

CONTEXTO DE LA SALUD Y LA CALIDAD EN COLOMBIA

Nancy Reinoso - Flor Ángela Gómez

EJE 3

Pongamos en práctica



Introducción	3
Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.	4
Sistema Único de Habilitación	7
Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud	11
Sistema Único de Acreditación	13
Sistema de Información para la Calidad	15
Bibliografía	21

¿Qué evaluación realizaría usted para conocer si su institución cumple con los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud?

El sistema de salud colombiano está en crisis. Las constantes quejas de los usuarios con respecto a demoras en la atención, las interminables filas para reclamar medicamentos y la cantidad de trámites para acceder a muchos servicios son apenas algunos aspectos de la problemática que enfrentan muchas personas cuando se ve afectada su salud. Otro aspecto importante es el gasto de bolsillo que tienen que asumir las personas para subsanar por un tiempo o parcialmente su estado de salud.

Por esta razón, la adecuada implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) busca mejorar las prácticas que día a día desarrollan las instituciones, con el fin de satisfacer las necesidades de la población e incentivar una mayor ventaja competitiva frente al mercado.

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud



En primer lugar, para comprender el SOGCS es necesario conocer la legislación vigente en Colombia, como se contempla en el Decreto 1011 de 2006 (Presidencia de la República de Colombia, 2006).

Para empezar, definiremos el SOGCS como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos obligatorios y sistemáticos que contiene el sector salud para crear, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud (Ministerio de la Protección Social, 2011).

En el Decreto mencionado también se define la atención en salud como la prestación de servicios en salud, lo cual incluye todas las actividades en pro de mejorar el estado de los pacientes en los procesos de salud-enfermedad.

Asimismo, se define la calidad de la atención en salud como la prestación de los servicios a los usuarios de forma accesible y equitativa para lograr una atención integral con adherencia al sistema.

El objetivo consiste en facilitar y suministrar los servicios de salud a los usuarios con un recurso humano profesional adecuado para satisfacerlos por medio del mantenimiento y del mejoramiento de la calidad. Teniendo en cuenta lo anterior, este sistema deberá cumplir con los siguientes atributos:

Atributo	Definición
Accesibilidad	Utilización real de los servicios de salud.
Oportunidad	Tiempo real en que se accede a los servicios sin que se presenten retrasos en la atención.
Seguridad	La prestación del servicio minimizando la probabilidad de sufrir un evento adverso.
Pertinencia	Asertividad en los servicios que realmente requiere el usuario.
Continuidad	La adherencia de los usuarios y el seguimiento que realiza el sistema con la utilización de los servicios sin interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias.
Satisfacción	Percepción positiva que tienen los pacientes de la atención recibida.

Tabla 1. Atributos del SOGCS
Fuente: propia



Figura 1. Entidades responsables del funcionamiento del SOGCS
Fuente: propia

Como observamos en la figura, se puede deducir que las entidades encargadas del funcionamiento adecuado del SOGCS son: el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual expedirá y creará las normas de calidad. Además, está encargado de mantener actualizada esta reglamentación y brindar asistencia técnica a los prestadores. Por otro lado, la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) realizará las funciones de vigilancia, control e inspección del SOGCS y, en caso de ser necesario, aplicará sanciones. Las entidades departamentales y distritales estarán encargadas de brindar la asesoría pertinente sobre la norma y de hacer cumplir esta legislación, así como de su divulgación a los prestadores de servicios. Por último, las instituciones municipales son las responsables de realizar la asesoría técnica para la implementación y ejecución de la auditoría para el mejoramiento en la calidad de la atención de salud.

Los componentes del SOGCS, los cuales se encuentran contemplados en el Decreto 1011 de 2016, son:

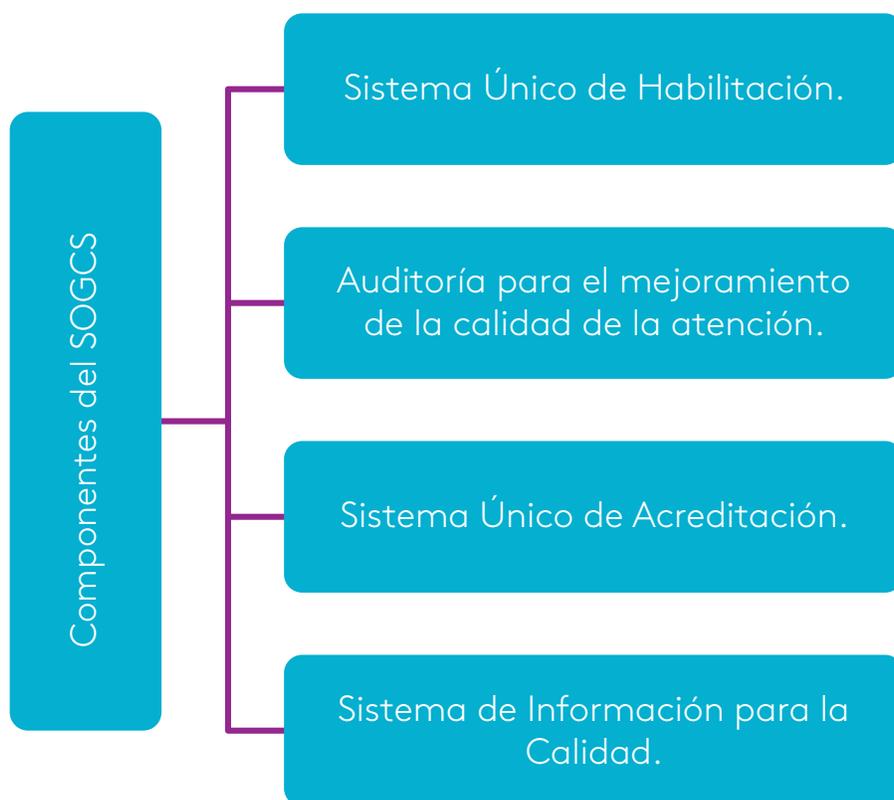


Figura 2. Componentes del SOGCS
Fuente: propia

Sistema Único de Habilitación

Está definido como el instrumento por el cual se realizan las normas, los requisitos y los procedimientos, así como las actividades por las cuales se verifica, registra y controla el cumplimiento de las condiciones mínimas requeridas para permanecer en el sistema, cuya finalidad es garantizar la calidad en la prestación de los servicios. En la práctica, el proceso de habilitación busca dar a los usuarios seguridad y tranquilidad ante los posibles riesgos producidos por la atención.

Por otro lado, para la habilitación de los prestadores de servicios es necesario que estos cuenten con condiciones básicas como **capacidad tecnológica y científica, suficiencia patrimonial y financiera** de las IPS y capacidad técnico-administrativa, que comprenda un área de contabilidad para la realización de los resultados financieros de las instituciones. Asimismo, es necesario el registro especial de los que prestan los servicios, el diligenciamiento del **formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores** y la autoevaluación de la ejecución de los estándares para la habilitación.



Capacidad tecnológica

Son los conocimientos y habilidades aportados por el recurso humano a la institución.

Capacidad científica

Es la construcción de los conocimientos para llegar a ser aplicados.

Suficiencia patrimonial y financiera

Es la construcción de los conocimientos para llegar a ser aplicados.

Formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores

Es la construcción de los conocimientos para llegar a ser aplicados.

- ¿Quiénes se habilitan?
 - IPS.
 - EPS, RC y RS.
 - Servicio de transporte especial de pacientes.
 - Redes integradas de servicios.
 - Profesionales independientes.
- ¿Qué condiciones deben cumplir?
 - Suficiencia patrimonial.
 - Capacidad técnico-administrativa.
 - Capacidad tecnológica y científica.
- ¿Qué procesos comprende?
 - Autoevaluación.
 - Declaración.
 - Registro.
 - Verificación.

En la habilitación, las IPS se hacen garantes de la autenticidad de la información suministrada, así como de las situaciones declaradas. Del mismo modo, se debe permitir la verificación, reportar las novedades y renovar la inscripción. Los pasos de renovación, registro de las novedades e inscripción son gratuitos.

En el proceso de evaluación, los prestadores son los que evalúan sus propias condiciones, de acuerdo con los estándares definidos en la Resolución 2003 de 2014, excepto en los casos de centros de drogadicción y farmacodependencia o telemedicina, los cuales adicionan las resoluciones 1315 y 1448 de 2006 y la Resolución 1448 de 2006 para el campo específico de telemedicina.



Lectura recomendada

Se recomienda hacer la lectura complementaria de la Resolución 2003 de 2014, específicamente de las páginas 1-10.

Resolución 2003 de 2014

Ministerio de Salud y Protección Social

Cuando la inscripción está inactiva por algún tipo de incumplimiento en la actualización de información, los prestadores deberán realizar una autoevaluación como proceso inicial a la inscripción en el **Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)**. Otro aspecto importante es que cuando una IPS quiere abrir un nuevo servicio, como urgencias, nefrología, diálisis, unidad de trasplante y unidad de cuidado intensivo (UCI), es obligatoria una visita previa de los entes territoriales. A diferencia del servicio de oncología que se hará a través del gobierno nacional. Posterior a esto, el prestador debe mostrar los soportes a la dirección departamental o distrital de salud. Adicionalmente, las IPS deben llevar el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud (PAMEC) en medio magnético para la asignación de un código, con el fin de soportar la inscripción que más adelante será registrada en la base de datos de los prestadores.

Posterior a la inscripción, la dirección departamental o distrital agenda una visita para confirmar el cumplimiento de las condiciones de habilitación. En caso de cumplir, se certifica; en caso contrario, se revocará el proceso de habilitación, lo que se traduce en el cierre o la sanción de los servicios.

En el registro se deben incluir los datos del prestador, la ubicación geográfica del sitio o sitios de prestación de servicios, la **capacidad instalada** y los servicios ofertados, teniendo en cuenta su nivel de complejidad. Este registro se realiza en un formulario el cual discrimina por modalidad, ya sea **intramural**, **extramural** u otros.

Los que aplican en otras categorías son centros de drogadicción, rehabilitación, acondicionamiento físico o de estética y medicina reproductiva. Para poder contratar un servicio, es obligatorio que estos se encuentren habilitados.

Es un deber reportar las novedades en el formulario del REPS en caso de alguna modificación en la sede, la apertura de un nuevo servicio, el cambio de gerente, el cierre de un servicio —aunque sea temporal—, la ampliación de un servicio, la liquidación de la institución, así como lo cambios del horario de atención. Esto se realizará ante la entidad departamental o distrital.



Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

Registro contenido en la base de datos de las instituciones habilitadas (Presidencia de la República de Colombia, 2006).



Capacidad instalada

Hace referencia a la disponibilidad necesaria de la infraestructura para la prestación de los servicios.



Intramurales

Son los servicios prestados dentro de las instalaciones de la institución.



Extramurales

Son los servicios prestados fuera de las instalaciones de la institución, por ejemplo, la atención médica domiciliaria.

El proceso de habilitación se debe realizar de acuerdo con los estándares establecidos en la Resolución 2003 de 2014, los cuales muestran las expectativas a cumplir por los servicios a habilitar, como el desempeño, la estructura o los procesos que son importantes para ofrecer un buen servicio en las diferentes instituciones y mejorar la calidad en la atención.



Lectura recomendada

Ahora, le sugerimos continuar con la lectura de las páginas 21-35 de la Resolución 2003 de 2014.

Resolución 2003 de 2014

Ministerio de Salud y Protección Social

Estos estándares de habilitación hacen parte de los requisitos mínimos que deben aplicar las instituciones prestadoras de servicios, con el fin de brindar una atención segura a los usuarios.

Talento humano

Corresponde al personal requerido para la prestación de los servicios.

Infraestructura

Hace referencia al mantenimiento de las instalaciones y los requerimientos para funcionar.

Dotación

Son todos los elementos necesarios para el adecuado funcionamiento de los servicios de manera segura para el paciente.

Medicamentos y dispositivos médicos

Son todos los requerimientos y especificaciones con los que deben contar los dispositivos y medicamentos disponibles para la atención segura de los pacientes.

Procesos prioritarios

Son todos los procesos y estrategias realizados por las instituciones, con el fin de asegurar la prestación al paciente con la mayor calidad y reduciendo al mínimo cualquier evento derivado de la atención.

Historia clínica y registros

Establecen todos los requerimientos con los que debe contar la historia clínica durante la atención del paciente, desde la apertura hasta la conservación.

Interdependencia

Es la seguridad de la prestación de otros servicios derivados de la atención, con el fin de brindar una atención integral.

Figura 3. Estándares de habilitación
Fuente: propia

Las entidades departamentales y distritales deben tener los datos de los registros especiales de prestadores. Asimismo, el ministerio se compromete a mantener actualizada la base de datos, de acuerdo con los reportes realizados por los prestadores. Estas entidades son las encargadas de realizar visitas de verificación, con el fin de observar el cumplimiento de las condiciones exigidas. Estas visitas son realizadas por un equipo interdisciplinario, el cual está ampliamente capacitado por una institución educativa certificada. Queda soporte de la visita mediante actas. Por último, esta visita se realiza, como mínimo, una vez en los cuatro años que tiene como vigencia el periodo de habilitación. Posterior a esto, se realiza el envío del certificado de cumplimiento de las condiciones en un tiempo de 15 días.

Si en la contratación de los prestadores se detecta algún tipo de incumplimiento de las condiciones, se informará a las entidades, las cuales, en un plazo no mayor a sesenta días, tomarán las medidas que sean necesarias.

Los prestadores se encargan de colocar en sitios visibles los servicios habilitados por el ministerio. La habilitación de las **Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)** está a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, pero el ministerio es el ente que lleva a cabo el procedimiento en cuanto a la verificación, el registro y el control. La habilitación de estas instituciones está dada por término indefinido, pero deben actualizar los requisitos mencionados.



Empresas Administradoras de Planes de Beneficios

Son consideradas las EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado y las empresas de medicina prepagada (Presidencia de la República de Colombia, 2006).



Instrucción

Para conocer más, lo invitamos a revisar la línea de tiempo que se encuentra en los recursos del eje.

Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud

Este componente se caracteriza por ser propio de la institución, mediante la realización de auditoría interna continua, con el fin de dar cumplimiento a los estándares de calidad mínimos que debe contener el Sistema de Habilitación.

Este proceso es obligatorio para todas las direcciones departamentales, distritales y municipales, así como para las instituciones aseguradoras del Régimen Contributivo, Régimen Subsidiado, IPS y empresas que presten servicios adicionales al Plan de Beneficios.

Las actividades realizadas por la auditoría interna deben estar alineadas con los estándares de acreditación, de manera que este proceso implique que se realicen actividades de evaluación, seguimiento y planes de mejora. Así, las entidades están obligadas a realizar procesos de auditoría, con el fin de mejorar la calidad y brindar una mayor satisfacción a los usuarios.

El proceso de auditoría debe operar en los siguientes niveles:

1. Autocontrol: cada funcionario mide, planea, ejecuta, verifica y ajusta las operaciones para que se realicen de acuerdo con los estándares de calidad.
2. Auditoría interna: es la evaluación realizada por la misma institución, por un área externa al proceso que se audita, con el fin de aportar para que se logre la cultura del autocontrol.
3. Auditoría externa: es la evaluación que realiza un externo a la institución, con el fin de verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol.

Este modelo es ejecutado por medio de las siguientes acciones:

1. Acciones preventivas: se realizan teniendo en cuenta los procesos prioritarios definidos por la institución. Se deben hacer de manera previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad.
2. Acciones de seguimiento: son los mecanismos de auditoría que realizan los colaboradores y las instituciones en la prestación de sus servicios de salud sobre los procesos detectados en el anterior paso.
3. Acciones coyunturales: son realizadas por los funcionarios y la institución retrospectivamente, con la finalidad de analizar la ocurrencia de los eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de planes de mejoramiento orientados a la solución inmediata.

El modelo de auditoría será implementado según el tipo de entidad de la siguiente manera:

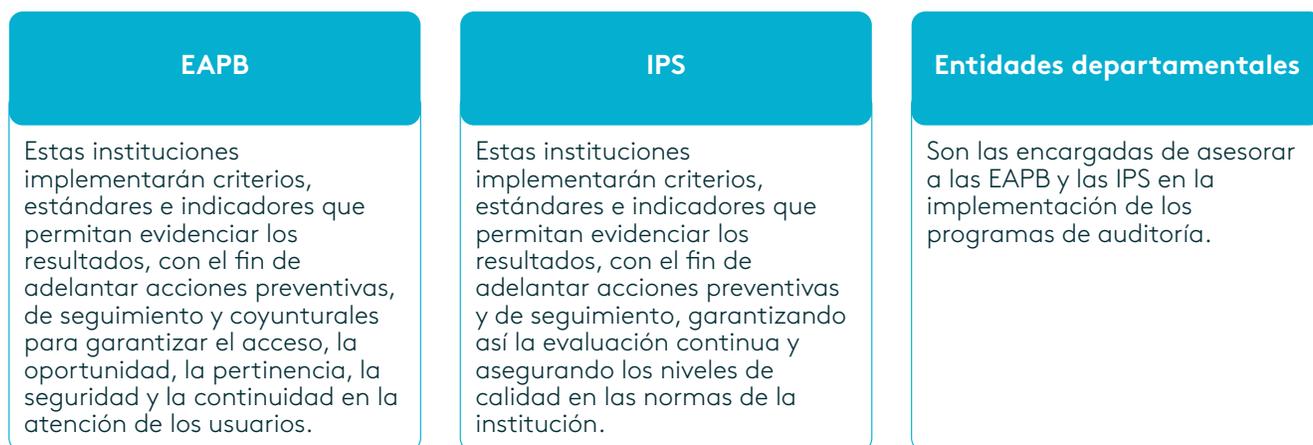


Figura 4. Implementación del modelo de auditoría
Fuente: propia

Sistema Único de Acreditación

Es una herramienta de evaluación externa que se realiza de manera voluntaria con el objetivo de demostrar, evaluar y comprobar la capacidad de excelencia con niveles superiores de calidad que tienen las instituciones prestadoras de servicios.

El objetivo de la acreditación es buscar estrategias para aumentar la eficiencia y la efectividad, mejorando el desempeño del Sistema de Seguridad Social y logrando una mayor satisfacción del usuario. El sistema está diseñado para que las instituciones se certifiquen en la prestación de servicios con estándares de mayor calidad, por medio de evaluaciones que demuestren el cumplimiento de los estándares por parte de las IPS, las EPS del Régimen Contributivo y del Subsidiado, y las empresas de planes adicionales al Plan de Beneficios que voluntariamente opten por esta herramienta.

La acreditación en salud en Colombia está enmarcada en el SOGC como una herramienta de mejoramiento institucional, concebida para afectar de manera positiva la eficiencia de los procesos al servicio del usuario y generar un incentivo de mercado al dar una señal positiva del reconocimiento público a la buena gestión.

De acuerdo con el Decreto 903 de 2014, los principios que hacen parte de este sistema son:

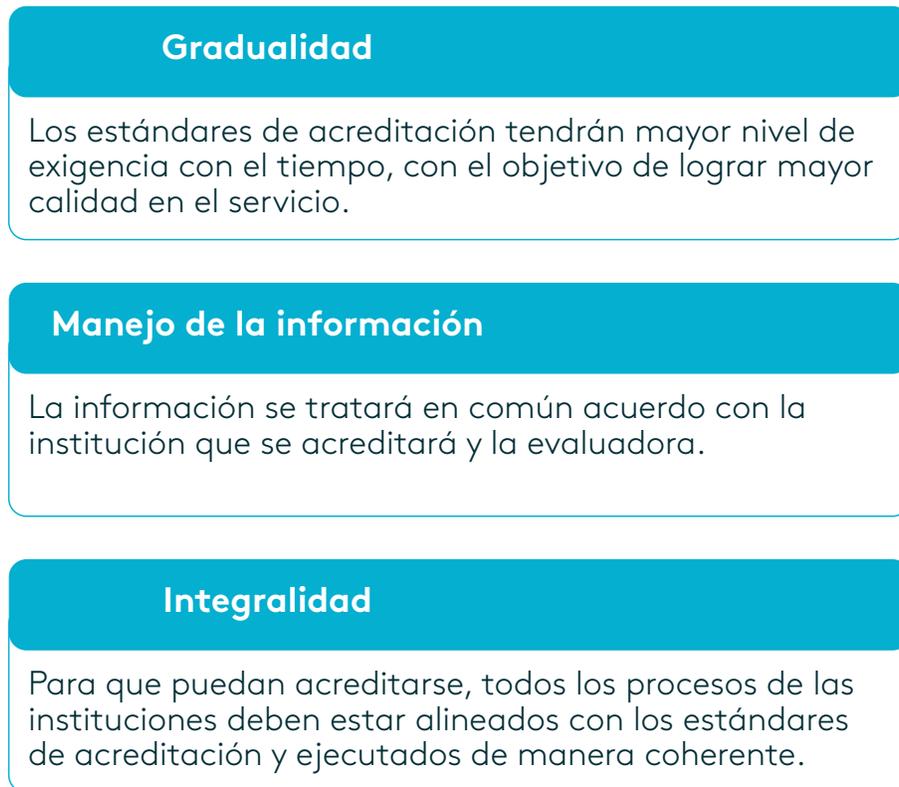


Figura 5. Principios del SOGC
Fuente: propia

Las entidades evaluadoras que realizan el proceso de acreditación deben cumplir con la acreditación por ISQUA (International Society for Quality in Healthcare) y deben tener cinco años de experiencia en estos procesos. Finalmente, el ente que expide el certificado es el Icontec.



Instrucción

Para afianzar los conocimientos adquiridos hasta el momento, lo invitamos a desarrollar el crucigrama que encuentra en la sección de actividades el eje.

Sistema de Información para la Calidad

Por medio de esta herramienta se busca generar mayor competencia entre los diferentes actores del sector y brindar herramientas a los usuarios, con el fin de que conozcan sus derechos y deberes. Además, se busca lograr que los prestadores aumenten sus niveles de calidad y generar el mismo efecto en las empresas que ofertan servicios adicionales al Plan de Beneficios, con el fin de que los usuarios cuenten con una amplia gama de opciones al momento de ejercer sus derechos en el sistema salud.

Este sistema de información estará disponible en una página web suministrada por el ministerio, con el propósito de que los usuarios tengan acceso sobre los estándares calidad de los servicios de las diferentes instituciones, contribuyendo así a orientar la conducta de la población para la selección más adecuada de la IPS (Ministerio de la Protección Social, 2011).

Los objetivos del sistema de información contemplan las siguientes funciones:

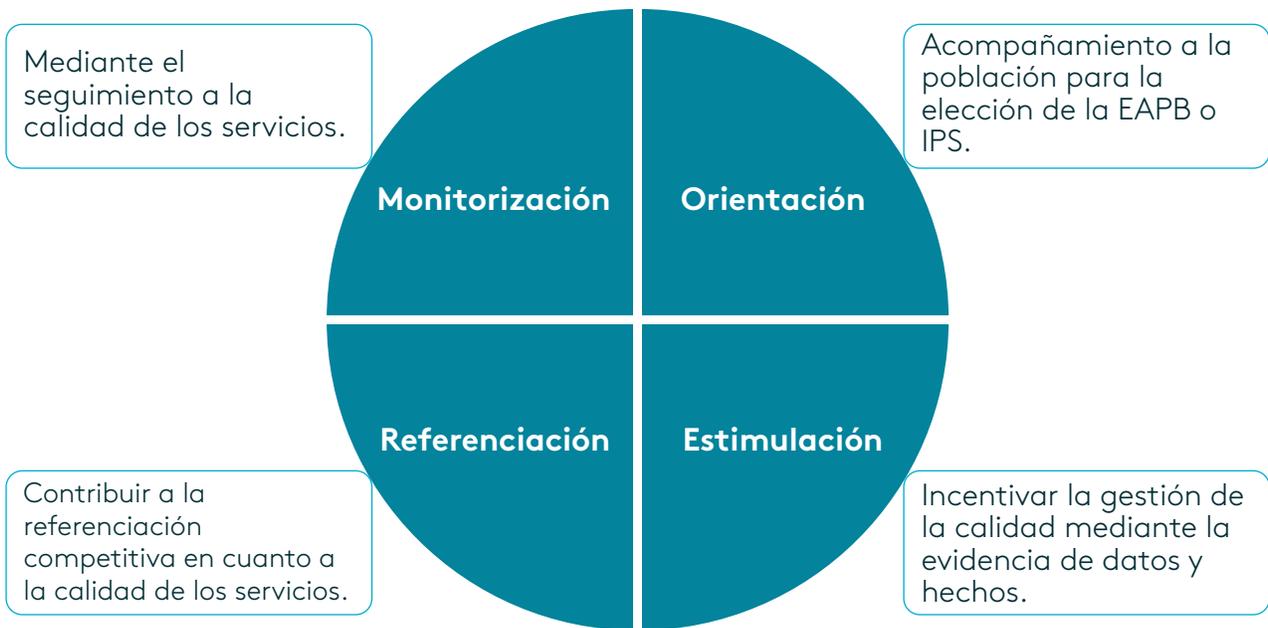


Figura 6. Objetivos del Sistema de Información para la Calidad
Fuente: propia

Como última función respecto a este componente, se tiene que está dirigido a las entidades e instituciones, las cuales deben realizar los reportes de los indicadores de calidad ante la Superintendencia de Salud, con el fin de evaluar la oportunidad en la que se prestaron los servicios a los usuarios. Asimismo, con estos reportes se busca observar qué barreras se presentaron para acceder a los servicios de salud, determinar si la atención del paciente fue segura y evaluar qué percepción tuvo el paciente de la atención.



Instrucción

Como parte del aprendizaje, consulte el recurso “Nube de palabras” en la página principal del eje.

En este punto, es importante resaltar que el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención en salud es crucial en la gestión de la política de seguridad del paciente. Para la gestión de esta política, es necesaria la colaboración de los distintos actores, con el fin de sensibilizar, coordinar y promover acciones que generen impactos positivos en la salud de la población. Esta política parte del resultado arrojado por la atención brindada por el profesional de la salud; por esta razón, es importante contar con su participación, debido a la complejidad que resulta de este proceso, con el fin de defender los señalamientos injustificables.

La seguridad del paciente está definida por el ministerio como el grupo de elementos, procesos e instrumentos basados en la evidencia científica probada para minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención o aminorar sus consecuencias (Ministerio de la Protección Social, 2011).

El primer paso al que se hace referencia es la atención en salud, definida como los servicios recibidos por los usuarios con la finalidad de promover la salud. El indicio de la atención insegura es la ocurrencia de un suceso que puede advertir el incremento de los incidentes o eventos adversos.

La prestación inadecuada de la atención es el resultado de la deficiencia para llevar a cabo una acción prevista, la cual se evidencia por medio de la mala ejecución en los procesos y en las fases de planeación o de ejecución de manera no intencional. El riesgo lo definimos como la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. El evento adverso es el resultado no intencional de producir daño. Estos eventos se clasifican en prevenibles y no prevenibles. Los prevenibles son aquellos resultados no intencionales que se podrían haber evitado. Los no prevenibles son resultado del sistema de gestión del evento adverso, como las acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla en la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

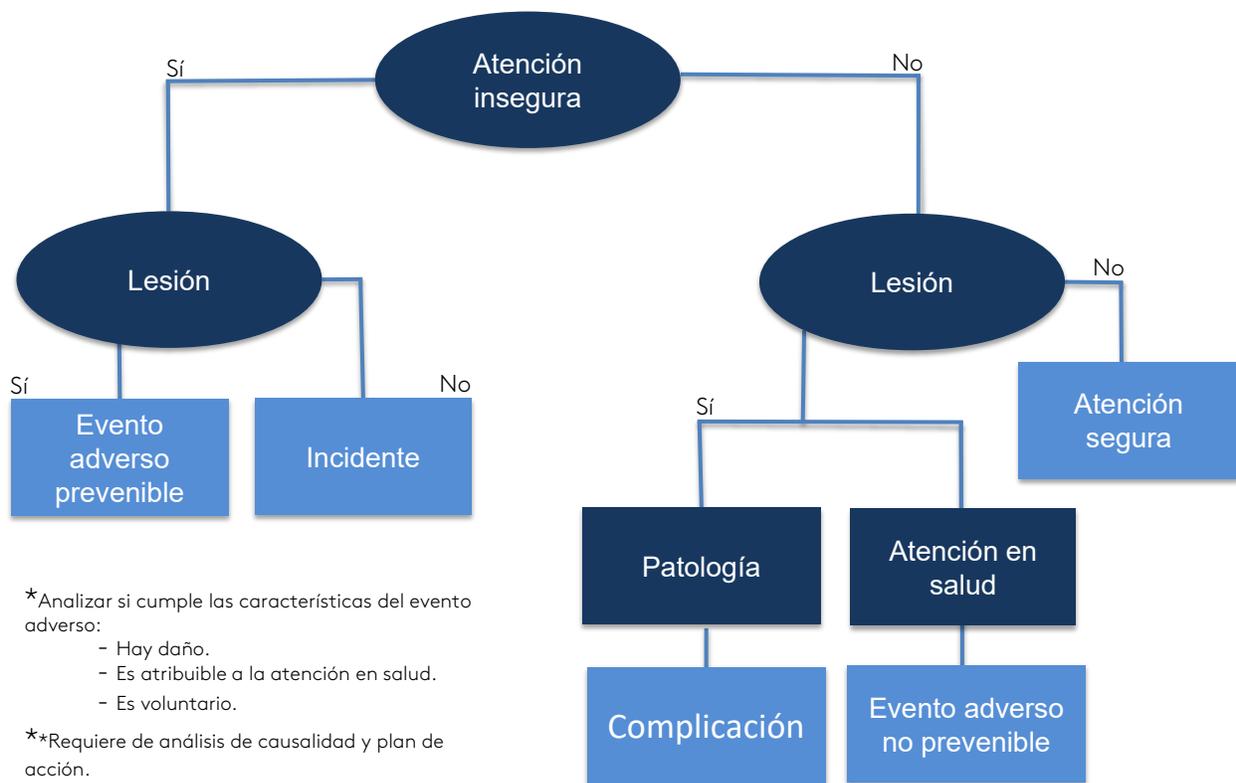


Figura 7. Modelo conceptual de la política de seguridad del paciente
Fuente: Ministerio de la Protección Social (2011)

Los objetivos de esta política se proponen para diseñar procesos de atención en salud que promuevan una atención en salud segura disminuyendo el riesgo de que ocurra un evento adverso, por medio de la implementación de estrategias exitosas respaldadas por evidencia científica y de la adopción de herramientas prácticas que impulsen un entorno seguro de la atención en salud, con ayuda de la coordinación de los distintos actores del sistema.

Otro punto fundamental en el que las instituciones deben enfocarse es la educación de los pacientes y sus familias, con el fin de aportar conocimientos sobre los factores para mejorar la seguridad de los procesos de atención a los que pueden estar expuestos los pacientes.

Los pasos a seguir para llevar a cabo la política de paciente seguro consisten, en primer lugar, en la planeación estratégica de la seguridad a cargo de cada institución, con la que se logren aplicar las buenas prácticas; en segundo lugar, se busca fortalecer esta política por medio de la capacitación y sensibilización de todo el personal; y, por último, se busca la implementación de procesos seguros, por medio del análisis de los eventos y la realización de un plan de mejora que impacte los resultados producidos en la atención prestada.

Esta política brinda herramientas transversales que orientan la implementación de acciones para optimizar los resultados.

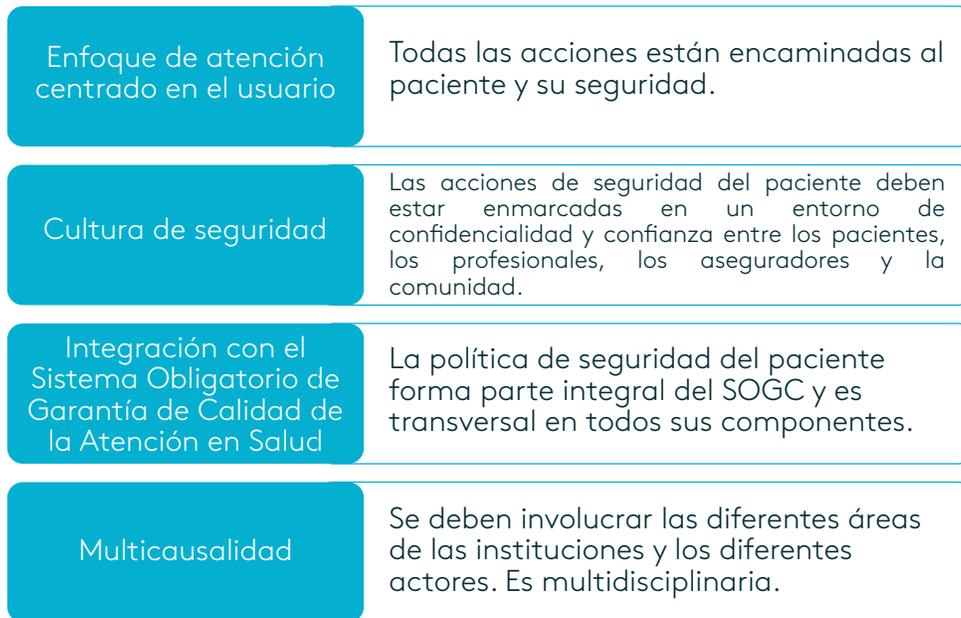


Figura 8. Herramientas transversales de la política de seguridad del paciente
Fuente: propia

El esquema muestra los principios orientadores en la implementación exitosa de esta política, partiendo del enfoque principal, el cual debe estar centrado en la atención al usuario hasta llegar al principio de multicausalidad, en el cual se deben implicar las diferentes áreas de las instituciones.

Esta política debe tener validez para que genere impacto. Se requiere efectuar metodologías soportadas en la evidencia científica, en este orden, el desarrollo de estos principios se debe hacer en compañía del paciente y su familia para involucrarlos en las acciones de mejora.

En comparación con los eventos adversos documentados en los diferentes sistemas de prestación de servicios de salud del mundo, existen múltiples estudios que evalúan la frecuencia con la que se presentan y se aplican diversas modalidades epidemiológicas para detectarlos. Estas experiencias se han desarrollado en dos momentos: en primer lugar, se aplican técnicas de tamizaje por parte del personal de enfermería para descubrir alertas que podrían indicar una alta posibilidad de que se presente un evento adverso, teniendo en cuenta que es el área de enfermería la que está en contacto continuo con los pacientes. En un segundo momento, se realiza un análisis por los diferentes profesionales de distintas áreas para ratificar si en el anterior tamizaje se muestra la ocurrencia de un evento adverso, con el fin de clasificar y explorar su causalidad.

En la política de seguridad del paciente se deben tener la identificación y el análisis de los eventos adversos y los incidentes para reconocer sus causas y las acciones para intervenirlos.

A partir del análisis, se crean e implementan políticas seguras en los diferentes procesos. Dentro de las prácticas seguras que utilizan las instituciones para disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso se encuentran:

- Actividades orientadas a garantizar la atención para reducir al mínimo la ocurrencia de eventos.
- Actividades orientadas a prevenir errores en la administración de medicamentos.
- Actividades individuales y organizacionales orientadas a minimizar las fallas agregadas al componente humano, como son el cansancio, el desconocimiento de las guías, la mala comunicación y la falta de entrenamiento.
- Programas para prevenir las caídas de pacientes.
- Protocolos para el proceso de remisión de pacientes.

Las instituciones deben implementar estrategias orientadas a mejorar la seguridad del paciente. Estas se deben desarrollar de manera sistemática, mediante la implementación de guías prácticas.



Instrucción

Para finalizar, observe detalladamente el organizador gráfico, en el cual encontrará los aspectos relevantes del eje.

En síntesis, es importante tener en cuenta que en las instituciones de salud todas las áreas directivas, asistenciales y administrativas, así como el personal en formación, deben estar comprometidos con la política de seguridad del paciente como estrategia imprescindible para lograr un entorno seguro e incentivar la generación de una cultura de seguridad.

La política debe establecer en forma clara los propósitos de su formulación, dentro de los cuales es importante instituir una cultura equitativa de seguridad del paciente que fomente la responsabilidad de todas las áreas. Esta política debe contener los objetivos en aras de disminuir los incidentes y eventos adversos, así como promover un entorno seguro de atención.

De la misma manera, se deben crear estrategias de educación, capacitación, entrenamiento y motivación del personal para poner en práctica todas las estrategias, con el fin de mitigar los efectos en el paciente y generar los planes de mejoramiento. Así, se podrán minimizar los posibles efectos adversos e incidentes en la prestación de los servicios.



Instrucción

Por último, lo invitamos a complementar este tema con la realización de la prueba objetiva.

Ministerio de la Protección Social. (2008). *Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente*. Recuperado de <http://www.acreditacionensalud.org.co/ea/Documents/Lineamientos%20politica%20seguridad%20paciente.pdf>

Ministerio de la Protección Social. (2011). *Guía práctica del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud*. Recuperado de http://boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/cartilla_didactica.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (28 de mayo de 2014). [Resolución 2003 de 2014].

Presidencia de la República de Colombia. (3 de abril de 2006). [Decreto 1011 de 2006]. DO: 46.230.