

CAPÍTULO 4

MARCO NORMATIVO DE LA TELESALUD



Autores:

Myriam Leonor Torres Pérez

Leonardo Yunda Perlaza

Hernán Camilo Castillo Romero

A partir de un proyecto denominado “Implicaciones legales de la telemedicina para la implementación de la e-Health” se ha desarrollado una revisión categórica en diferentes aspectos legales que en el presente capítulo se exponen. Colombia es uno de los países que cuenta con normatividad en Telesalud, cada una de ellas busca establecer directrices para el desarrollo y ejecución de la telemedicina en el país, a partir de estas normas en especial la Ley 1419 de 2010 donde se asigna un presupuesto del fondo de comunicaciones al financiamiento de la Telesalud en las instituciones en salud en Colombia.

Es así, como en las últimas décadas, se piensa en un modelo innovador que busque acercar a la población a servicios de salud acorde a sus necesidades. Ahora bien, teniendo en cuenta la estructura de los servicios de salud, estos responden a los procedimientos definidos por la evidencia científica como óptimos, eficientes y eficaces en la solución de los problemas de salud de la población de manera individual o colectiva. En este sentido la modalidad de Telesalud se presenta en modalidades como intramural, extramural y telemedicina. En el Manual de inscripción de prestadores de servicios de salud y habilitación de servicios de salud, adoptado por la (Resolución 2003 de 2014), respecto de la telemedicina se establece que entre los siete estándares definidos por el Sistema único de habilitación, talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, procesos prioritarios, historia clínica y registros e interdependencia, en cada uno de ellos se definen criterios que corresponden a las condiciones tecnológicas y científicas mínimas e indispensables para la prestación de servicios de salud en la modalidad de telemedicina, aplicables a cualquier prestador de servicios de salud, que son de obligatorio cumplimiento.

Solo podrán prestar y contratar servicios bajo la modalidad de telemedicina aquellos prestadores de servicios de salud que cumplan con los estándares establecidos, que presten los servicios directamente y que se hayan inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) como prestadores remisores o como Centros de Referencia.

A continuación, se relaciona una línea de tiempo del marco normativo de la Telesalud en el país y esta inicia con la Ley 9 de 1979, la cual establece el Código Sanitario Nacional. Incluye normas generales, base de las disposiciones y reglamentaciones necesarias para preservar, restaurar o mejorar las condiciones en lo relacionado con la salud humana; procedimientos y medidas que se deben adoptar para la regulación, legalización y control de las descargas de residuos y materiales que afectan o

pueden afectar las condiciones sanitarias del ambiente. Entendiéndose estas como las necesarias para asegurar el bienestar y la salud humana. Durante los años noventa se promueve la construcción y oficialización de la Constitución Política de Colombia de 1991 que establece en su Artículo 49, inciso primero: "...la atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. ...", quien debe garantizar a todas las personas del territorio nacional, el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Así mismo a lo largo de su articulado, hace visibles los derechos de las poblaciones, en las diferentes etapas del transcurso vital, con especial atención en la infancia y los grupos poblacionales en condición o situación de vulnerabilidad. Bajo la Ley 100 de 1993 se crea el Sistema General de Seguridad Social que incluye el Sistema de Salud, el Sistema General de Pensiones, el Sistema General de Riesgos Profesionales y los servicios sociales complementarios, también plantea los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia. Esta norma define los actores del sistema, reguladores, aseguradores y prestadores, con sus roles y responsabilidades, establece los planes de beneficios y el modelo de financiación a través del aseguramiento e introduce el concepto de subsidios, en un marco de solidaridad y subsidariedad. En el año de 1994 se crea la Ley 152 de 1994 que establece los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo y la planificación, para su aplicación en el ámbito de la Nación, las entidades territoriales y los organismos públicos de todo orden. Define los principios generales que rigen las actuaciones de las autoridades nacionales, regionales y territoriales, en materia de planeación como son: autonomía, ordenamiento de competencias, coordinación, consistencia, prioridad del gasto público social, continuidad, participación, sustentabilidad ambiental, desarrollo armónico de las regiones, proceso de planeación, eficiencia, viabilidad, coherencia y conformación de los planes de desarrollo. En el mismo año se promulga el Decreto 1757 de 1994 que reglamenta la Participación en el Sistema de Seguridad Social en Salud. Las personas naturales y jurídicas podrán participar a nivel ciudadano, comunitario, social e institucional, con el fin de ejercer sus derechos y deberes en salud, gestionar planes y programas, planificar, evaluar y dirigir su propio desarrollo en salud. Hasta el año de 1997 se crea la Ley 388 de 1997, en el cual promulga objetivos como armonizar y actualizar las disposiciones contenidas en la Ley 9 de 1989 con las nuevas normas establecidas en la Constitución Política, la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo, la Ley Orgánica de Áreas Metropolitanas y la Ley por la que se crea el Sistema Nacional Ambiental; establecer los mecanismos que permitan al municipio, en ejercicio de su autonomía, promover el ordenamiento de su territorio, el uso equitativo y racional del suelo, la preservación y defensa del patrimonio ecológico y cultural localizado en su ámbito territorial. De igual manera la prevención de desastres en asentamientos de alto riesgo, la ejecución de acciones urbanísticas eficientes; utilización del suelo, y velar por la creación y la defensa

del espacio público, así como por la protección del ambiente y la prevención de desastres. Se debe promover el ordenamiento del territorio, para lograr el mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes; facilitar la ejecución de actuaciones urbanas integrales, en las cuales confluyan en forma coordinada la iniciativa, la organización y la gestión municipal con la política urbana nacional, así como con los esfuerzos y recursos de las entidades encargadas del desarrollo de dicha política. En el año de 1998 el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud con el Acuerdo 117 de 1998 CNSSS establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Entrando en el nuevo milenio se promulga la Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud que establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, y adopta las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública, estableciendo responsabilidades para los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En el año 2001 se genera la Ley 715 de 2001, por medio de la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias, junto con el Acto Legislativo 001 de 2001, mediante la reestructuración del sistema de transferencias originados en recursos fiscales y parafiscales para financiar la salud y la educación, también reajusta las competencias de los entes territoriales en materia de salud, y ordena, entre otros aspectos, reorganizar el régimen subsidiado, la reasunción de funciones de salud pública por parte del ente territorial y la conformación de redes de prestación de servicios, cuya responsabilidad última es también, del ente territorial. Solo hasta el Decreto 1011 de 2006 se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, estas disposiciones se aplicarán a los prestadores de servicios de salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las entidades adaptadas, las empresas de medicina prepagada y a las entidades departamentales, distritales y municipales de salud. El Decreto 3518 de 2006 crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública para la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades, y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva. Uno de los eventos más importantes que son aplicables

en la telemedicina es el Decreto Nacional 3039 de 2007, por medio del cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, y se da orientación sobre la formulación del Plan de Salud Territorial. Este define como líneas políticas a desarrollar: la promoción de la salud y la calidad de vida, la prevención de la enfermedad asociada a los riesgos de los daños de la salud, la recuperación del daño en salud, la vigilancia en salud y gestión del conocimiento, así como la gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan. Además, define como prioridades en salud: mejorar la salud infantil, mejorar la salud sexual y reproductiva, mejorar la salud oral, mejorar la salud mental, disminuir las enfermedades transmisibles y las zoonosis, disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles y las discapacidades, mejorar la situación nutricional, mejorar la seguridad sanitaria y ambiental, mejorar la seguridad en el trabajo y disminuir las enfermedades de origen laboral y fortalecer la gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública. En el 2007 se adopta la Ley 1122 de 2007 que realiza ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad la evaluación por resultados a todos los actores del Sistema de Salud, el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se reforman los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores 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 se ratifica el mandato de organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

La Resolución 425 de 2008 define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, así como los ejes programáticos de: aseguramiento, prestación y desarrollo de servicios, salud pública y el Plan de intervenciones colectivas, promoción social, prevención y vigilancia de riesgos profesionales, emergencias y desastres. En este año se profiere la Sentencia de la Corte Constitucional de Colombia T-760 de 2008 considerada como la mayor reforma del Sistema General de Seguridad Social de Salud instituido en 1993, se ha dado por vía jurisdiccional, mediante el mecanismo de tutela y después de muchos fallos, por esta Sentencia como la más representativa para exigir el respeto y la defensa de la salud como derecho fundamental. Esta sentencia obliga a unificar el Plan Obligatorio de Salud para los regímenes contributivo y subsidiado, y a realizar su actualización de manera periódica.

La Agenda de Salud para las Américas 2008–2017 firmada en Panamá, el 3 de junio del 2007, refleja el interés de cada uno de los países signatarios por trabajar en conjunto y solidariamente en favor de la salud y el desarrollo de los pueblos. En ella se

definen las grandes áreas de acción, con el propósito de retomar los compromisos asumidos por los Estados en los foros internacionales y fortalecer la respuesta para su efectivo cumplimiento. Orienta la acción colectiva de los socios y reitera su compromiso con la visión de una Región más saludable y equitativa, en aspectos de salud, donde se aborden los determinantes de salud y se mejore el acceso a servicios y bienes de salud, individuales y colectivos, se facilite la movilización de recursos e influencie las políticas de salud en la Región. Una Región en la que cada individuo, familia y comunidad tengan la oportunidad de desarrollar al máximo su potencial. La Agenda orientará la elaboración de los futuros planes nacionales de salud, según sea pertinente, y los planes estratégicos de todas las organizaciones interesadas en la cooperación en salud con los países de las Américas. La evaluación del progreso de las áreas de acción definidas en esta Agenda se hará a través de la evaluación del cumplimiento de las metas establecidas en dichos planes.

Una vez realizado este abordaje en los primeros años, a continuación, inicia la formalización propia de la Telesalud con la Ley 1419 del 2010 que establece los lineamientos para la Telesalud en Colombia y la define como el conjunto de servicios y métodos relacionados con la salud, los cuales se realizan a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y las telecomunicaciones; en el Artículo 2 define la Telesalud, la telemedicina y la teleeducación, en esta misma Ley en su Artículo 9 establece la oferta de servicios la cual indica que:

a partir de la vigencia de la presente Ley, los aseguradores y prestadores de servicios del Sistema General de Seguridad Social en Colombia, independientemente de los planes de beneficios, ofrecerán dentro de sus portafolios de servicios o capacidad de oferta a sus usuarios, la Telemedicina como una modalidad de servicio, adecuada, efectiva y racional, facilitando el libre acceso y escogencia de parte del usuario de la misma, lo cual contribuirá a su desarrollo y sostenibilidad.

Por su lado, el Decreto 780 de 2016 preceptúa en su Artículo 2.5.1.1.3 la atención en salud como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en los procesos propios de aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población. En el Artículo 2.5.1.3.2.4 denominado Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud se concibe como la base de datos de las entidades departamentales y distritales en salud, en la cual se efectúa el registro de los prestadores de servicios de salud que se encuentren habilitados y es consolidada por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, de conformidad

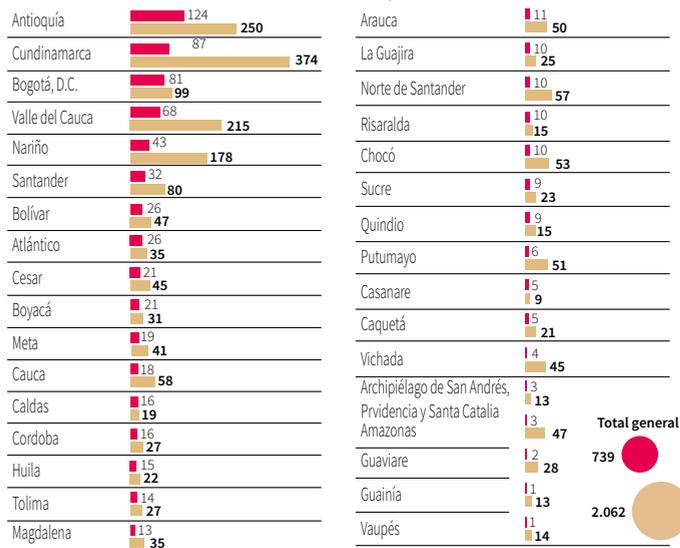
con lo señalado por el Artículo 56 de la Ley 715 de 2001, las entidades departamentales y distritales de salud realizarán el proceso de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, a partir de la radicación de la inscripción en la entidad departamental o distrital de salud, el prestador de servicios de salud se considera habilitado para ofertar y prestar los servicios declarados. El prestador de servicios de salud deberá declarar en el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) los servicios que se prestan en forma permanente. La inobservancia de esta disposición se considera equivalente a la prestación de servicios no declarados en el REPS y dará lugar a la aplicación de las sanciones establecidas en los Artículos 577 de la Ley 9ª de 1979.

A continuación, se presentan las IPS que ofertan el servicio de telemedicina en sus dos modalidades.

Imagen 1 . Panorama de la Telemedicina en Colombia 2021.

PANORAMA DE LA TELEMEDICINA EN COLOMBIA

■ Número de sedes habilitadas ■ Servicio habilitado bajo la modalidad de telemedicina



CIFRAS DE TELEMEDICINA EN COLOMBIA

Período: Marzo 2020 a enero 2021



Fuente: MinSalud (2021).

La inspección, vigilancia y control del Sistema Único de Habilitación (SUH), será responsabilidad de las direcciones departamentales y distritales de salud, la cual se ejercerá mediante la realización de las visitas de verificación de que trata el Artículo 2.5.1.3.2.15 del presente Título, correspondiendo a la Superintendencia Nacional de Salud, vigilar que las entidades territoriales de salud ejerzan dichas funciones.

Por su parte la Resolución 2003 de 2014 establece en su Artículo 6 los requisitos para la inscripción y habilitación de servicios de salud en el REPS. A partir de la entrada en vigor de la presente resolución, los prestadores de servicios de salud que se inscriban y habiliten servicios en el REPS deberán cumplir con determinar el servicio o los servicios a habilitar, de acuerdo con el REPS, incluyendo la complejidad y el tipo de modalidad en la que va a prestar cada servicio. 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 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. Esta misma Resolución en el Manual de inscripción de prestadores de servicios de salud y habilitación de servicios de salud, adoptado por la misma, determina en el numeral 1.1: "... se entiende por servicios de salud el conjunto de recursos, insumos, procesos y procedimientos organizados y autorizados con el objeto de prevenir las enfermedades, promover, mantener, recuperar o rehabilitar la salud de las personas. (Excluye educación, vivienda, protección, alimentación y apoyo a la justicia)". En consecuencia, los procedimientos de habilitación establecidos por el presente Manual se encuentran estructurados sobre la organización de los servicios de salud.

En cuanto a la "estructura de los servicios de salud", en el numeral 1.2, el manual establece que para facilitar la organización de los servicios de salud y permitir su incorporación homologada al Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), la estructura incluye grupo, servicio y modalidad, el cual para este último son los servicios de salud que responden a los procedimientos definidos por la evidencia científica como óptimos, eficientes y eficaces en la solución de los problemas de salud de la población, bien de manera individual o colectiva. En este sentido la modalidad hace referencia a algunas formas en la prestación del servicio a las cuales el prestador se vincula para lograr las características enunciadas. En este numeral, dentro de las modalidades se listan la intramural, extramural y telemedicina la cual se define como:

La modalidad de prestación de servicios de salud, realizados 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 de salud a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica.

En el Manual de inscripción de prestadores de servicios de salud y Habilitación de Servicios de Salud, adoptado por la Resolución 2003 respecto de la telemedicina establece los siete estándares definidos por el Sistema Único de Habilitación, talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, procesos prioritarios, historia clínica y registros e interdependencia, en cada uno de ellos se definen criterios que corresponden a las condiciones tecnológicas y científicas mínimas e indispensables para la prestación de servicios de salud en la modalidad de telemedicina, aplicables a cualquier prestador de servicios de salud, que son de obligatorio cumplimiento. Las entidades que prestan servicios de salud bajo la modalidad de telemedicina se clasifican en prestadores remisores y Centros de Referencia. Tanto los prestadores remisores como los Centros de Referencia son considerados prestadores de servicios de salud y, por lo tanto, deben cumplir además de las disposiciones definidas para la modalidad en la presente resolución, con las exigencias y procedimientos establecidos en el Decreto 1011 de 2006, las normas que lo reglamenten modifiquen o sustituyan, en lo que les sea pertinente. Solo podrán prestar y contratar servicios bajo la modalidad de telemedicina aquellos prestadores de servicios de salud que cumplan con los estándares establecidos en la presente norma, que presten los servicios directamente y que se hayan inscrito en el REPS como prestadores remisores o como Centros de Referencia. Tanto los prestadores remisores como los Centros de Referencia son considerados prestadores de servicios de salud y, por lo tanto, deben cumplir además de las disposiciones definidas para la modalidad en la Resolución 2003 de 2014, con las exigencias y procedimientos establecidos en el Decreto 1011 de 2006, las normas que lo reglamenten modifiquen o sustituyan, en lo que les sea pertinente.

El prestador que declare servicios bajo la modalidad de telemedicina será responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al servicio que inscribe, aun cuando para su organización concurren diferentes organizaciones o personas que aporten recursos, de diversa índole, requeridos para el cumplimiento de los estándares. El representante legal del prestador remitente o centro de referencia será el responsable del cumplimiento de todas las condiciones de habilitación previstas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, que le sean aplicables.

En la Ley 1438 de 2011 se fortalece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, promoviendo la integración del Gobierno con las instituciones y la sociedad, consolidando las redes integradas de servicios de salud, a fin de desarrollar una propuesta a nivel territorial que afecte los

determinantes sociales expresados de forma diferencial en el proceso salud enfermedad de la población, posteriormente se emite la Ley 1450 de 2011 denominada el Plan Nacional de Desarrollo 2010 - 2014: “Prosperidad para todos”, se orienta a consolidar la seguridad con la meta de alcanzar la paz, dar un gran salto de progreso social, lograr un dinamismo económico regional que permita desarrollo sostenible y crecimiento sostenido, más empleo formal y menos pobreza y, en definitiva, mayor prosperidad para toda la población, este mismo año se emite la Ley 1448 de 2011, la cual dicta medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno. Establece un conjunto de medidas judiciales, administrativas, sociales y económicas, individuales y colectivas, en beneficio de las víctimas, dentro de un marco de justicia transicional, que posibilita el ejercicio efectivo del goce de sus derechos a la verdad, la justicia y la reparación, de modo que se reconozca su condición de víctimas y se dignifiquen a través de la materialización de sus derechos constitucionales. En la Ley 1454 de 2011 se dicta las normas orgánicas para la organización político administrativa del territorio colombiano; enmarca en las mismas el ejercicio de la actividad legislativa en materia de normas y disposiciones de carácter orgánico relativas a la organización político administrativa del Estado en el territorio; establece los principios rectores del ordenamiento; define el marco institucional e instrumentos para el desarrollo territorial; define competencias en materia de ordenamiento territorial entre la Nación, las entidades territoriales y las áreas metropolitanas y establece las normas generales para la organización territorial.

En el año 2012, nació el Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021): como una apuesta política por la equidad en salud, entendida como la “ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales consideradas innecesarias, evitables e injustas” (Whitehead, 1992). Esto implica que la equidad en salud se logra cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas. El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), 2012-2021, fue producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, y buscó la reducción de la inequidad en salud, planteando los siguientes objetivos:

- 1.** Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud.
- 2.** Mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente.
- 3.** Mantener cero tolerancias frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable.

Uno de los mayores desafíos del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), 2012 - 2021, fue afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida. En el año 2012 se emite la Resolución 2003 de 2014 (sustituye a la Resolución 1448 de 2006 y la 1441 de 2013) que tiene por objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud que hace parte integral de la presente resolución.

En el 2015 se emite una serie de normatividades complementando los servicios de salud de manera integral como la Ley 1751 de 2015 que propone una mayor claridad al acceso a los servicios de salud integrales, iguales para todos y sin barreras administrativas; define un avance progresivo en los servicios y aclara las funciones del Estado como garante del derecho; es justamente en este marco en el que se promueve la reformulación de la política en salud y la Resolución 518 de 2015, por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices, para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC). Señala en el Artículo 1. “Objeto. Establecer disposiciones en relación con la gestión de la salud pública y directrices para la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas (PSPIC). Igualmente establecer las intervenciones, procedimientos, actividades e insumos a ser financiados con recursos del PSPIC”.

En el 2016 se crea una política importante bajo la Resolución 429 de 2016 denominada Política de Atención Integral en Salud (PAIS) se centra en el acceso efectivo e integral a los servicios a partir de la definición de un plan más implícito con sostenibilidad y transparencia entre los diferentes actores y el uso racional de recursos. La integralidad incluye servicios de promoción, prevención tratamiento, rehabilitación y paliación ubicados dentro de una ruta de atención RIAS.

En el 2019 se emiten una serie de resoluciones que involucran la atención integral en el país y la habilitación de servicios con la Resolución 0002626 de 2019: por medio de la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) y la Resolución 2654 de 2019 en donde se establecen disposiciones para la Telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país determina en el Artículo 8 que la Telesalud busca mejorar el

acceso, la resolutivez, la continuidad y la calidad de la atención clínica, impactar la salud pública y la educación para la salud, mediante el uso de las TIC. Las siguientes actividades se consideran parte de la Telesalud y no se habilitan como la teleorientación en salud y el teleapoyo; es importante informar al usuario el alcance e implicaciones de dichas actividades y que la información generada podrá ser parte de su historia clínica. Para la misma Ley, el prestador remitente de telemedicina es el prestador de servicios de salud, con limitaciones de acceso o de capacidad resolutivez, que cuenta con tecnologías de información y comunicaciones que le permiten enviar y recibir información para prestar servicios o ser apoyado por otro prestador, en la solución de las necesidades de salud de la población que atiende, en cualquiera de las fases de la atención en salud (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad) y el prestador de referencia de telemedicina es el prestador de servicios de salud que cuenta con el talento humano en salud, capacitado y con las tecnologías de información y de comunicaciones suficientes y necesarias para brindar a distancia el apoyo en cualquiera de las fases de la atención en salud (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad), requerido por un usuario o uno o más prestadores remitentes en condiciones de oportunidad y seguridad.

La resolución 2654 de 2019 establece las disposiciones para la Telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país, además sus categorías, el uso de los medios tecnológicos, la calidad y seguridad de la atención, así como de la información y los datos. Los procedimientos y condiciones para la inscripción de los prestadores y la habilitación de los servicios en la modalidad de telemedicina, serán las que se establezcan en el sistema único de habilitación. Las disposiciones contenidas en la resolución son aplicables a los prestadores de servicios de salud, las entidades promotoras de salud el régimen contributivo y subsidiado, las entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades adaptadas, las administradoras de riesgos laborales en sus actividades de salud, las secretarías, institutos, direcciones y unidades administrativas departamentales y distritales de salud, la superintendencia nacional de salud y los profesionales de la salud registrados en el registro único nacional de talento humano en salud.

Así mismo, la Resolución 3100 del 25 de noviembre del 2019 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. En esta resolución 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.

La presente resolución aplica a las instituciones prestadoras de servicios de salud, los profesionales independientes de salud, los servicios de transporte especial de pacientes, las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, las secretarías de salud departamental o distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, las entidades responsables del pago de servicios de salud y la superintendencia nacional de salud.

Esta resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las resoluciones 2003 de 2014, 5158 de 2015, 226 de 2015 y 1416 de 2016.

A lo largo del año 2022 nace el proceso de formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031, buscando construir sobre los elementos estratégicos en torno a la salud que se han ido consolidando en las diferentes esferas del Estado y esto hace que se promuevan reflexiones en salud pública a través de espacios representativos de participación social. Es así, como el Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031 establece dos grandes apuestas para la incidencia decidida y positiva sobre los determinantes sociales de la salud; uno de ellos es el fortalecimiento de la articulación intersectorial para la gestión de estos y el segundo es el fortalecimiento de la gestión territorial de la salud pública a través de un modelo de gestión territorial que oriente, articule y permita reconocer y armonizar los intereses de los diferentes actores sectoriales e intersectoriales para la implementación de las acciones y por lo tanto el logro de los objetivos.

La infraestructura tecnológica que se utilice para el intercambio de información en las actividades de telemedicina deberá garantizar la confidencialidad y seguridad de la información. El prestador será responsable de su cumplimiento. Las actividades de telemedicina deben ser registradas en la historia clínica de las personas atendidas por el personal de salud que las realice y la modalidad de telemedicina podrá usar métodos de comunicación sincrónico o asincrónico, según sea el caso, e incluye la prestación de servicios a usuarios ubicados dentro o fuera de las instalaciones del prestador. El profesional de la salud en el contexto de su autonomía determinará si el usuario requiere atención presencial, estos ajustes también son contemplados en 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.

Finalmente, en los últimos años la Ley 2015 de 2020 se crea como soporte de la historia clínica electrónica interoperable y el Decreto 538 de 2020, en donde se adoptan

medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

Con lo anterior es claro que el país cuenta con normatividad que permite y regula la incorporación de las TIC en el sector salud para la prestación de los servicios de salud. Es importante señalar que la Telesalud hace referencia al conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, los cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las TIC que Incluye, entre otras, la telemedicina y la teleeducación en salud, como lo indica el Artículo 2 de la Ley 1419 de 2010.

Las actividades de Telesalud no se habilitan. Se habilitan los servicios en la modalidad de telemedicina en el Sistema Único de Habilitación (SUH), la unidad habilitable es el servicio y el prestador de servicios de salud que habilite un servicio, incluidos los servicios en la modalidad de telemedicina, es el responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al servicio que se habilite, independientemente que para su funcionamiento concurren diferentes organizaciones o personas para aportar al cumplimiento de los estándares. El prestador es quien determina los servicios que desea habilitar, dando cumplimiento a todos los estándares y criterios dispuestos en la norma de habilitación para cada uno de los servicios que desee habilitar, según la modalidad y complejidad ofertada para cada uno de ellos, encontrando en el REPS los códigos de los servicios que puede habilitar. Quienes estén interesados en prestar servicios en la modalidad de telemedicina, primero deberán registrarse en el REPS ante la Entidad Departamental o Distrital correspondiente como prestador de servicios de salud remitidor, como prestador de referencia, o como ambos, previa autoevaluación del cumplimiento de los criterios de habilitación definidos en la normatividad que regule la materia. El prestador que realiza la atención presencial del paciente debe cumplir los criterios definidos para el prestador remitidor y el que realiza la atención a distancia los de prestador de referencia. La modalidad de telemedicina, de acuerdo con lo previsto por la Resolución 2654 de 2019 presenta cuatro categorías que pueden combinarse entre sí, telemedicina interactiva, telemedicina no interactiva, telexperticia y telemonitoreo.

El prestador de servicios de salud que desee ofertar cualquier servicio en la modalidad de telemedicina, en cualquiera de sus categorías, debe cumplir con los estándares establecidos en la norma de habilitación vigente y adicionalmente con lo determinado por la Resolución 2654 de 2019.

REFERENCIAS

Acuerdo 177 de 1998. (1998). Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Acuerdo-117-de-1998.pdf>

Agenda de Salud para las Américas [2008 - 2017]. (2008). https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008-2017.pdf

Constitución Política de Colombia de 1991. (1991,13 de junio). Departamento Administrativo de la Presidencia de la República (DAPRE). <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/Constitucion-Politica-Colombia-1991.pdf>

Decreto 1011 de 2006. (2006, 3 de abril). Ministerio de la Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

Decreto 1757 de 1994. (1994, 3 de agosto). Función Pública. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=21850>

Decreto 3039 de 2007. (2007,10 de agosto). Función Pública. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=26259>

Decreto 3518 de 2006. (2006, 9 de octubre). Ministerio de la Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-3518-de-2006.pdf>

Decreto 780 de 2016. (2016, 6 de mayo). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf

Decreto 538 de 2020. (2020, 12 de abril). Función Pública. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=111934>

Ley 100 de 1993. (1993, 23 de diciembre). Congreso de la República. Diario Oficial N.º 41.148. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

Ley 1122 de 2007. (2007, 9 de enero). Congreso de la República. Diario Oficial N.º 46.506. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html

Ley 1419 de 2010. (2010, 13 de diciembre). Congreso de la República. Diario Oficial N.º 47.922. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1419_2010.html

Ley 1438 de 2011. (2011, 19 de enero). Congreso de la República. Diario Oficial N.º 47.957. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html

Ley 1448 de 2011. (2011, 10 de junio). Congreso de la República. Diario Oficial N.º 48.096. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1448_2011.html

Ley 1450 de 2011. (2011, 16 de junio). Congreso de la República. Diario Oficial N.º 48.102. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1450_2011.html

Ley 1454 de 2011. (2011, 28 de junio). Congreso de la República. Diario Oficial N.º 48.115. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1454_2011.html

Ley 152 de 1994. (1994, 15 de julio). Congreso de la República. Diario Oficial N.º 41.450. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0152_1994.html

Ley 1751 de 2015. (2015, 16 de febrero). Congreso de la República. Diario Oficial N.º 49.427. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html

Ley 2015 de 2020. (2020, 31 de enero). Congreso de la República. Diario Oficial N.º 51.213. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_2015_2020.html

Ley 388 de 1997. (1997, 18 de julio). Congreso de la República. Diario Oficial N.º 43.091. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0388_1997.html

Ley 715 de 2001. (2001, 21 de diciembre). Congreso de la República. Diario Oficial N.º 44.654. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0715_2001.html

Ley 9 de 1979. (1979, 24 de enero). Congreso de la República. Diario Oficial N.º 35308. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%200009%20DE%201979.pdf

Plan Decenal de Salud Pública [2012 - 2021]. (2012). Ministerio de Salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>

Resolución 2002 de 2014. (2014, 24 de mayo). Ministerio de Salud. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf

Resolución 2626 de 2019. (2019, 27 de septiembre). Ministerio de Salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-2626-de-2019.pdf>

Resolución 2654 de 2019. (2019, 3 de octubre). Ministerio de Salud. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202654%20del%202019.pdf

Resolución 3100. (2019, 25 de noviembre). Ministerio de Salud. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf

Resolución 412 de 2000. (2000, 25 de febrero). Salud Colombia. http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/Res412_00.htm

Resolución 429 de 2016. (2016, 17 de febrero). Ministerio de Salud. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf

Resolución 452 de 2008. (2008, 11 de febrero). Ministerio de Salud. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%200425%20DE%202008.pdf

Resolución 518 de 2015. (2015, 24 de febrero). Ministerio de Salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0518-de-2015.pdf>

Sentencia T-760/08. (2008). Corte Constitucional. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>

Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*, 22(3), 429–445. <https://doi:10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>