salud es un imperativo legal en Colombia**

La jurisprudencia actual y la ley consideran el derecho a la salud como un elemento estructural de la dignidad humana (Sepúlveda Sepúlveda, 2023).

Inicialmente, la Constitución Política de Colombia señaló que *“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado”,* y que corresponde a este *“(…) organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad”* (Asamblea Nacional Constituyente, 1991).

La Ley 1438 de 2011, que reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, tiene como objeto *“(…) el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país”* (subrayado fuera de texto). La ley estableció como principio del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la calidad, definiendo que *“Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada”* (Congreso de Colombia, 2011).

La Ley Estatutaria en Salud establece que el Derecho a la Salud implica *“(…) el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”* y que, *“(…) su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado”* (Congreso de Colombia, 2015).

### **3.3 La atención en salud en Colombia tiene fallas que afectan la calidad**

Si bien Colombia logró a diciembre de 2024 el 98.56% de cobertura en el aseguramiento para garantizar el acceso a la atención en salud, a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los regímenes especiales y de excepción a nivel nacional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025a), aún persisten dificultades que afectan la calidad de la atención, incluyendo diferencias culturales y territoriales; dispersión

geográfica en regiones como la Amazonía y la Orinoquía; discriminación y marginalidad de ciertos grupos poblacionales; estatus migratorio irregular; barreras administrativas y técnicas. Tales factores presentan desafíos significativos para garantizar servicios oportunos, pertinentes y de calidad en todo el país.

**Los tiempos de espera para la atención se han venido prolongando para algunos servicios.** Según el Sistema de Evaluación de Actores (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025), con corte al año 2022 se observó que el tiempo de espera para Medicina interna fue de 13,79 días, seguido de Cirugía general con 12,8 días, Ginecología con 10,97 días, Obstetricia con 9 días y Pediatría con 8,27 días. Para el 2023 medicina Interna bajó a 12,27 días, Cirugía General a 10,74 días, Ginecología a 10,35 días y Pediatría a 6,8 días; Obstetricia aumentó a 9,45 días.

Para el 2024 el tiempo de espera para las especialidades básicas bajó con respecto al 2023, siendo para medicina interna 11,3 días, Cirugía General 10,34 días, Ginecología 9,42 días, Obstetricia 8,14 días y Pediatría 6,21 días.

**Hay prácticas de los actores que afectan el derecho a la salud.** En el *Ranking* de IPS del 2024 se analizaron 10.912 IPS, de acuerdo con la naturaleza jurídica el 90,7% de las IPS (9.896) corresponden a Privadas, las Públicas al 9,2% (999) y Mixta 17 (0.2%). El 4,2% (457) de las IPS se encuentran en zona rural, mientras el 95,8% (10.419) están en zona urbana. Según la base de datos, 36 Prestadores no contaban con este dato.

Para establecer la categoría de vulneración del Derecho a la Salud las IPS se clasificaron en tres grupos: Baja (9.725 IPS) Mediana (1.030 IPS) y Alta complejidad (157 IPS).

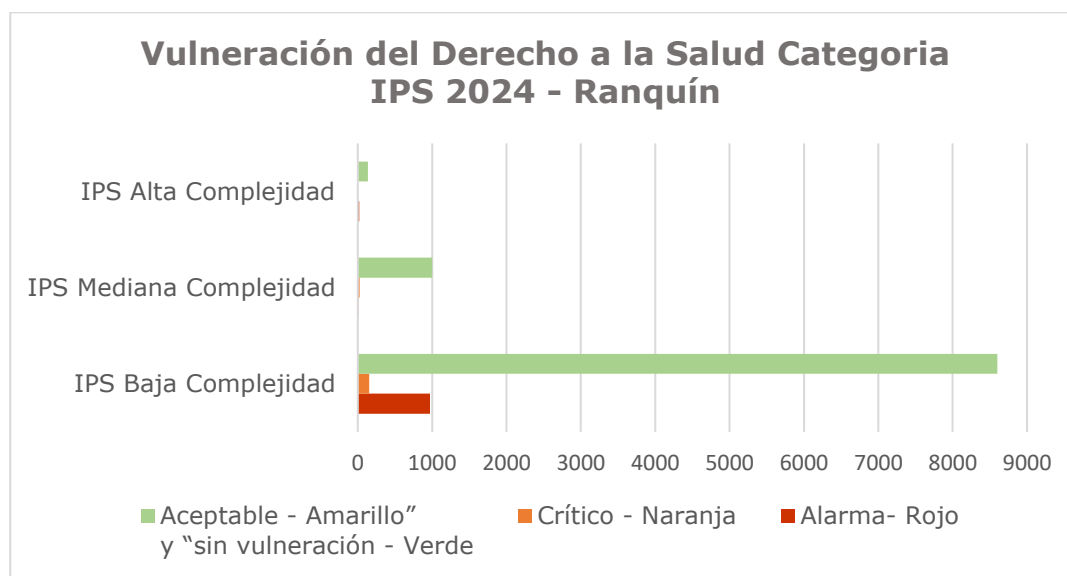


Figura 6. Categorías IPS Ranquin 2024

**Fuente:** Elaboración propia. Equipo Técnico Oficina de Calidad. MSPS 2024

En las IPS con servicios de baja complejidad, 970 se encuentran en categoría de "alarma", 153 en categoría "crítico" y 8.602 en las categorías "aceptable" y "sin vulneración".

En las IPS con servicios de mediana complejidad, 9 se encuentran en categoría de "alarma", 22 en categoría "crítico" y 999 en las categorías "aceptable" y "sin vulneración".

En las IPS con servicios de alta complejidad, 20 se encuentran en categoría "alarma - rojo", mientras que 137 se ubican en las categorías "aceptable - amarillo" y "sin vulneración - verde" (Oficina de Calidad - Ministerio de Salud y Protección Social, 2024).

**El sistema de información para la calidad no opera adecuadamente.**

Con respecto al reporte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la Resolución 256 de 2016, se observó con corte al 2023 que, del total de IPS habilitadas (11.297), el 83,53% (9.436) realizó el reporte al Sistema de Información para la Calidad. Para el 2024 el 85,9% de las 10.912 IPS habilitadas de acuerdo con el Registro Especial de Prestadores, realizó el respectivo reporte.

**Comportamiento PQRS cuando se presentan barreras para la atención en salud.** A nivel nacional con corte al año 2022 se presentaron un total de 1.247.137 PQRD. Con respecto a los motivos, el asociado a la restricción en el acceso a los servicios de salud fue del 84,7%. Para el año 2023 se presentaron un total de 1.417.221 PQRD, por motivo, al primer semestre del 2023 la mayor proporción fue por restricción en el acceso a los servicios con un 89,4%, para el segundo semestre, fue Barreras en el acceso a tecnologías y servicios de salud y otros elementos complementarios para la atención del usuario con un 90%. En el año 2024, se presentó un total de 1.728.069 de reclamos por motivo definido, y se encontró que el 90,8% está relacionado con barreras en el acceso a tecnologías y servicios de salud y otros elementos complementarios para la atención del usuario.

**Las Tutelas como mecanismo para la Garantía del derecho a la Salud.** En el año 2024, se observó una tasa de 4,50 tutelas por cada 1.000 habitantes y de 4,75 tutelas por cada 1.000 afiliados, presentando un incremento bruto del 0.94 en la tasa por 1000 afiliados, y de 0.71 por 1000 habitantes con respecto al 2023. Se presentaron un total de 237.210 tutelas únicas de las cuales el 87.46% corresponde a tutelas interpuestas a EPS, el 11,59% a tutelas interpuestas a IPS y el 0.95% a tutelas para las entidades territoriales

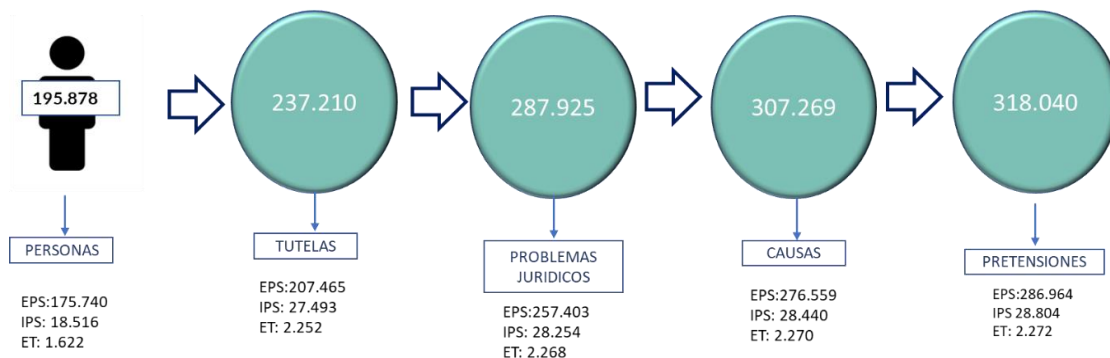


Figura 7. Caracterización Tutelas en Salud 2024

**Fuente:** Información de tutelas 2024 recolectadas con base en la Circular 001 de 2025

La gran mayoría de las personas, es decir el 83.35%, (163.274) han presentado solo una acción de tutela, un 16.58% (32.484) ha presentado entre 2 y 6 tutelas.

Por otro lado, teniendo como base los problemas jurídicos de las tutelas, las causas que originaron las mismas y que en las tutelas pueden existir más de una pretensión, se identificaron 287.925 problemas jurídicos, 307.269 diferentes tipos de causas de tutelas y 318.040 pretensiones.

De acuerdo con la distribución porcentual de las causas en el año 2024, se observó que el **40,9%** corresponden al problema jurídico número nueve (Falta de oportunidad de los servicios), el **18,7%** al problema jurídico número catorce (No prestar los servicios implícitamente incluidos en el plan de beneficios) y el **13,6%** al problema jurídico número uno (No autorización de servicio que se requiere y la persona no puede costearlo, porque no se encuentra incluido en el Plan de Beneficios en Salud -PBS).

Según el análisis de la distribución porcentual de estas causas, se evidenció que el **80%** de los problemas jurídicos estaban relacionados con servicios ya financiados por el Plan de Beneficios en Salud (PBS), mientras que el **20%** restante correspondía a prestaciones no incluidas dentro de dicha cobertura.

Durante la vigencia 2024, las entidades reportaron un total de 318.040 pretensiones, de las cuales las más frecuentes fueron:

- Citas médicas (18,6%),
- Procedimientos y tecnologías en salud (15,7%),
- Medicamentos (11,1%), y
- Otras pretensiones diversas (12,5%).

Estas pretensiones reflejan que la mayoría de las solicitudes judiciales están orientadas a obtener servicios esenciales y de carácter básico, lo que reafirma la persistencia de barreras de acceso en los componentes más elementales de la atención.

En cuanto a los resultados procesales, del total de tutelas interpuestas:

- El 19% (45.073) fueron impugnadas, de las cuales el 84,5% (38.073) fueron concedidas totalmente,
- El 9,4% (4.245) fueron concedidas parcialmente, y
- Solo el 5,7% (2.573) se declararon hecho superado.

Asimismo, se instauraron incidentes de desacato en el 10,3% de los casos (2.436 tutelas), lo que indica que en el 89,7% de las decisiones judiciales las entidades cumplieron los fallos sin requerir intervención adicional.

El predominio de causas asociadas a demoras, falta de oportunidad, negación injustificada o trabas administrativas revela un problema de fondo en la calidad y humanización del sistema de salud colombiano, en la medida en que el acceso al cuidado integral sigue mediado por la gestión administrativa y no por las necesidades de las personas, familias y comunidades.

De esta manera, las tutelas se constituyen no solo en un mecanismo de garantía del derecho fundamental a la salud, sino también en un indicador de la falta de sensibilidad institucional y de la persistencia de brechas, en la calidad de la atención, el trato digno y en la accesibilidad en la atención y cuidado integral.

**Las condiciones e incentivos para mejorar no son suficientes.** En una evaluación realizada para el Ministerio de Salud y Protección Social, los encuestados respondieron que las asistencias técnicas por parte de la entidad territorial relacionadas con la implementación del SUA son insuficientes para el logro de la Acreditación en Salud (76,92% de las EPS, en un 59,09% de las IPS acreditadas, en un 65,05% de las IPS no acreditadas), y que debe existir una gradualidad para alcanzar la acreditación por calidad que haga referencia a niveles mínimos, intermedios y máximos (63% de las ET, en un 84,62% de las EPS, en un 72,73% de las IPS acreditadas, en un 81,45% de las IPS no acreditadas) (Corporación Integral para el Desarrollo de las Regiones - COINDERE, 2023).

**Las instituciones prestadoras de servicios de salud y el talento humano no tienen la capacidad de atender las necesidades de la población.** En el levantamiento de necesidades realizado por la Oficina de Calidad del MSPS en el 2024 con los diferentes integrantes del sistema de salud, el 26,26% identificó que la alta rotación del talento humano o la falta de competencia del talento humano en salud era la principal problemática, seguida de la baja capacidad de las instituciones para responder a las necesidades de la población, a la forma como esta usa los servicios de salud, y a los determinantes de la salud que superan las posibilidades de las instituciones con 12,91%.

### 3.4 Resultados de identificación necesidades y validación problema público

Con base en la información y el contexto proporcionado en el diagnóstico situacional, así con la información recolectada en los espacios de apropiación social del conocimiento la identificación de necesidades, el planteamiento de posibles soluciones y la validación del problema público como de la propuesta inicial de la política a partir de las consultas realizadas a diversos integrantes del sector salud, que previamente fueron identificados y definida su participación en la formulación de la política<sup>1</sup>. A continuación, se presentan los resultados de la aplicación de la encuesta en línea.

#### Identificación necesidades

La realización de los diez (10) espacios para la identificación de necesidades- establecimiento de problemáticas se realizaron entre abril y julio de 2024 en las siguientes entidades territoriales:

*Tabla 4 Espacios de apropiación social para identificación necesidades y planteamiento de alternativas de solución 2024*

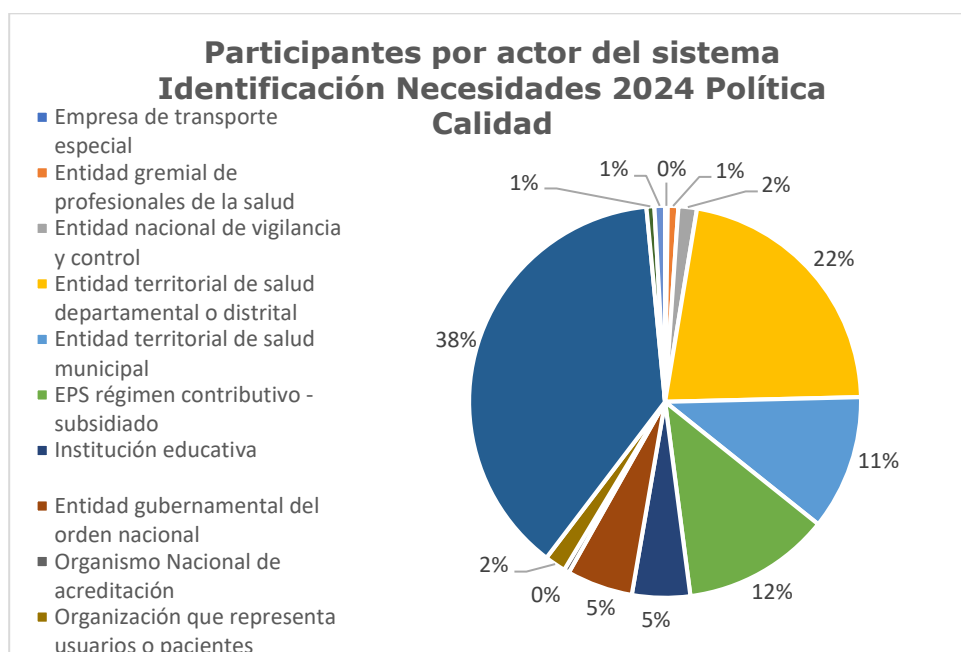
Entidades Territoriales	Fecha 2024	Participantes
Bogotá D. C.	Abril 30	74
Atlántico, Bolívar, La Guajira, Magdalena	Mayo 3	75
Caldas, Quindío, Risaralda	Mayo 8	63
Antioquía	Mayo 10	82
Cauca, Valle del Cauca	Mayo 17	89
Tolima	Junio 12	70
Santander	Junio 27	45
Córdoba, Sucre	Junio 27	26
Cundinamarca	Junio 28	43

<sup>1</sup> Referencia, Documento identificación de grupos de Interés para la formulación de la Política de Calidad en Salud y la Política de Humanización en Salud Oficina de Calidad del MSPS, 28 de febrero de 2025.

Entidades Territoriales	Fecha 2024	Participantes
Arauca, Caquetá, Casanare, Guaviare, Meta Putumayo, Vaupés, Vichada	Julio 24	47
<b>Total: 24 entidades territoriales</b>		<b>614</b>

**Fuente:** Elaboración propia. Equipo Técnico Oficina de Calidad. MSPS 2024

Como se puede evidenciar, asistieron 614 personas de las cuales respondieron la encuesta de identificación de necesidades el 80.6% (459); pertenecientes a los siguientes integrantes del sistema:



*Figura 8 Actores del sistema participantes en identificación necesidades 2024*

**Fuente:** Elaboración propia. Equipo Técnico Oficina de Calidad. MSPS 2024

Se evidencia que el 38% (175) de las personas que respondieron la encuesta pertenecen a prestadores de servicios de salud, el 22% (101) a delegados de entidad territorial departamental o distrital; el 12% (56) a EPS (régimen Contributivo y subsidiado); el 11% (51) a entidad territorial municipal; el 5,4% (25) a entidad gubernamental del orden nacional; el

4,8% (22) a Institución educativa; el 1,7% (8) a Organización que representa Usuarios; el 1,5% (7) a Entidad de Vigilancia y Control; el 1% (4) a Sociedad científica al igual que para Entidad gremial de profesionales de la salud; el 0,7% (3) a Régimen de excepción; el 0,4% (2) a organismo nacional de acreditación y el 0,2% (1) a empresa de transporte especial.

Los aspectos de la calidad en salud que fueron identificados y priorizados se presentan en la figura 9” Consolidado de Priorización necesidades – problemática en los espacios de apropiación 2024”

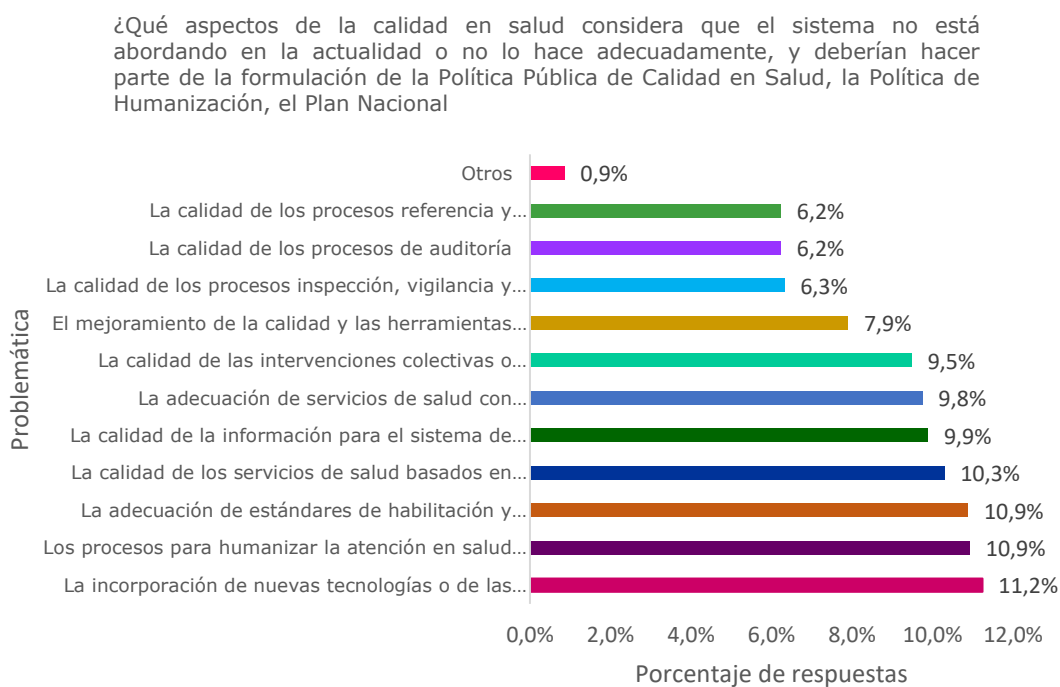


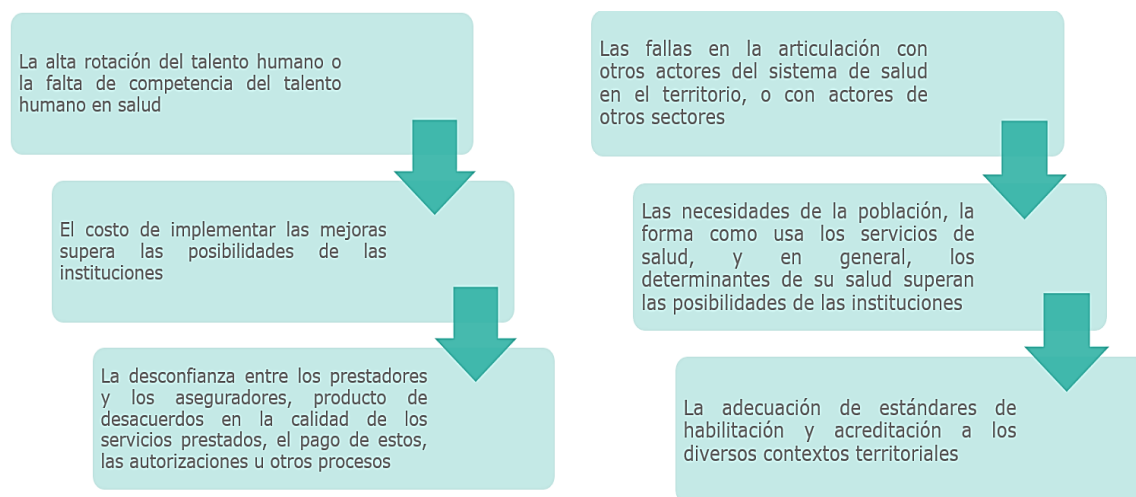
Figura 9 Consolidado de Priorización necesidades – problemática en los espacios de apropiación 2024

**Fuente:** Elaboración propia. Equipo Técnico Oficina de Calidad. MSPS 2024

Los principales aspectos que el sistema no está abordando y que deberían hacer parte de la formulación de la Política Pública de Calidad en Salud que fueron identificados son: la incorporación de nuevas tecnologías o de las TIC a la atención en salud 11,2%, los procesos para humanizar la atención en salud y los servicios de salud 10,9%, la adecuación de estándares de

habilitación y acreditación a los diversos contextos territoriales 10,9%, La calidad de los servicios de salud basados en Atención Primaria en Salud 10,3%, La calidad de la información para el sistema de calidad y el uso de la información 9,9%, la adecuación de servicios de salud con pertinencia intercultural 9,8% y la calidad de las intervenciones colectivas o acciones de salud pública 9,5%.

En cuanto a los principales problemas que en el territorio, obstaculizan el cumplimiento de los atributos mínimos de calidad de la atención en salud durante la prestación de servicios se evidenciaron:



*Figura 10. Problemáticas priorizadas en los espacios de apropiación 1- 2024*

**Fuente:** Elaboración propia Equipo Técnico Oficina de Calidad - MSPS 2024

Se destacan en primer lugar, la problemática relacionada con la alta rotación del talento humano o la falta de competencia del talento humano en salud 15,5%, en segundo lugar, el costo de implementar las mejoras supera las posibilidades de las instituciones 11,2%, la desconfianza entre los prestadores y los aseguradores, producto de desacuerdos en la calidad de los servicios prestados, el pago de los mismos, las autorizaciones u otros procesos 11,2%.

Con relación a los principales problemas que, en el territorio, obstaculizan el cumplimiento de los atributos mínimos de calidad de la atención en salud en el aseguramiento en salud se encontró:

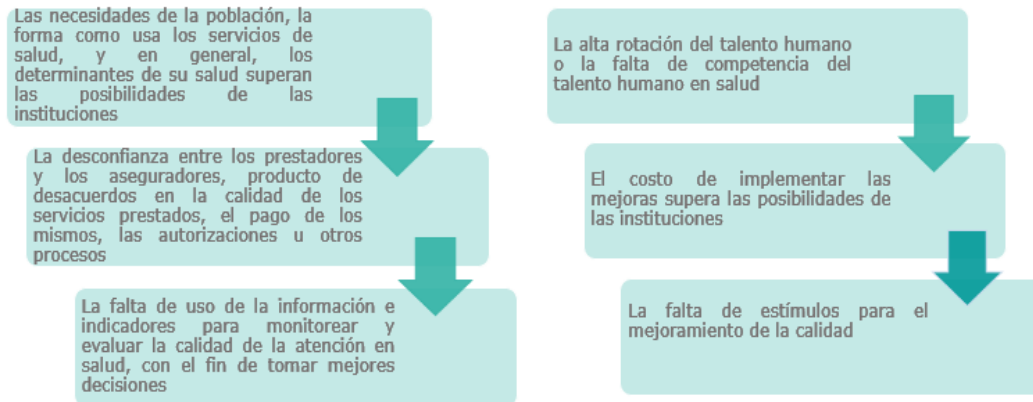


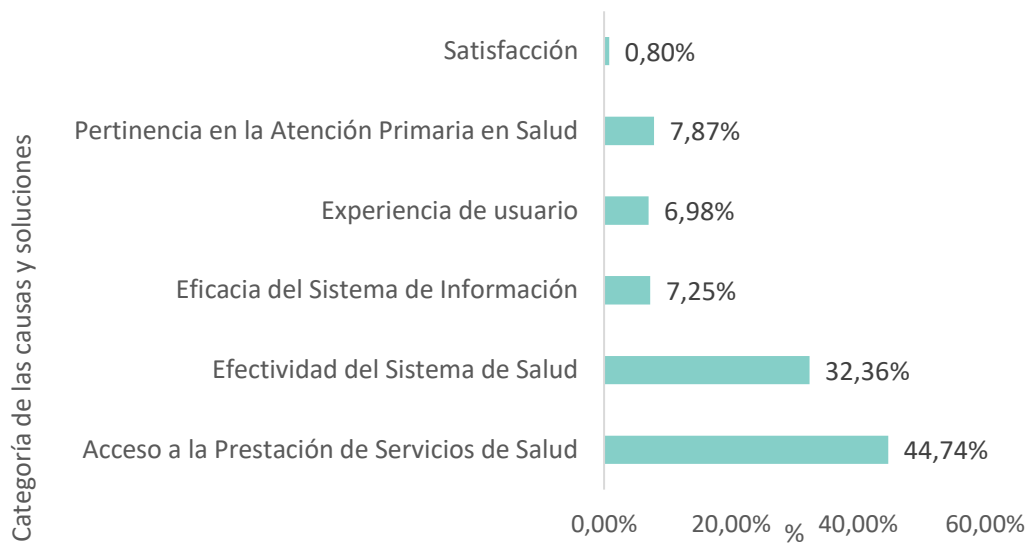
Figura 11. Problemáticas priorizadas en los espacios de apropiación 2- 2024

**Fuente:** Elaboración propia. Equipo Técnico Oficina de Calidad. MSPS 2024

Los primeros tres aspectos priorizados son:

- ✓ Las necesidades de la población, la forma como usa los servicios de salud, y en general, los determinantes de su salud superan las posibilidades de las instituciones con un 14%.
- ✓ La desconfianza entre los prestadores y los aseguradores, producto de desacuerdos en la calidad de los servicios prestados, el pago de los mismos, las autorizaciones u otros procesos con 11,5%.
- ✓ La falta de uso de la información e indicadores para monitorear y evaluar la calidad de la atención en salud, con el fin de tomar mejores decisiones con 11,2%.

En cuanto a las causas y posibles soluciones, estas se clasificaron en las siguientes seis (6) categorías:



*Figura 12. Distribución porcentual de causas y soluciones 2024*

**Fuente:** Elaboración propia. Equipo Técnico Oficina de Calidad. MSPS 2024

En la categoría acceso a la prestación de servicios se clasificó el 44,74% de las causas y por ende fue a la que mayor propuesta de soluciones se plantearon, seguida de las situaciones relacionadas con la efectividad del sistema con un 32,36%. Estas dos categorías reflejan que estas son las que más inciden en la calidad y humanización de la prestación de los servicios de salud en el país.

### **Validación del problema público**

Para el segundo periodo de asistencia técnica comprendido entre agosto noviembre de 2024, la Oficina de Calidad continuó con la realización del ejercicio colaborativo con diferentes actores enfocado a validar los avances en la formulación de la Política de Calidad relacionados con el problema público, los principios, los enfoque y los ejes propuestos, los cuales se fundamentan en los resultados obtenidos en los talleres realizados en el periodo abril – julio 2024.

Durante agosto a diciembre de 2024 se realizaron catorce espacios de apropiación del conocimiento para la validación, en las siguientes entidades territoriales:

*Tabla 5 Espacios de apropiación social para validación 2024*

<b>Entidad Territorial</b>	<b>Fecha</b>	<b>Participantes</b>
Huila	Agosto 22	51
Archipiélago de San Andres y Providencia	Agosto 27	22
Boyacá	Agosto 30	57
Nariño	Septiembre 11	84
Norte de Santander	Septiembre 19	41
Amazonas	Septiembre 24	23
Cesar	Septiembre 30	30
Casanare	Octubre 16	23
La Guajira	Octubre 22	28
Caquetá	Noviembre 6	32
Putumayo	Noviembre 13	30
Chocó	Noviembre 20	20
Arauca	Noviembre 27	19
Guaviare Guainía	Diciembre 13	18
<b>Total Participantes</b>		<b>427</b>

**Fuente:** Elaboración propia. Equipo Técnico Oficina de Calidad. MSPS 2024

En esta segunda fase asistieron 427 personas de las cuales el 49% (209) respondieron la encuesta de validación del problema público y de la propuesta inicial de la política de calidad. Dichos asistentes pertenecían a los siguientes integrantes del sistema:

3. Tipo de organización que representa

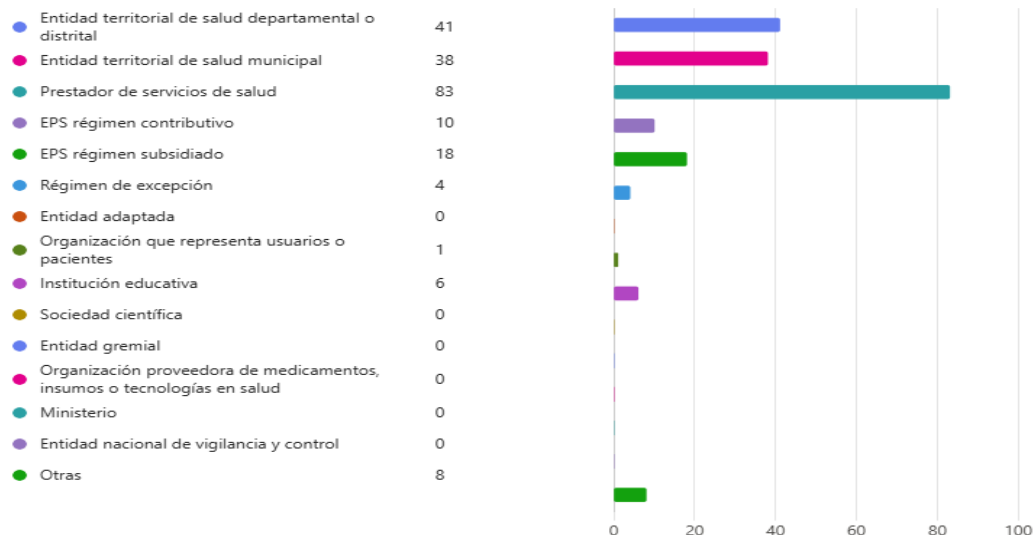


Figura 13 Actores del sistema participantes en la validación 2024

**Fuente:** Elaboración propia. Equipo Técnico Oficina de Calidad. MSPS 2024

Para la validación problema público de la política de calidad se establecieron cuatro parámetros a evaluar: i) Definición del problema, ii) Uso de evidencia, iii) Causalidad en la definición y iv) Estructuración del problema. Los resultados del ejercicio de presentan en la siguiente figura:

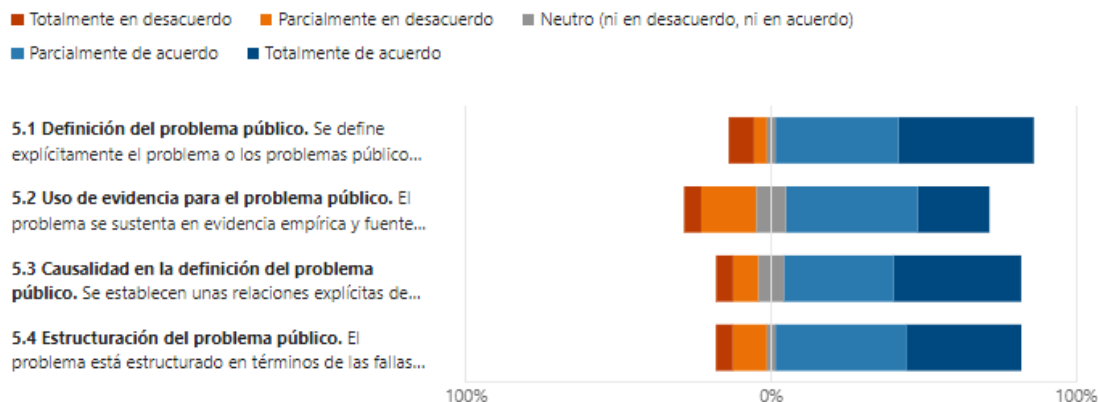


Figura 14 Validación problema público política calidad

**Fuente:** Elaboración propia. Equipo Técnico Oficina de Calidad. MSPS 2024

Forma como se define el problema público: totalmente de acuerdo (44,4%); parcialmente de acuerdo (40,3%). Total 84,7%

Uso de la evidencia: totalmente de acuerdo (23,6%); parcialmente de acuerdo 43,1%, Total 66,7%; Parcialmente en desacuerdo y totalmente en desacuerdo 23,7%.

Causalidad: totalmente de acuerdo 41,7%; parcialmente de acuerdo 36,1. Total 77,8%

Estructuración: totalmente de acuerdo 37,5%; parcialmente de acuerdo 43,1%, Total 78,6%; parcialmente en desacuerdo y totalmente en desacuerdo 16,7%.

El problema público fue validado en términos generales con un promedio de 76,95%, sin embargo, para el aspecto de "uso de la evidencia" se plantea la necesidad de la actualización del resultado de los indicadores que están soportando la situación actual.

Como resultado de la aplicación de la encuesta y de las recomendaciones y sugerencias recibidas en el primer ejercicio de validación (agosto - septiembre), se evidencia la necesidad de realizar ajustes la propuesta de la Política de Calidad, en una segunda fase realizada en dos entidades territoriales:

Frente al **problema que se propone para la Política Pública de Calidad en Salud**, marque la opción de su preferencia ...

● Totalmente en desacuerdo ● Parcialmente en desacuerdo ● Neutro (ni en desacuerdo, ni en acuerdo) ● Parcialmente de acuerdo ● Totalmente de acuerdo

5.1 **Definición del problema público.** Se define explícitamente el problema o los problemas públicos que se pretende intervenir.

5.2 **Uso de evidencia para el problema público.** El problema se sustenta en evidencia empírica y fuentes primarias enfocadas en ...

5.3 **Causalidad en la definición del problema público.** Se establecen unas relaciones explícitas de causalidad entre el...

5.4 **Estructuración del problema público.** El problema está estructurado en términos de las fallas o situaciones relevantes q...

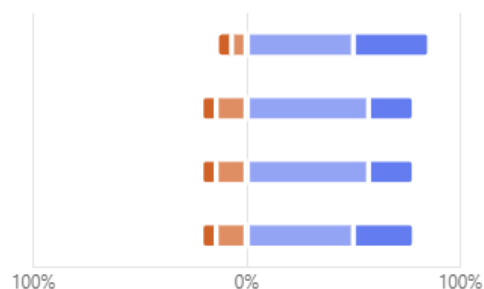


Figura 15 Validación Problema Público Política Calidad - segunda fase

**Fuente:** Elaboración propia. Equipo Técnico Oficina de Calidad. MSPS 2024

A partir de las dinámicas de participación y concertación Minsalud – actores del sector Salud, se logró plantear el problema público registrado al inicio de este punto de diagnóstico situacional a saber:

*"Persisten deficiencias estructurales y funcionales en la gestión de la calidad de la atención y del cuidado integral en salud, que impiden garantizar a la población servicios seguros, oportunos, continuos, humanizados, efectivos y centrados en la persona, la familia, la comunidad y el territorio".*

## **PARTE II POLÍTICA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD (PNCS)**

### **4 PRINCIPIOS POLÍTICA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD**

Son normas universales y fundamentales que rigen los comportamientos de las personas en sus entornos institucionales y sociales.

En el contexto de la Política Nacional de Calidad en Salud, los principios orientan las decisiones institucionales y los procesos de gestión del cuidado, sin distinción de sector, actor o ámbito de acción. Buscan asegurar que toda iniciativa, proyecto o intervención en salud se fundamente en la equidad, la dignidad humana, la integralidad del cuidado y la mejora continua, garantizando la efectividad del derecho fundamental a la salud consagrado en la Ley Estatutaria 1751 de 2015. Los principios que sustentan la Política Nacional de Calidad en Salud son:

- Equidad para el cuidado integral de la salud.
- Atención Humanizada en salud.
- Progresividad.

#### **4.1 Equidad para el cuidado integral de la salud**

La equidad en salud significa brindar cuidados integrales sin discriminación ni privilegios, garantizando que las personas, familias y comunidades reciban la atención necesaria con criterios de pertinencia, conveniencia y suficiencia, para alcanzar una vida saludable. Supone reconocer y responder a las diferencias poblacionales, territoriales, culturales, étnicas, de género, sociales y económicas, de manera que los recursos y acciones en salud se orienten preferentemente hacia quienes enfrentan mayores desventajas o vulnerabilidades.

#### **4.2 Atención Humanizada en Salud**

Es la disposición y la práctica del talento humano en salud, de actitudes y habilidades morales que, de manera solidaria, constructiva y con profesionalismo, promueven y guían el relacionamiento entre los diferentes actores en salud, con el fin de garantizar los cuidados integrales necesarios

para que todas las personas, en sus entornos naturales, familiares y sociales, puedan alcanzar y mantener una vida saludable.

Supone comprender al usuario como sujeto de derechos, con historia, emociones, valores, creencias y vínculos familiares y comunitarios.

La atención humanizada promueve relaciones basadas en la confianza y la comunicación efectiva, en las que la persona, la familia y la comunidad participan activamente en las decisiones sobre su salud y su cuidado.

Este principio busca que las modalidades de atención — intramural (Ambulatorios, hospitalarios, urgencias), extramurales (domiciliarios, unidades móviles, o comunitarios) y modalidad mediada por TIC (Telemedicina, telesalud)— sean espacios protectores, empáticos y seguros, que fomenten la autonomía, la esperanza y el bienestar integral.

### 4.3 Progresividad

La progresividad implica que el Estado y los actores del sistema de salud avancen de manera constante en la garantía del derecho fundamental a la salud, ampliando el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios. Este principio exige la mejora continua, orientando las políticas y acciones hacia la reducción de barreras, el fortalecimiento del cuidado de la salud y la consolidación de sistemas de gestión de calidad cada vez más maduros y efectivos. De esta manera, la progresividad promueve el aumento sostenido del goce efectivo del derecho a la salud, en coherencia con el PND 2022–2026 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

## 5 ENFOQUES POLÍTICA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD

Los enfoques constituyen las formas de interpretar la realidad que orientan la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas.

Según Acosta Faneite (2023), los enfoques son "*maneras de mirar el mundo para analizar y orientar la acción*", lo que implica comprender la complejidad de los fenómenos sociales desde perspectivas múltiples e integradoras.

En el caso de la Política Nacional de Calidad en Salud -PNCS-, los enfoques permiten situar a la persona, la familia, la comunidad y el territorio en el

centro de las decisiones sobre la calidad del cuidado integral de la salud, garantizando que las acciones del sistema de salud se desarrollen con justicia, pertinencia cultural, equidad e inclusión.

Los enfoques para la Política Nacional de Calidad en Salud PNCS son:

- Derecho fundamental a la Salud.
- Persona, familia y comunidad.
- Poblacional, territorial e intercultural.

## **5.1 Derecho fundamental a la salud**

Derecho universal, inherente a la persona, de carácter irrevocable, inalienable e irrenunciable. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. En virtud de este enfoque, el Estado tiene la obligación de adoptar políticas públicas, programas y mecanismos de regulación y financiamiento que aseguren la igualdad de trato y de oportunidades en el acceso a las acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, e incluso asistir para una muerte digna, sin ningún tipo de discriminación.

## **5.2 Persona, familia y comunidad**

Es el reconocimiento de la persona, la familia y la comunidad como sujetos de cuidado y la importancia de las relaciones y vínculos en la construcción de realidades en sus entornos naturales y sociales. En consecuencia, las acciones en salud, individuales y colectivas, estarán determinadas por las necesidades —físicas, emocionales, sociales y espirituales— e incorporarán sus preferencias, modos y condiciones de vida, así como la corresponsabilidad sobre su propio cuidado.

Desde esta perspectiva, el cuidado integral de la salud también debe incorporar la voz y experiencia de la persona, familia y comunidad en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones en salud. La familia se reconoce como núcleo protector y acompañante del proceso de cuidado, mientras que la comunidad actúa como actor social protagónico en la identificación de problemas, el diseño de soluciones y el fortalecimiento del tejido social.

## 5.3 Poblacional, territorial e intercultural

Es el reconocimiento y la comprensión de las necesidades, identidades y relaciones que emergen de los aspectos culturales, demográficos, ambientales, geográficos, sociales y económicos de los diferentes grupos poblacionales en cada territorio. Este enfoque incorpora las características propias del curso de vida, el género, la orientación sexual, la identidad de género, la pertenencia étnica, la discapacidad, las creencias religiosas, la habitanza en calle, la movilidad humana, la condición de víctima del conflicto armado y otras situaciones que generen desventaja o vulnerabilidad, con el fin de orientar respuestas que contribuyan a superar desigualdades e inequidades en el acceso, la atención y los resultados en salud, promoviendo condiciones para una vida saludable.

Asimismo, reconoce las condiciones de salud particulares y las especificidades territoriales —urbanas, rurales, insulares o dispersas— como determinantes clave para la calidad del cuidado, la pertinencia cultural y la adecuación de las estrategias de gestión y prestación de los servicios de salud.

## 6 OBJETIVOS - ALCANCE – META DE LA POLÍTICA NACIONAL CE CALIDAD EN SALUD PNCS

### 6.1 Objetivos

#### **Objetivo General**

Mejorar la calidad de la atención y del cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades residentes en Colombia en el marco del modelo de atención, para contribuir al bienestar y al logro de una vida saludable.

#### **Objetivos Específicos**

1. Orientar la atención y el cuidado integral de la salud hacia la resolución efectiva de las necesidades en salud de las personas, familias y comunidades mediante las Redes Integrales e Integradas de Salud y el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud como eje articulador del modelo de salud.

2. Fortalecer los mecanismos de mejora continua mediante el uso de la analítica de la información y la gestión basada en resultados, que permitan monitorear, medir y ajustar las acciones en salud con enfoque diferencial desde el territorio, la población y la interculturalidad, garantizando calidad, oportunidad y pertinencia.
3. Promover la innovación, la investigación y la gestión del conocimiento en materia de calidad en salud, impulsando la adopción de tecnologías, instrumentos y metodologías que optimicen los procesos institucionales, fortalezcan la cultura organizacional de la calidad y aumenten la satisfacción y confianza de las personas familias y comunidades.

## 6.2 Alcance

La Política Nacional de Calidad en Salud (PNCS) establece el marco de actuación para garantizar la calidad como condición inherente al goce efectivo del derecho fundamental a la salud, a lo largo de todo el continuo de la atención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Su alcance comprende a todas las personas, familias y comunidades en el territorio nacional, así como a los actores responsables de la prestación de servicios de salud, aseguramiento, dirección y regulación del sistema.

En este marco, la política orienta la organización y desarrollo del cuidado integral bajo un enfoque centrado en las personas, sus familias y comunidades, promoviendo una atención segura, oportuna, continua, efectiva y humanizada, contribuyendo a alcanzar y mantener unas vidas saludables, en coherencia con las condiciones del territorio y las características de la población.

## 6.3 Meta

Al 2035, lograr la implementación efectiva de la Política Nacional de Calidad en Salud (PNCS) garantizando que los integrantes del Sistema de Salud incorporen en sus procesos institucionales proyectos, programas, planes, políticas, y estrategias para el mejoramiento de la calidad de la atención y del cuidado integral de la salud y así brindar una atención segura, oportuna, continua, efectiva y humanizada en salud, centrada en las personas, sus familias y su comunidad, con mecanismos de seguimiento, evaluación y mejora continua liderados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

# 7 EJES ESTRATÉGICOS POLÍTICA NACIONAL DE

## CALIDAD EN SALUD

La Política Nacional de Calidad en Salud (PNCS) se estructura en torno a tres ejes estratégicos que constituyen el marco de acción para orientar el desarrollo, implementación y evaluación de estrategias de mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Cada eje se despliega en líneas operativas y acciones específicas, que permiten traducir los principios y enfoques de la política en mecanismos concretos de gestión articulados con los niveles nacional, departamental, distrital, municipal, los prestadores de servicios de salud, las entidades promotoras de salud o quien haga sus veces, y demás integrantes del sistema de salud.

Estos ejes reflejan la articulación entre la calidad de la atención y la calidad del cuidado integral de la salud, e integran los enfoques de derecho fundamental a la salud, persona, familia y comunidad, y poblacional, territorial e intercultural.

En conjunto, conforman el andamiaje operativo y conceptual de la política, orientado a garantizar servicios de salud seguros, efectivos, equitativos, humanizados y centrados en las personas.

### Política Nacional de Calidad en Salud



Figura 16. Ejes y Líneas Operativas de la Política de Calidad en Salud

Fuente: Elaboración propia. Equipo Técnico Oficina de Calidad. MSPS 2025

## 7.1 Eje 1. Integralidad de la atención en salud

La atención en salud debe garantizar una respuesta integral, continua, oportuna y coordinada a las necesidades de las personas a lo largo del curso de vida, así como a las de sus familias y comunidades. Su propósito es conservar la salud, prevenir la enfermedad, diagnosticar y tratar de manera temprana las condiciones que la afectan, promover la recuperación y la rehabilitación, y asegurar un proceso digno de final de vida.

La integralidad implica evitar la fragmentación en la responsabilidad del cuidado integral de la salud, de manera que los prestadores de servicios de salud, actúen de forma articulada dentro de las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS). Ello se desarrolla bajo un enfoque diferencial, considerando las características del territorio y la población, y se organiza conforme a los principios de la Atención Primaria en Salud (APS), como eje estructurante del modelo de atención.

### 7.1.1 Línea operativa de Gobernanza de la calidad y la Humanización

Fortalecer la participación, articulación y coordinación entre los integrantes del sistema de salud para la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de estrategias que promuevan la calidad, la humanización y la corresponsabilidad social en la atención en salud. Esta línea busca consolidar una gobernanza multinivel basada en la evidencia, la transparencia, la participación ciudadana y el uso estratégico de la información para la mejora continua.

#### 7.1.1.1 Acciones de la Gobernanza de la calidad y humanización

Línea operativa	Acción	Entidades corresponsables en la ejecución
1.1 Línea operativa Gobernanza de la Calidad	a. Crear una instancia colegiada para la gobernanza de la calidad y la humanización en salud con participación de los integrantes del sistema de salud que oriente la definición	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ministerio de Salud y Protección Social</li><li>• Superintendencia Nacional de Salud</li><li>• Instituto Nacional de Salud</li></ul>

<b>Línea operativa</b>	<b>Acción</b>	<b>Entidades corresponsables en la ejecución</b>
	de lineamientos, estrategias, acciones y que realice seguimiento y evaluación de la mejora.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos</li> </ul>
	b. Incluir en los espacios de rendición de cuentas de los actores del territorio los resultados de la analítica de datos cuantitativos y cualitativos relacionados con la calidad y la humanización en Salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretarías de Salud o la entidad que haga sus veces.</li> <li>• Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces</li> <li>• Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas</li> <li>• Ciudadanía</li> </ul>
	c. Incluir en los Planes de acción derivados del plan territorial en salud, u otros instrumentos de control, acciones para la gobernanza de la calidad y humanización en salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministerio de Salud y Protección Social</li> <li>• Secretarías de Salud o la entidad que haga sus veces.</li> <li>• Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces</li> <li>• Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud</li> <li>• Gestores Farmacéuticos</li> <li>• Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud</li> </ul>
	d. Renovar el Observatorio Nacional de Calidad de la Atención en, para que sirva como plataforma en la referenciación nacional e internacional de buenas prácticas en calidad y humanización.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministerio de Salud y Protección Social</li> </ul>
	e. Generar o fortalecer escenarios permanentes de articulación entre actores de salud y/o con otros sectores, que promuevan alianzas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretarías de Salud o la entidad que haga sus veces.</li> </ul>

<b>Línea operativa</b>	<b>Acción</b>	<b>Entidades corresponsables en la ejecución</b>
	estratégicas para mentoring (mentores/tutores), la cooperación, el intercambio de experiencias, las buenas prácticas y la corresponsabilidad en el cuidado integral, orientadas a mejorar las capacidades técnicas, la disminución de barreras y la optimización de procesos y herramientas que propendan por el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces</li> <li>• Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud</li> <li>• Gestores Farmacéuticos</li> <li>• Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud</li> <li>• Grupos de valor / partes interesadas</li> </ul>

### **7.1.2 Línea operativa de Redes Integrales e Integradas de Salud - RIIS**

La organización, coordinación y articulación de los diferentes prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías en salud, entidades promotoras de salud o quien haga sus veces y demás integrantes del sistema de salud, liderada a su vez por las entidades departamentales o distritales, debe responder a una lógica de integralidad, integración, complementariedad y coordinación funcional, con base en su capacidad resolutoria, operativa y de gestión.

Estas Redes Integrales e Integradas de Salud - RIIS, estructuradas bajo los atributos de la Atención Primaria en Salud, garantizan el cuidado integral de la salud, incluyendo promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, e incluso asistir para una muerte digna, en cumplimiento de los atributos de calidad para el mejoramiento continuo de la atención en salud.

**7.1.2.1 Acciones de las Redes Integrales e Integradas de Salud - RIIS**

<b>Línea operativa</b>	<b>Acción</b>	<b>Entidades corresponsables en la ejecución</b>
<p>1.2. Línea operativa de Redes integrales e integradas de salud RIIS</p>	<p>a. Establecer en las secretarías de salud departamentales y distritales o la entidad que haga sus veces, los mecanismos de coordinación y articulación entre los integrantes del sistema de salud que garanticen el cumplimiento efectivo de los atributos de calidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretarías de salud departamentales y distritales o la entidad que haga sus veces con competencia en la organización de las Redes.</li> </ul>
	<p>b. Promover acuerdos de corresponsabilidad entre los integrantes de las Redes Integrales e Integradas de Salud, orientados a garantizar la continuidad del cuidado integral de la salud, la gestión del riesgo y el mejoramiento de la calidad y la humanización en la atención en salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretarías de salud departamentales y distritales o la entidad que haga sus veces, con competencia en la organización de las Redes.</li> <li>• Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces</li> <li>• Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud</li> <li>• Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud</li> </ul>
	<p>c. Definir indicadores trazadores que permitan monitorear resultados del cuidado integral de la salud, a través de la operación de las Redes Integrales e Integradas de Salud con la participación de los diferentes integrantes de la Red en el territorio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministerio de Salud y Protección Social</li> <li>• Secretarías de salud departamentales y distritales o la entidad que haga sus veces, con competencia en la organización de las Redes.</li> <li>• Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces</li> </ul>

Línea operativa	Acción	Entidades corresponsables en la ejecución
	<p>d. Evaluar periódicamente el desempeño de las RIIS, con base en las variables que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, con énfasis en la Atención Primaria en Salud, la coherencia entre la planeación territorial, la oferta y capacidad instalada de servicios de salud, las necesidades en salud de la población y los componentes de la calidad de la atención.</p> <p>Esta evaluación tendrá como propósito orientar el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios de salud y constituirá un insumo para la renovación y continuidad de la habilitación de la RIIS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministerio de Salud y Protección Social</li> <li>• Superintendencia Nacional de Salud</li> <li>• Secretarías de salud departamentales y distritales o la entidad que haga sus veces.</li> </ul>

### ***7.1.3 Línea operativa de Atención centrada en las necesidades de las personas, familias y comunidades***

Las intervenciones en todas las fases de la atención en salud deben responder de manera oportuna, efectiva y culturalmente pertinente a las necesidades y expectativas de las personas, familias y comunidades, promoviendo el cuidado integral y adecuado para alcanzar los resultados esperados en salud.

Esta línea busca fortalecer el modelo de atención reconociendo la singularidad de los sujetos, su contexto territorial, social y cultural, que promueva relaciones basadas en la dignidad, el respeto y la corresponsabilidad entre los usuarios, el personal de salud y los prestadores de servicios de salud.

El enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), en el marco de las Redes Integrales e Integradas de Salud, orienta la gestión del cuidado integral de

la salud desde lo comunitario, fortaleciendo la participación social y la adopción de prácticas de salud centradas en las personas y sus entornos.

**7.1.3.1 Acciones de la atención centrada en las necesidades de las personas, familias y comunidades.**

<b>Línea operativa</b>	<b>Acción</b>	<b>Entidades corresponsables en la ejecución</b>
1.3 Línea operativa de Atención centrada en las necesidades de las personas, familias y comunidades	a. Definir e incorporar estándares básicos de calidad y humanización para la atención en salud centrados en las necesidades de las personas, familias y comunidades, con base en modelos reconocidos internacionalmente y sustentados en la evidencia, adaptados a la diversidad territorial y cultural del país, promoviendo la mejora continua de la experiencia de atención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministerio de Salud y Protección Social</li> <li>• Secretarías de salud departamentales y distritales o la entidad que haga sus veces.</li> </ul>
	b. Implementar estrategias institucionales con base en herramientas validadas, que fortalezcan la comunicación efectiva, la empatía, la corresponsabilidad y las habilidades del talento humano en salud, mejorando la experiencia de atención y la satisfacción de las personas familias y comunidades.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretarías de salud departamentales y distritales o la entidad que haga sus veces.</li> <li>• Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces</li> <li>• Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud</li> </ul>
	c. Promover el respeto por la diversidad cultural y los saberes tradicionales, integrando las prácticas interculturales, el enfoque diferencial y de género, en la gestión del cuidado integral de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretarías de salud departamentales y distritales o la entidad que haga sus veces.</li> <li>• Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces</li> <li>• Prestadores de Servicios de Salud</li> </ul>

## 7.2 Eje 2. Mejora continua y evaluación de la calidad

La calidad en salud debe tener como eje la mejora continua, entendida como el proceso permanente de aprendizaje, innovación y transformación institucional orientado a lograr mejores resultados en salud y mayor satisfacción de los grupos de valor.

Su propósito es garantizar que los procesos asistenciales, administrativos y de gestión se desarrollen bajo los atributos de calidad y la humanización de la atención, fortaleciendo así la confianza en el sistema y el goce efectivo del derecho a la salud.

### 7.2.1 Línea operativa de Marco Regulatorio y Estándares de Calidad

Fortalecer y actualizar el marco normativo relacionado con la calidad de la atención y la calidad del cuidado integral de la salud, para integrar y armonizar los diferentes sistemas, requisitos, estándares y procesos existentes, bajo un enfoque sistémico y articulado que promueva la mejora continua, la transparencia y la rendición de cuentas.

El marco regulatorio debe reflejar las transformaciones del sistema en el contexto del Modelo de Salud y el funcionamiento de las Redes Integrales e Integradas de Salud.

#### 7.2.1.1 Acciones del marco regulatorio y estándares de calidad

Línea operativa	Acción	Entidades corresponsables en la ejecución
2.1 Línea operativa de Marco Regulatorio y Estándares de Calidad.	a. Actualizar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), de manera que responda a las particularidades y necesidades territoriales, y se articule con los demás sistemas, subsistemas y procesos de calidad existentes, integrando aquellos elementos que contribuyan al mejoramiento continuo de la calidad del cuidado integral en salud	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ministerio de Salud y Protección Social</li><li>• Superintendencia Nacional de Salud</li><li>• Instituto Nacional de Salud – INS</li><li>• Instituto Nacional Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA</li></ul>

<b>Línea operativa</b>	<b>Acción</b>	<b>Entidades corresponsables en la ejecución</b>
	b. Establecer un marco unificado de elementos, requisitos y estándares de calidad aplicable a todos los integrantes del sistema de salud, incorporando criterios diferenciales, territoriales especialmente para zonas rurales, étnicas, dispersas o de difícil acceso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministerio de Salud y Protección Social</li> <li>• Actores en salud con incidencia en la definición de estándares de calidad</li> </ul>
	c. Actualizar los mecanismos de verificación y evaluación de estándares, fortaleciendo la capacidad técnica de las entidades territoriales y a los organismos que el estado les dé la competencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministerio de Salud y Protección Social</li> <li>• Actores en salud con incidencia en la verificación y evaluación de estándares de calidad</li> </ul>
	d. Alinear la normativa de calidad de la atención en salud con los procesos de planeación territorial y de las Redes Integrales e Integradas en Salud RIIS, estableciendo coherencia entre la regulación, la operación del aseguramiento, la prestación de los servicios de salud y la gestión territorial integral de la salud pública.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministerio de Salud y Protección Social</li> </ul>

### **7.2.2 Línea operativa de procesos y prácticas seguras**

Promover modalidades de atención en salud seguras, centrados en la gestión del riesgo y la prevención de eventos adversos en todos los niveles de atención y modalidades, incluyendo la atención domiciliaria, telemedicina, entre otras, con la participación de la persona, familia y comunidades.

Esta línea busca consolidar una cultura de procesos y prácticas seguras y del cuidado integral, con participación del talento humano en salud y de los beneficiarios de la atención en salud.

### 7.2.2.1 Acciones de procesos y prácticas seguras

Línea operativa	Acción	Entidades corresponsables en la ejecución
2.2 Línea operativa de procesos y prácticas seguras.	a. Desarrollar estrategias que fortalezcan la alfabetización en salud, el acceso a la información y la toma de decisiones informadas por parte de las personas, familias y comunidades, promoviendo la corresponsabilidad y las prácticas seguras en todas las modalidades de atención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretarías de salud departamentales y distritales o la entidad que haga sus veces.</li> <li>• Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces</li> <li>• Prestadores de Servicios de Salud</li> <li>• Gestores Farmacéuticos Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud</li> </ul>
	b. Actualizar la Guía Técnica de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente, incorporando eventos adversos emergentes, atención domiciliaria, telemedicina y escenarios interculturales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministerio de Salud y Protección Social</li> <li>• Actores en salud con incidencia en seguridad del paciente</li> </ul>
	c. Fortalecer la prevención de eventos adversos, la toma de decisiones en seguridad y el aprendizaje organizacional, implementando la analítica de datos para la calidad de la atención en salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces</li> <li>• Prestadores de Servicios de Salud</li> <li>• Gestores Farmacéuticos</li> </ul>
	d. Promover la actualización de las Guías de Práctica Clínica – GPC y/o protocolos de atención emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministerio de Salud y Protección Social</li> </ul>
	e. Implementar mecanismos de seguimiento y evaluación a los procesos y prácticas seguras mediante indicadores que evalúen su eficiencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministerio de Salud y Protección Social</li> <li>• Secretarías de salud departamentales y distritales o la entidad que haga sus veces.</li> </ul>

### 7.2.3 Línea operativa de Incentivos no pecuniarios a la mejora

Fomentar la excelencia en la atención mediante reconocimientos a los logros, relacionados con la mejora de las competencias en calidad del talento humano en salud, a las investigaciones, experiencias, resultados, certificaciones encaminadas a mejorar la calidad de la atención en salud, reconocimientos para actores e instituciones de salud con mejoras en la eficiencia, derivados de innovaciones en la atención en salud, entre otros.

#### 7.2.3.1 Acciones de incentivos no pecuniarios a la mejora

Línea operativa	Acción	Entidades corresponsables en la ejecución
2.3 Línea operativa de Incentivos no pecuniarios a la mejora.	a. Crear un Programa Nacional de Incentivos a la Calidad y promover el reconocimiento social e institucional (certificación) para los integrantes del sistema que demuestren avances verificables y resultados en seguridad, inclusión equitativa, calidad y humanización en la atención.	<ul style="list-style-type: none"><li>Ministerio de Salud y Protección Social</li></ul>
	b. Fomentar la competencia positiva entre instituciones mediante el uso de indicadores de desempeño, fortaleciendo la transparencia y la rendición de cuentas.	<ul style="list-style-type: none"><li>Secretarías de salud departamentales y distritales o la entidad que haga sus veces.</li></ul>

### 7.3 Eje 3. Gestión del conocimiento e Innovación

La calidad en salud debe orientarse hacia la creación de valor social y sanitario, mediante la gestión del conocimiento y la innovación. Esto implica transformar la información en conocimiento útil y la evidencia en acción, para mejorar los resultados en salud y fortalecer la capacidad institucional, comunitaria y territorial del sistema.

La gestión del conocimiento permite recopilar, analizar, compartir y aplicar aprendizajes que promuevan la mejora continua, mientras que la

innovación impulsa el desarrollo de nuevas soluciones, tecnologías, modelos de atención y prácticas de gestión, que respondan a las necesidades del territorio y a los desafíos emergentes del sistema de salud.

El enfoque territorial de la Atención Primaria en Salud (APS) y las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS) orienta este eje, permitiendo que la producción y aplicación del conocimiento contribuyan a la equidad, la eficiencia y los resultados en salud, asegurando decisiones basadas en evidencia, cooperación interinstitucional e intercambio de buenas prácticas.

### **7.3.1 Línea operativa de Gestión y analítica de datos**

Fortalecer el procesamiento, la calidad y la gobernanza de los datos en salud para garantizar su integración, interoperabilidad y uso estratégico en los procesos de toma de decisiones.

A través de la analítica se busca transformar los datos en conocimiento útil que permita comprender de manera integral a los usuarios y los procesos de atención y las poblaciones, identificando tendencias, patrones y oportunidades de mejora en la calidad de la atención.

#### **7.3.1.1 Acciones de gestión y analítica de datos**

<b>Línea operativa</b>	<b>Acción</b>	<b>Entidades corresponsables en la ejecución</b>
3.1 Línea operativa de Gestión y analítica de datos.	a. Actualizar la batería de indicadores del Sistema de Información para la Calidad, que permita medir el desempeño de todos los integrantes del sistema, incluyendo los gestores farmacéuticos y los operadores logísticos de tecnologías en salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ministerio de Salud y Protección Social</li> </ul>
	b. Promover el uso de tecnologías emergentes y disruptivas como la analítica de datos y la inteligencia artificial (IA) en los servicios de salud, con el fin de mejorar los procesos y la calidad de la atención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ministerio de Salud y Protección Social</li> </ul>

<b>Línea operativa</b>	<b>Acción</b>	<b>Entidades corresponsables en la ejecución</b>
	<p>c. Implementar estrategias de mejoramiento de la atención basadas en analítica de datos utilizando metodologías descriptivas, predictivas y prescriptivas y el uso de herramientas basadas en inteligencia artificial, para optimizar la gestión institucional de acuerdo a su complejidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretarías de salud departamentales y distritales o la entidad que haga sus veces.</li> <li>• Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces</li> <li>• Prestadores de Servicios de Salud</li> <li>• Gestores Farmacéuticos</li> </ul>
	<p>d. Hacer partícipe a organizaciones ciudadanas de los análisis de calidad en la atención en salud, a partir de información relevante basada en la evidencia para definir estrategias de mejora.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretarías de salud departamentales y distritales o la entidad que haga sus veces</li> <li>• Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces</li> <li>• Prestadores de Servicios de Salud</li> <li>• Gestores Farmacéuticos</li> <li>• Organizaciones ciudadanas</li> </ul>
	<p>e. Desarrollar capacidades técnicas en analítica de datos para el talento humano de las entidades territoriales, instituciones prestadoras y aseguradores, promoviendo la cultura del dato basada en transparencia, uso responsable de la información y el aprendizaje institucional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministerio de Salud y Protección Social</li> <li>• Secretarías de salud departamentales y distritales o la entidad que haga sus veces.</li> <li>• Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces</li> <li>• Prestadores de Servicios de Salud</li> <li>• Gestores Farmacéuticos</li> <li>• Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud</li> </ul>

### 7.3.2 Línea operativa de Gestión del conocimiento e Innovación

Promover la generación, intercambio y aplicación del conocimiento en salud como un bien público, accesible y equitativo, que contribuya a fortalecer la toma de decisiones, la investigación y la innovación institucional y comunitaria.

Esta línea busca consolidar un ecosistema de conocimiento orientado a la mejora continua, que facilite la comunicación efectiva entre integrantes del sistema, fomente la difusión de buenas prácticas y reduzca las brechas de acceso a la información, en coherencia con el enfoque territorial, intercultural y diferencial del sistema de salud colombiano.

El acceso equitativo al conocimiento y a los datos fortalece la gobernanza sanitaria, la transparencia y la rendición de cuentas, garantizando que la evidencia generada se traduzca en acciones concretas para mejorar la calidad de la atención, la gestión del riesgo y el bienestar integral de las personas, familias y comunidades.

#### 7.3.2.1 Acciones de la gestión del conocimiento e innovación

Línea operativa	Acción	Entidades corresponsables en la ejecución
3.2 Línea operativa de Gestión del conocimiento e innovación.	a. Fortalecer los mecanismos y estrategias institucionales de difusión de información sobre la calidad de la atención en salud y la humanización para el empoderamiento ciudadano en la toma de decisiones y el mejor uso de los servicios de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretarías de salud departamentales y distritales o la entidad que haga sus veces.</li> <li>• Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces</li> <li>• Prestadores de Servicios de Salud</li> <li>• Gestores Farmacéuticos</li> <li>• Organizaciones ciudadanas</li> </ul>
	b. Promover la implementación de prácticas institucionales mediante mecanismos de dialogo entre la evidencia científica con el conocimiento tácito (Saber práctico y generado a partir de la	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretarías de salud departamentales y distritales o la entidad que haga sus veces.</li> </ul>

Línea operativa	Acción	Entidades corresponsables en la ejecución
	<p>experiencia), la integración de saberes y tecnologías, en el contexto territorial, con el fin de fortalecer una cultura organizacional basada en principios éticos que se reflejen en las actitudes y prácticas durante la atención en salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces</li> <li>• Prestadores de Servicios de Salud</li> <li>• Gestores Farmacéuticos</li> </ul>
	<p>c Promover actividades de formación y de formación continua al talento humano en salud en habilidades intrapersonales, interpersonales, conversacionales, espirituales, de profesionalismo y sobre aspectos claves para la calidad y la humanización en salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretarías de salud departamentales y distritales o la entidad que haga sus veces.</li> <li>• Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces</li> <li>• Prestadores de Servicios de Salud</li> <li>• Gestores Farmacéuticos</li> <li>• Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud</li> </ul>
	<p>d. Promover estrategias que fomenten la atracción, captación y permanencia del talento humano en salud, en el marco de la Política Pública de Talento Humano en Salud-PPTHHS, para el mejoramiento continuo de la calidad y la humanización.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministerio de Salud y Protección Social</li> <li>• Secretarías de salud departamentales y distritales o la entidad que haga sus veces.</li> <li>• Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces</li> <li>• Prestadores de Servicios de Salud</li> </ul>
	<p>e. Incentivar la investigación, innovación y transferencia de conocimiento en materia de calidad, seguridad del paciente en las diferentes modalidades de atención, gestión del riesgo y</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministerio de Salud y Protección Social</li> <li>• Secretarías de salud departamentales y distritales o la entidad que haga sus veces.</li> </ul>

Línea operativa	Acción	Entidades corresponsables en la ejecución
	modelos de atención centrados en las personas, familias y comunidades, así como la adopción de tecnologías emergentes y modelos innovadores que mejoren la calidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces</li> <li>• Prestadores de Servicios de Salud</li> <li>• Gestores Farmacéuticos</li> </ul>
	f. Promover evaluaciones externas sobre el desempeño y efectividad de los comités institucionales para mejorar la seguridad de la atención en salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretarías de salud departamentales y distritales o la entidad que haga sus veces</li> <li>• Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces</li> <li>• Prestadores de Servicios de Salud</li> </ul>

## 8 MECANISMO DE SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACIÓN

El seguimiento es “(...) un instrumento de gestión y de política que permite revisar en forma periódica los aspectos sustantivos de las políticas, programas y proyectos para optimizar sus procesos, resultados e impactos. Por eso, constituye un insumo indispensable para la gestión administrativa y estratégica de una iniciativa pública” (Di Virgilio & Solano, 2012).

En muchas publicaciones el seguimiento se usa como sinónimo del monitoreo, que se entiende como “(...) la recopilación o recogida sistemática de datos (sobre indicadores especificados u otros tipos de información). Proporciona a los administradores y otras partes interesadas de una intervención indicaciones sobre el avance de la ejecución, el logro de los resultados previstos, la concurrencia de resultados imprevistos, la utilización de los fondos asignados y otra información importante relacionada con la intervención y el contexto” (OECD, 2023, p. 44)

La evaluación es una “valoración sistemática y objetiva de una intervención planificada, en curso o concluida, su diseño, su puesta en práctica y sus

resultados. El objetivo es determinar la pertinencia, coherencia, eficacia, eficiencia, impacto y sostenibilidad. Evaluación también se refiere al proceso de determinar el valor o la trascendencia de una intervención. Una evaluación deberá proporcionar información creíble y útil, que permita incorporar las enseñanzas aprendidas en el proceso de toma de decisiones” (OECD, 2023, p. 31).

La Política Nacional de Calidad en Salud - PNCS contará con un Plan de Acción para su implementación, el cual se ejecutará a través del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud PNMCS, en este Plan de Mejoramiento se desarrollarán las acciones establecidas en la PNCS, asignando responsabilidades de acuerdo con las competencias de los diferentes actores en salud, así como las metas y los indicadores de resultado correspondientes.

Para el seguimiento de la PNCS, se implementará un proceso sistemático de monitoreo, análisis y evaluación, orientado a identificar el avance en el cumplimiento de las metas, el desempeño de los indicadores y el nivel de implementación de las acciones en los diferentes territorios del país. En ese sentido, de considerarse necesario, establecer de manera participativa una construcción y un consenso de indicadores con base a los lineamientos del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud - PNMCS, que permita la apropiación por parte de los actores en salud.

El seguimiento a la implementación se realizará con la periodicidad definida en el Plan de Acción de la PNCS, - Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud con análisis anuales desagregados según los lineamientos que este Ministerio establezca para tal fin. La información será utilizada para alimentar las evaluaciones periódicas de resultados, identificar brechas frente a las metas establecidas, y adoptar los ajustes requeridos para garantizar la pertinencia, oportunidad y efectividad de la política.

La Oficina de Calidad del MSPS liderará el proceso de seguimiento, consolidación y análisis, con la concurrencia de las demás dependencias del Ministerio según sus competencias. Para el reporte y análisis operativo de los indicadores, se empleará instrumentos o herramientas que defina el MSPS que se articule con los demás sistemas de información del sector, asegurando trazabilidad, transparencia, interoperabilidad y oportunidad en la toma de decisiones. El objetivo central es valorar la evolución de la calidad en salud,

fortalecer la toma de decisiones informadas y garantizar la mejora continua, en coherencia con la normatividad vigente.

El proceso de monitoreo empleará preferiblemente indicadores del Sistema de Información para la Calidad, del Observatorio de Talento Humano en Salud, del ONCAS, y aquellos que puedan construirse a partir de las fuentes disponibles en la Oficina de Calidad, el SISPRO, y otros repositorios oficiales del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Estos indicadores combinarán mediciones de estructura, proceso y resultado, permitiendo una lectura integral del avance en la humanización, tanto desde la experiencia de las personas, su familia y su comunidad, como desde el desarrollo del talento humano en salud y la implementación institucional de las acciones.

En cuanto a la evaluación, se propone realizar una evaluación de medio término al cumplirse cinco (5) años desde el inicio de la implementación, con el propósito de valorar avances, dificultades, aprendizajes y ajustes necesarios para el logro de los objetivos. Adicionalmente, se realizará una evaluación final al completar diez (10) años de implementación, con el fin de obtener una valoración integral de la pertinencia, resultados e impacto, así como del nivel de articulación logrado con otras políticas nacionales y sectoriales.

Estas evaluaciones se fundamentarán en los indicadores definidos y en las fuentes técnicas descritas previamente, pero podrán complementarse con estudios cualitativos, cuantitativos o mixtos, que permitan una comprensión más profunda de fenómenos no capturables por los sistemas rutinarios de información. Ambas evaluaciones seguirán el procedimiento GPPP04 y la Guía GPPG01, o los procedimientos vigentes a la fecha de ejecución del ejercicio, garantizando el rigor metodológico y la trazabilidad.

La evaluación incorporará, además, mecanismos de participación ciudadana, control social y veeduría, reconociendo a los usuarios, familias, asociaciones de pacientes, veedurías y organizaciones sociales como actores legítimos del proceso evaluativo. Los resultados serán publicados y divulgados de manera clara y accesible, fortaleciendo la transparencia, la confianza social y la legitimidad de la política.

El ciclo completo de Gestión (Monitoreo → Evaluación → Decisión → Ajuste → Mejora continua) se desarrollará bajo los principios de calidad de la información como lo son la pertinencia, sensibilidad, confiabilidad,

comparabilidad, desagregabilidad, oportunidad y trazabilidad, contribuyendo a la sostenibilidad cultural, institucional y operativa de la PNCS, y al propósito superior de que las personas, sus familias y la comunidad puedan alcanzar y mantener unas vidas dignas y saludables.

## 9 BIBLIOGRAFIA

- Acosta Faneite, S. F. (2023). Los enfoques de investigación en las Ciencias Sociales. *Revista Latinoamericana Ogmios*, 3(8), 82–95. <https://doi.org/10.53595/rlo.v3.i8.084>
- Asamblea Nacional Constituyente. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Imprenta Nacional.
- Báscolo, E., Houghton, N., & Del Riego, A. (2020). Leveraging household survey data to measure barriers to health services access in the Americas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.100>
- Congreso de Colombia. (2001). *Ley 715, 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*.
- Congreso de Colombia. (2007). *Ley 1164, por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud*. Diario Oficial.
- Congreso de Colombia. (2011). *Ley 1438, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones* (Issue 47.957).
- Congreso de Colombia. (2015). *Ley Estatutaria 1751, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. (Issue 49.427). Diario Oficial.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación. (n.d.). *Conpes 3446 de 2016*.
- Corporación Integral para el Desarrollo de las Regiones - COINDERE. (2023). *Propuesta de mejoramiento integral de la calidad en salud que permita articular las dimensiones del aseguramiento, la prestación en salud y la salud pública para responder a las expectativas de los usuarios del SGSSS y mejorar la eficiencia y resultados en salud*.
- Di Virgilio, M., & Solano, R. (2012). *Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales* (F. Repetto & S. Waisgrais, Eds.).

CIPPEC & UNICEF. <https://www.cippecc.org/wp-content/uploads/2017/03/1415.pdf>

Institute for Healthcare Improvement. (n.d.). *The IHI Triple Aim*. Retrieved October 31, 2023, from <https://www.ihl.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016a). *Decreto número 780 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"* (p. 985). <https://www.minsalud.gov.co/Normativa/Paginas/decreto-unico-minsalud-780-de-2016.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016b). *Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud: Plan Estratégico 2016-2021* (M. L. Grueso Angulo, Ed.). Imprenta Nacional de Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016c). *Política de Atención Integral en Salud*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016d). *Resolución 256, por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Resolución 1035, por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 con sus capítulos diferenciales: indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia, población víctima de conflicto armado, el Pueblo Rrom y la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025a). *Comportamiento del aseguramiento*. Boletín Del Aseguramiento En Salud. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsidiado/paginas/coberturas-del-regimen-subsidiado.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025b). *Resolución 1597 de 2025. Por la cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la Gestión en Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas -PIC, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de Atención Primaria en Salud—APS*.

- Naciones Unidas. (2019). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe*. <https://repositorio.cepal.org/entities/publication/5bd13e17-8ccf-40b1-b1ff-805a48225b2b>
- Naciones Unidas: Asamblea General. (2019, October 10). *Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal*. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/311/88/PDF/N1931188.pdf?OpenElement>
- Núñez Méndez, J., Castillo, J. F., & Lasso, N. (2023). Logros en equidad del sistema de salud y la reforma en Colombia. *Informes de Investigación, Fedesarrollo*, 20785. <https://ideas.repec.org/p/col/000124/020785.html>
- OECD. (2023). *Glossary of Key Terms in Evaluation and Results-based Management in Sustainable Development (Second Edition)* (2nd ed.). OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/632da462-en-fr-es>
- Organización Mundial de la Salud. (2020, August 11). *Servicios sanitarios de calidad*. Documento de Página Web. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
- Organización Mundial de la Salud, OCDE, & Banco Mundial. (2020). *Prestación de servicios de salud de calidad: imperativo global para la cobertura sanitaria universal*. <https://iris.who.int/handle/10665/340027>
- Randall P., E., Tianxu, C., & Calvin E., L. (2014). Comparisons of Health Insurance Systems in Developed Countries. In *Working Papers Series* (Vols. wp2014-010). Boston University - Department of Economics. [https://blogs.bu.edu/ellisrp/files/2013/04/2013\\_EllisChenLuscombe\\_Comparisons\\_EHE\\_20130425b.pdf](https://blogs.bu.edu/ellisrp/files/2013/04/2013_EllisChenLuscombe_Comparisons_EHE_20130425b.pdf)
- Sepúlveda Sepúlveda, Y. (2023). *Revisión jurídica y apoyo a la oficina de calidad en el marco de las estrategias de mejoramiento continuo de la calidad en salud*.
- World Health Organization. (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report*. <https://iris.who.int/handle/10665/155002>

World Health Organization, OECD, & International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. (2018). *Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage*. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/482771530290792652/pdf/127816-REVISED-quality-joint-publication-July2018-Complete-vignettes-ebook-L.pdf>

World Health Organization, Organization for Economic Cooperation and Development, & The World Bank. (2018). *Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage*. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/482771530290792652/pdf/127816-REVISED-quality-joint-publication-July2018-Complete-vignettes-ebook-L.pdf>