



ABECÉ

Sobre el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad

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

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

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

Los componentes son:

- Sistema Único de Habilitación (SUH)
- Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud
- Sistema Único de Acreditación
- Sistema de Información para la Calidad

La información que da cuenta de los antecedentes técnicos del SOGCS puede ampliarse en el siguiente link: <https://bit.ly/31s5TwD>.

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

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

¿Quiénes son los exceptuados del SOGCS?

No se aplicarán las normas del SOGCS a:

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

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

Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera.

¿Existen otros sistemas nacionales de calidad en Colombia?

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

Sobre el Sistema Único de Habilitación

¿Qué es el Sistema Único de Habilitación?

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

Estos buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

¿Qué normatividad regula la habilitación de servicios de salud?


La Resolución 3100 de 2019 “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud”.

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

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

¿Qué se entiende por servicio de salud?

De acuerdo con lo establecido en la Resolución 3100 de 2019, un servicio de salud se define como la unidad básica habilitable del Sistema Único de Habilitación, conformado por procesos, procedimientos, actividades, recursos humanos, físicos, tecnológicos y de información con un alcance definido, que tiene por objeto satisfacer las necesidades en salud en el marco de la seguridad del paciente, y en cualquiera de las fases de la atención en salud (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad). Su alcance no incluye los servicios de educación, vivienda, protección, alimentación ni apoyo a la justicia.



¿Quiénes son considerados Prestadores de Servicios de Salud?

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

¿Quiénes son considerados IPS?

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

Pueden ofrecer todos los servicios de salud.

¿Quién se considera Profesional Independiente?

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

¿Cuáles son las Entidades con Objeto Social Diferente?

Son instituciones cuyo objeto social no es la prestación de servicios de salud pero, por requerimientos propios de la actividad que realizan, habilitan servicios de salud, prestando servicios de baja complejidad y/o consulta especializada, sin incluir servicios de hospitalización ni quirúrgicos.

Los servicios de salud prestados no podrán ser ofrecidos en contratación dentro del SGSSS.



¿Quiénes son considerados Transporte Especial de Pacientes?

Son personas naturales o jurídicas que prestan servicios de salud cuyo objeto es el traslado de los pacientes a los servicios de salud correspondientes, de conformidad con el requerimiento de atención en virtud de la patología o trauma padecido.

Este prestador puede ofrecer servicios de transporte asistencial aéreo, terrestre y marítima o fluvial y atención prehospitalaria.

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

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

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

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

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

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

¿Cuáles son las condiciones de habilitación?

Las condiciones de habilitación son:

- Capacidad técnico-administrativa
- Suficiencia patrimonial y financiera
- Capacidad tecnológica y científica



¿Cuáles son las condiciones de habilitación que se deben cumplir por cada clase de prestador?

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

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

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

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

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

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

La consulta en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud es pública y puede ser realizada por cualquier actor del sistema, en la página Web de este Ministerio, en el siguiente enlace: <http://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/REPS> Vigente, link e ingresar como invitado e ingresar a Registro Actual, opciones de consulta:

- Prestador
- Sedes
- Servicios (modalidad y grado de complejidad)
- Capacidad instalada (ambulancias, camas, apoyo terapéutico y salas)

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

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

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

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

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

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

Son estándares de habilitación los siguientes:

1. Talento humano
2. Infraestructura

3. Dotación
4. Medicamentos, dispositivos médicos e insumos
5. procesos prioritarios
6. Historia clínica y registros
7. Interdependencia

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

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

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


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

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

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

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

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



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

Es responsabilidad del interesado en prestar servicios de salud el definir la clase de prestador con la cual se presentará ante el Sistema Único de Habilitación para lo cual deberá tener en cuenta la definición y alcance de cada uno de éstos con base en lo establecido en la Resolución 3100 de 2019.

Por ejemplo, en el caso del prestador objeto social diferente, debe tener en cuenta que en la definición se establece que éste no puede prestar servicios de alta complejidad, servicios de urgencias, de atención del parto, ni los servicios de hospitalización.

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


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

¿Cuál es la vigencia de la habilitación en el REPS?

- La vigencia es de 4 años, contados a partir de la fecha de radicación de la inscripción ante la entidad departamental o distrital de salud correspondiente (Decreto 1011/2006 compilado en el Decreto 780 de 2016).
- Vencidos estos 4 años se renovará por periodos de un año automáticamente, siempre y cuando el prestador realice y reporte en el REPS la autoevaluación anual, condición indispensable para permanecer en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).
- Lo anterior sin perjuicio de las facultades de Inspección, Vigilancia y Control de la Dirección Departamental o Distrital de verificar el cumplimiento de las condiciones en cualquier momento.

¿La habilitación puede ser revocada estando vigente?

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



¿Se permite la doble habilitación?

- El Prestador de Servicios de Salud que habilite un servicio es el responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al servicio que se habilite, independientemente de que para su funcionamiento concurren diferentes organizaciones o personas para aportar al cumplimiento de los estándares.
- En consecuencia, el servicio debe ser habilitado únicamente por el prestador responsable del mismo, y no se permite la doble habilitación. Es decir, no pueden existir dos registros de habilitación y dos responsables para un mismo servicio.

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


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

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

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

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

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



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

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

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

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


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

Las novedades que los prestadores de servicios de salud deben reportar en el REPS son:

- Novedades del Prestador de servicios de salud
- Novedades de la sede
- Novedades de servicios
- Novedades de capacidad instalada

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

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



Autoevaluación e inscripción

¿Dónde encuentro el instrumento de autoevaluación de la Resolución 3100 de 2019?

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

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

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

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

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

- Los prestadores del servicio de transporte asistencial de pacientes en ambulancia aérea, fluvial o marítima, habilitarán el servicio en el departamento o distrito donde esté ubicada la sede que hayan definido y su habilitación producirá efectos en todo el territorio nacional sin que requiera inscripción del prestador en cada Entidad Territorial de Salud-ETS en las cuales vaya a prestar el servicio.
- Los prestadores que presten servicios exclusivamente en la modalidad extramural jornada de salud o unidad móvil se inscribirán y habilitarán sus servicios ante la Entidad Territorial

de Salud donde defina establecer su sede, dicha inscripción producirá efectos en todo el territorio nacional sin que requiera inscripción del prestador en cada Entidad Territorial de Salud en las cuales vaya a prestar el servicio. No obstante, si requiere autorización previa de la ETS en las cuales vaya a prestar el servicio.

Manual

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


El Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud es el instrumento que contiene las condiciones para que los servicios de salud ofrecidos y prestados en el país, cumplan con los requisitos mínimos para brindar seguridad a los usuarios en el proceso de la atención en salud.

Este manual hace parte integral de la resolución 2003 de 2014 y se puede consultar en: <https://bit.ly/34ka9jD>

¿Cuál es el objetivo del distintivo de habilitación?

- El objetivo del distintivo es brindar información a los usuarios acerca de los servicios que ofrece el prestador y que se encuentran habilitados y cumplen los requisitos técnicos, científicos y administrativos para ofrecer una atención segura y confiable.
- Los distintivos de los servicios habilitados debe mantenerse en lugar visible al público una vez hayan sido expedidos.

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

- El Decreto 1011/2006 compilado en el Decreto 780 de 2016 establece las responsabilidades para contratar, en estos términos: “Para efectos de contratar la prestación de servicios de salud el contratante verificará que el prestador esté inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Si durante la ejecución del contrato se detecta el incumplimiento de
- 

las condiciones de habilitación, el contratante deberá informar a la Dirección Departamental o Distrital de Salud quien contará con un plazo de sesenta (60) días calendario para adoptar las medidas correspondientes”.


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

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

- Puede generar la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad previstas en las normas legales por parte de las entidades territoriales de salud en el marco de sus competencias. Para esto tendrán en cuenta el tipo de servicio, el hecho que origina el incumplimiento de las disposiciones contenidas en el Decreto 1011/2006 y su incidencia sobre la salud individual y colectiva de las personas.
- Sin perjuicio de la competencia atribuida a otras autoridades, corresponde a las entidades territoriales de salud adelantar los procedimientos y aplicar las sanciones a que haya lugar, de acuerdo con lo previsto en el artículo 577 y siguientes de la Ley 09 de 1979 y las normas que la modifiquen o sustituyan.

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

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

- a. Amonestación
 - b. Multas sucesivas hasta por una suma equivalente a 10.000 salarios diarios mínimos legales al máximo valor vigente en el momento de dictarse la respectiva resolución.
 - c. Decomiso de productos.
 - d. Suspensión o cancelación del registro o de la licencia.
 - e. Cierre temporal o definitivo del establecimiento, edificación o servicio respectivo”.
- 

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

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

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

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

¿Qué es la Telesalud?

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

¿Qué es la Telemedicina?

- Es la provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de

facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica.

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

¿Cuáles son las categorías de la telemedicina?

La modalidad de telemedicina presenta las siguientes categorías, las cuales pueden combinarse entre sí:

1. Telemedicina Interactiva
2. Telemedicina no interactiva
3. Teleexperticia
4. Telemonitoreo

Parágrafo. El personal de salud que participe en las actividades de cualquiera de las categorías de la telemedicina, las realizará de acuerdo con sus competencias y responsabilidades y en su desarrollo se respetará su autonomía profesional.

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

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

¿Se pueden prescribir medicamentos en la modalidad de telemedicina?

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

¿Se debe habilitar la teleorientación?

- La teleorientación en salud de acuerdo con el artículo 10 de la resolución 2569 de 2019 corresponde al conjunto de acciones que se desarrollan a través de tecnologías de la información y comunicaciones para proporcionar al usuario información, consejería y asesoría en los componentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.
- La teleorientación es una actividad, como tal no es un servicio habilitable y puede ser realizada en un servicio habilitado, el teleorientador, en el marco de sus competencias debe informar al usuario el alcance de la orientación, que la información que suministrada podrá ser parte de la historia clínica y en caso que el usuario lo solicite entregar copia o resumen de la comunicación. Las actividades de telesalud no se habilitan. Se habilitan los servicios en la modalidad de telemedicina.

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

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

