

ANEXOS

Anexo A Glosario

ACCESIBILIDAD: hace referencia a los requisitos de tipo administrativo que tienen que cumplirse, de acuerdo al tipo de aseguramiento en salud, para recibir la prestación y atención de un servicio.

ATENCION EN SALUD: “Conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población

CALIDAD: “La provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”

COMPLEMENTARIEDAD: Hace referencia a la necesidad de articular, coordinar e integrar los diferentes planes de beneficios con el fin de lograr resultados de salud de manera más eficaz, eficiente y sostenible, orientadas a alcanzar las metas comunes en salud, teniendo en cuenta que las condiciones de salud y enfermedad de una población, también dependen de las condiciones de vida, de la calidad de vida, cuyas intervenciones pueden ser competencia de otros sectores.

CONTINUIDAD: El equipo de salud y la organización deben darles solución a los problemas de salud en el tiempo con el correspondiente seguimiento y monitoreo en el proceso de atención.

EFICACIA: Es el grado o la magnitud en la que una intervención (tratamiento, procedimiento o servicio) mejora los resultados para los pacientes en condiciones ideales.

EFICIENCIA: Es la relación entre los resultados obtenidos y el costo de los recursos consumidos para obtener los resultados.

EFFECTIVIDAD: Es el grado o la magnitud en la que una intervención (tratamiento, procedimiento o servicio), mejora los resultados para los pacientes en la práctica.

ENTIDADES RESPONSABLES DEL PAGO DE SERVICIOS DE SALUD (EAPB): Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.

INTEGRALIDAD: Principio mediante el cual los servicios que componen el Plan Obligatorio de Salud deben corresponder a los necesarios para brindar educación, información y fomento de la salud, así como diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, incluido el suministro de medicamentos esenciales, suministros y tecnología en salud, en los diferentes niveles de complejidad y en los diferentes ámbitos de atención.

OPORTUNIDAD: Es un atributo de la calidad de la atención, relacionado con el tiempo de espera entre la solicitud de una atención y su efectiva prestación.

PERTINENCIA: Las prestaciones que componen el Plan Obligatorio de Salud deben corresponder a las actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos, insumos y

tecnologías en salud que conduzcan a la solución de los problemas de mayor relevancia en cuanto a morbilidad, número de años perdidos por discapacidades o muerte temprana y costo-efectividad.

PROCEDIMIENTO: Secuencia lógica de un conjunto de actividades realizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, de la enfermedad

PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD (IPS): Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.

RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS: Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contra referencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

RESOLUTIVIDAD: Capacidad de un prestador de servicios de salud, de responder de manera integral y con calidad a las características de la demanda, de acuerdo con el tipo y complejidad de los servicios habilitados.

SOSTENIBILIDAD FINANCIERA. Principio por el cual la definición y aplicación del Plan Obligatorio de Salud estarán sujetas a los recursos materiales e institucionales y a las condiciones financieras del Sistema y la economía del país, para garantizar la concordancia

entre el costo de las actividades incluidas en el Plan con su respectiva disponibilidad de recursos, la mayor eficiencia en la utilización de los mismos, la mayor efectividad en términos de los resultados deseados y a un costo que sea social y económicamente viable para el país.