



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

**Rol del Auditor en el Modelo de Acción Integral Territorial  
Role of the Auditor in the Action Integral Territorial Model**

**Natalia Pareja Higuíta**

**Universidad de Antioquia  
Facultad Nacional de Salud Pública  
“Héctor Abad Gómez”  
Medellín, Colombia  
2021**

|

**Rol del Auditor en el Modelo de Acción Integral Territorial**

**Role of the Auditor in the Action Integral Territorial Model**

**Natalia Pareja Higueta**

**Trabajo de grado para optar al título de  
Especialista en Auditoría en Salud**

**Asesor:**

**Julián Vargas Jaramillo**

**Magíster en Educación Superior en Salud**

**Universidad de Antioquia**

**Facultad Nacional de Salud Pública**

**“Héctor Abad Gómez”**

**Medellín, Colombia**

**2021**



*“A fin de cuentas, el secreto de la calidad es el amor.  
Uno debe amar a su paciente;  
Uno debe amar su profesión;  
Uno debe amar a su Dios.  
Si tienes amor, entonces puedes volver la mirada  
para monitorear y mejorar el sistema”*

*Dr Avedis Donabedian*

## Tabla de contenido

Resumen .....	7
Introducción .....	9
1. Planteamiento del Problema .....	11
1.1. Justificación.....	19
2. Objetivos.....	21
2.1. Objetivos General .....	21
2.2. Objetivos Específicos.....	21
3. Metodología .....	22
4. Marcos del trabajo .....	24
4.1. Marco Histórico .....	24
4.2. Marco conceptual.....	29
5. Resultados.....	37
5.1. Experiencias de APS en Colombia .....	37
5.2. Propuestas de acción para el auditor en salud en las líneas de acción del MAITE .....	45
6. Discusión .....	77
7. Conclusiones.....	83
8. Referencias .....	84

## **Lista de tablas y figuras**

Tabla 1. Primera línea de acción: Aseguramiento	45
Tabla 2. Segunda línea de acción: Salud Pública	47
Tabla 3. Tercera línea de acción: Prestación de servicios de salud.	54
Tabla 4: Cuarta línea de acción: Talento humano en salud	59
Tabla 5. Quinta línea de acción: Financiamiento	63
Tabla 6. Sexta línea de acción: Enfoque diferencial	66
Tabla 7. Séptima línea de acción: Intersectorialidad	70
Tabla 8. Octava línea de acción: Gobernanza	73

### **Lista de figuras**

Figura 1. Categorías de búsqueda	23
----------------------------------	----

## Glosario de siglas

- APS:** Atención Primaria en Salud
- EAPB:** Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
- EBAPS:** Equipos Básicos de Atención Primaria en Salud
- EPS:** Entidades Promotoras de Salud
- ESE:** Empresa Social del Estado
- GIRS:** Gestión Integral del Riesgo en Salud
- IPS:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
- MAITE:** Modelo de Acción Integral Territorial
- MIAS:** Modelo Integral de Atención en Salud
- MAPIS:** Modelo de Atención Primaria en Salud
- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- OPS:** Organización Panamericana de la Salud
- PAIS:** Política de Atención Integral en Salud
- PDSP:** Plan Decenal de Salud Pública
- PIC:** Plan de Intervenciones Colectivas
- RIAS:** Rutas Integrales de Atención en Salud
- RISS:** Redes Integradas de Servicios de Salud
- RiPSS:** Redes integrales de Prestadores de Servicios de Salud
- SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud
- SOGC:** Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad
- UPC:** Unidad de Pago por Capitación

## Resumen

Desde la década de los 90 Colombia opera un sistema de atención en salud que privilegia los resultados financieros sobre los resultados en salud y reduce las acciones en materia salud pública. Conscientes de la necesidad de un cambio, desde hace 10 años, intenta implementar el modelo de atención primaria en salud, reconocido por ser el más costo efectivo y con resultados de salud positivos. La directriz más reciente para el país es implementar el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), el cual busca articular los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades en salud de la población, además de contribuir a mejorar la salud, satisfacer las expectativas de los ciudadanos y la sostenibilidad. Esta nueva forma de operar el sistema de salud debe conllevar a un cambio en el rol que ejerza el auditor en salud. **Objetivo.** Identificar el rol del auditor en función de los propósitos del MAITE, con el fin de generar una propuesta que mejore la práctica de auditoría en el sistema de salud de Colombia. **Metodología.** Se realizó una investigación documental utilizando como fuente de información artículos de revisión, originales, libros, monografías, leyes y normas. **Resultados.** El auditor de salud en función del MAITE debe transformar su actuación e implementar acciones en consonancia con cada una de las líneas del modelo, donde más allá de verificar, proponga y lidere procesos que redunden en mejorar los resultados en salud de la población colombiana.

**Palabras claves:** auditor, auditoría, atención primaria de salud, territorio

## Abstract

Since the 1990s, Colombia has operated a health care system that privileges financial results over health results and reduces actions in public health. Aware of the need for change, for 10 years it has been trying to implement the primary health care model, recognized for being the most cost-effective and with positive health results. The most recent guideline for the country is to implement the Comprehensive Territorial Action Model (MAITE), which seeks to articulate the members of the health system in the territory to respond to the health priorities of the population, in addition to contributing to improving health, meet the expectations of citizens and the sustainability. This new way of operating the health system should lead to a change in the role of the health auditor. **Objective.** Identify the role of the auditor based on the purposes of the MAITE, in order to generate a proposal that improves the audit processes in the Colombian health system. **Methodology.** A documentary research was carried out using review articles, originals, books, monographs, laws and regulations as a source of information. **Results.** The health auditor based on the MAITE must transform its performance and implement actions in accordance with each of the lines of the model, where beyond verifying, proposing and leading processes that result in improving the health results of the Colombian population.

**Keywords:** auditor, audit, primary health care, territory

## Introducción

Un modelo de atención en salud es la forma como se definen y organizan las acciones para satisfacer las necesidades y requerimientos sanitarios de una población. Son varios, cada país define cual implementar y varían de nación a nación. El modelo implementado es el responsable de la calidad de la atención y los resultados de salud. En aquellos donde prima lo económico, se evidencian resultados negativos, mientras que los que tienen como base el ser humano y sus necesidades, los resultados de salud son satisfactorios (1). Estos modelos humanistas comparten características con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), la cual está ampliamente documentada como una de las más costo efectivas para la atención en salud (2). La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que la APS busca la atención básica en salud accesible a todos, a través de medios de prestación aceptables para el individuo y la comunidad, con plena participación de los actores del sistema y a un costo alcanzable (3).

En Colombia, la prestación de los servicios de salud es responsabilidad del Estado, se fundamenta en los principios de eficiencia, integralidad y solidaridad (4). La forma de operar el sistema de salud ha evolucionado a lo largo de la historia del país, un cambio de concepción surge con la ley 1753 de 2015 (5), la cual propone una política de atención integral en salud que acoge los enfoques de APS y salud familiar y comunitaria, donde se articulan actividades individuales y colectivas, con enfoque poblacional y diferencial para garantizar el aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas en salud pública (6).

Para lograr lo anterior, nace la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo de Atención Integral en salud (MIAS) (6), con un marco estratégico fundamentado en la APS con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones (6), teniendo en cuenta los componentes de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) (7), el fortalecimiento del prestador primario, la operación en Redes integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RiPSS) (8), el desarrollo del talento humano (9), la articulación de las intervenciones individuales y colectivas, el desarrollo de incentivos en

salud y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación (5).

En 2019 se concibe el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), el cual complementa en algunos aspectos y reemplaza en otros la PAIS. El MAITE reúne una serie de acciones y herramientas, donde por medio de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orienta de forma articulada la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito (10).

Este nuevo modelo de atención requiere la resignificación del rol actual del auditor en salud, que pueda velar más allá del enfoque neto del control del costo y empiece a centrarse en el paciente, la comunidad y sus resultados en salud.

## 1. Planteamiento del Problema

El concepto de salud y enfermedad se construyó a partir de dos perspectivas teóricas. La primera, articula el medio que rodea al sujeto y sus condiciones biopsicosociales con la supervivencia, el origen de la enfermedad y los procesos de recuperación, conocida como medicina social. La segunda, con enfoque biomédico, que interpreta la enfermedad desde la óptica clínica y biológica (11). Ambas dieron origen a los diferentes modelos de atención en salud, donde algunos se centran en el ser humano y su contexto y otros, en las intervenciones y tratamientos para curar la enfermedad (12).

En la actualidad, los modelos de atención en salud implementados de manera extensa en el mundo son el epidemiológico, psicosocial, sociológico y económico. El epidemiológico *se basa en el estudio de las necesidades de salud de la población, entendidas como cualquier alteración en la salud y el bienestar que requiere de servicios y recursos para su atención*. El psicosocial, *se basa en el concepto de "health behavior", es decir la actividad que realiza una persona que cree estar sana con el propósito de prevenir la enfermedad*. El modelo sociológico, por su parte, trabaja con lo que se ha hecho llamar *red de relaciones sociales, donde los determinantes fundamentales de la utilización de los servicios de salud están dados por redes sociales (individuo, familia, amigos)* y, por último, el modelo económico, que *se basa en el análisis de la demanda*. Se debe considerar que existen modelos híbridos, los cuales combinan características de unos y otros (1).

Los movimientos neoliberales y capitalistas que actualmente operan en el mundo (13) influyen en la ideología política y el ordenamiento jurídico de las naciones, lo que, a su vez, repercute en el modelo de atención en salud que se adopte. Existen grandes diferencias en la atención y resultados en salud de los países alrededor del mundo, algunos denotan el fracaso de sus actuales modelos y exponen la necesidad de cambio de paradigma.

En África por ejemplo, donde operan modelos de atención de carácter epidemiológico y económico (14) para el período de 1975 a 2006, ningún país logró reducir a menos del 80% las tasas de mortalidad infantil, asociado a una escasa capacidad para invertir en

salud y la falta de compromiso de sus gobiernos en inversión pública (15). Según cifras disponibles en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, entre 1990 y 2015, las mayores tasas de mortalidad infantil por cada 1.000 nacidos vivos fueron lideradas consistentemente por India (16), el porcentaje de tasa de vacunación infantil fue menor al 75% en Sudáfrica al año 2018 (17).

Para la región de las Américas, el porcentaje de exceso de peso en población estadounidense mayor de 15 años aumentó de 47,1 a 64,5% entre 1978 y 2000 (18), la descentralización de los servicios de salud en México desde 1980 hasta la reforma en 2003, incrementó la inequidad entre estados y redujo la calidad de los servicios médicos (19) la dictadura de Chile en 1980 fragmentó el sistema nacional de salud y creó aseguradoras privadas, lo que provocó mayor desigualdad en el acceso a los servicios de salud y grandes diferencias en el gasto per cápita (19), los países con menor aumento de años en la esperanza de vida al nacer entre 1995 y 2019 fueron Montserrat, Jamaica, Venezuela y Granada, en todos prevalece un elevado nivel de pobreza (20). En Suramérica, los países con mayor reducción del gasto público como porcentaje del gasto total en salud entre 2000-2010 fueron Paraguay (39,9 a 34,4%), Guyana (84,7 a 79,5%) y Colombia (79,3 a 74,6%) (21).

En Colombia, la ley 100 de 1993 (4) que responde al modelo neoliberal, mostró resultados en salud negativos, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 1990, 1995 y 2000, el porcentaje de niños entre 12 y 23 meses que completaron esquema de vacunación disminuyó de 83% a 71% y a 66% respectivamente. El incremento en la prevalencia de malaria se acentuó a partir de 1998, mientras que la incidencia de dengue clásico registró un promedio anual de 30.332 casos entre 1996 y 2001 (19). La prevalencia de exceso de peso aumentó progresivamente en todos los grupos de edad: en menores de 5 años en 4,9, 5,2 y 6,3 entre 2005, 2010 y 2015, respectivamente; en escolares y adolescentes entre 5-12 años de 18,8 en 2010 a 24,4 en 2015, en adolescentes entre 13-17 años de 15,5 en 2010 a 17,9 en 2015 y en adultos entre 18-64 años en 45,9, 51,2 y 56,4 en 2005, 2010 y 2015, respectivamente (22). La prevalencia de bajo peso al nacer aumentó consistentemente cada año, pasando de 8,71 en 2014 a 9,4 en 2019 (23).

En contraste, aquellos países que implementaron modelos de atención basados en APS, muestran mejores resultados en salud. Este enfoque aborda la salud y el bienestar físico, mental y social de manera global e interrelacionada, centrado en las necesidades de las personas, familias y comunidades. Aborda los determinantes sociales mediante la coordinación de varios sectores, brinda atención integral e integrada desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, hasta el tratamiento, rehabilitación y paliación (24).

La APS es una estrategia adoptada por los países del mundo desde 1978 (25), se fundamenta en valores como la equidad, solidaridad y el mayor nivel de salud posible para todos los seres humanos. Sustenta su ejercicio en tres componentes complementarios: la reorientación de los servicios de salud, el fortalecimiento de la participación social y comunitaria y el fomento de la acción intersectorial por la salud (2).

Tailandia, en la década de los 80 implementó este modelo y aumentó el porcentaje de niños con adecuado estado nutricional, pasando de 47% en 1982 a 79% en 1989; Irán disminuyó la tasa de mortalidad infantil en zonas urbanas y rurales de 62 y 120 por mil nacidos vivos en 1974 a 28 y 30 por mil nacidos vivos en 2000 (26). Entre 1960 y 2008, Portugal redujo en 71% la mortalidad perinatal con el desarrollo de redes hospitalarias (15). Para América Latina, Costa Rica redujo la tasa de mortalidad infantil en 8% y la de adultos en 2% y, cinco años posteriores a la implementación de la APS, hubo una reducción adicional del 13% de la mortalidad infantil y 4% en la de adultos, para este mismo país, entre 1985 y 2001 la inequidad en el acceso a los servicios de salud disminuyó del 30% al 22% (26); Cuba hace parte de los países con la tasa más baja de mortalidad infantil del mundo para el año 2019, país que opera el modelo psicosocial (27). En América del Sur, Brasil implementó el Programa de Salud Familiar “Sáuda da Família” basado en APS en 1994, al que se le atribuye la reducción de la mortalidad infantil y menores tasas de hospitalización (26); Chile disminuyó la tasa de mortalidad infantil de 120 por mil nacidos vivos en los años 60 a 20 por mil nacidos vivos en los años 80, coincidiendo en el tiempo con inversiones públicas en servicios de salud y, durante el período 1975-1982, las variables más correlacionadas con la tasa de mortalidad infantil estuvieron estrechamente asociadas a programas sociales dirigidos a mejorar el agua, el

saneamiento, la nutrición y la atención pre y post natal, además del desarrollo y expansión de los servicios de APS (28), el retorno a la democracia después de la dictadura militar en 1990 también se asocia con resultados favorables en materia de salud, entre estos, la mortalidad por cáncer disminuyó de manera sostenida desde 1993 con 239,8 por cada 100.000 personas, hasta 2001 con 218,7 por cada 100.000 personas (29) y la esperanza de vida al nacer aumentó consistentemente de 72,9 en 1990 a 80,6 en 2019 (30).

Estas grandes diferencias en los resultados en salud en el ámbito mundial fueron visibles para la OMS en los años 70's, donde concluyeron como aquellas naciones que implementaron modelos de atención en salud basados en la estrategia de atención primaria, la cual combina elementos de los modelos psicosocial y sociológico, demostraron efectividad en los resultados de salud y sostenibilidad financiera (31) mayor equidad, eficiencia, satisfacción del usuario y capacidad de respuesta a los cambios en salud poblacionales (2).

Colombia, para los años 50's ya mostraba adelantos en materia de APS, destacan propuestas como el servicio social obligatorio para profesionales de la salud, uno de los pilares del Sistema Nacional de Salud creado por Héctor Abad Gómez como estrategia para asegurar el acceso a APS a la población rural y alejada del país, el cual continúa vigente en el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) (32) y las promotoras rurales de salud, también promovidas por Abad Gómez junto con la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia en el municipio de Santo Domingo, que consistió en formar campesinas en labores básicas de salud para atender las urgencias y necesidades inmediatas de sus poblaciones, logrando instaurar una red de servicios básicos para los habitantes de las zonas con limitado acceso (33), el éxito de esta vivencia lo convirtió en un programa oficial nacional (34).

Sin embargo, estas iniciativas estuvieron vigentes hasta la década de los 90's, momento en que se dio la reforma neoliberal, que condujo a la adopción de la corriente de aseguramiento en salud, la cual se basa en el modelo epidemiológico y económico (35), se caracteriza por la reducción del gasto público y la descentralización estatal que beneficia al sector privado y a los grandes poderes nacionales e internacionales, en detrimento de la democracia y los principios constitucionales (36). El modelo de

aseguramiento en salud se oficializó con la ley 100 de 1993 (35), desde su vigencia, ocurren cambios conceptuales y prácticos en el acceso a los servicios de salud que promueven una competencia por la captación y permanencia de los usuarios en cada una de las entidades que entran a ser parte de este nuevo modelo económico (37).

Como lo citan Gómez, Rodríguez y Cárdenas (2020), *esta reforma a la salud, además de ser estructural, tuvo impactos importantes sobre la salud y la calidad de vida de las personas, principalmente a través de los cambios en la cobertura, calidad y demanda de los servicios ofrecidos* (37).

Entre las consecuencias en salud atribuibles a este modelo de atención de corte económico se encuentran la privatización de la salud, el mercado de competencia, el uso excesivo de servicios y tecnologías por cambio del subsidio de oferta al de demanda, barreras administrativas para el acceso, fragmentación de servicios, sobrecostos por incremento de atención especializada (38,39), mayor desigualdad, desfinanciación, aumento de enfermedades prevenibles, formación de talento humano con enfoque biomédico (2), entre otras.

Una investigación cualitativa realizada por la Facultad Nacional Salud Pública de la Universidad de Antioquia, la Procuraduría General de la Nación y la Facultad de Salud de la Universidad Industrial de Santander (40), evaluaron las consecuencias de la atención en salud con enfoque mercantilista en comparación con el sistema nacional de salud (antiguo modelo), entre los hallazgos, se destaca: *“En el anterior sistema el usuario no tenía tantas limitaciones en oportunidad para la atención”, “Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) subsidiadas fragmentan la atención y limitan el acceso efectivo a los servicios”, “En la mercantilización del servicio está la médula de las dificultades de acceso”, “Las acciones de tutela están causando gastos excesivos en salud, afectando la equidad y la solidaridad del sistema”*. Con este modelo de mercado, el gobierno y algunos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) centran sus esfuerzos en el aseguramiento, la competencia regulada y el manejo de la tecnología para la gestión de riesgos (41).

Ante el panorama anterior, informes de investigación en APS de autoridades en salud internacionales como la OMS y la OPS (2,15), sumado a la iniciativa de algunos actores

del sistema de salud y diferentes agremiaciones y civiles que reclamaban la estrategia, se desató la presión por retomar la APS en Colombia como el método más efectivo para fortalecer el sistema de salud, intervenir los determinantes sociales y ambientales y alcanzar la equidad (4,40,42). A partir de entonces, se construye un marco normativo que introduce nuevamente la APS en el país, el cual incluye entre otras normas:

- Ley 1438 de 2011, *Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones* (43), la cual consagró la APS como estrategia para mejorar la salud mediante el trabajo intersectorial donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos son las personas.
- Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 (44), el cual concibe la APS como una de las estrategias para el fortalecimiento de los servicios de salud.
- Ley 1751 de 2015, *por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*, donde se promulga la responsabilidad del Estado de *respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud*, y su deber de *“formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales”* (45). Esta ley estatutaria marcó un hito en la historia al contrarrestar la lógica del modelo de aseguramiento en salud.
- Ley 1753 de 2015, *“Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 Todos por un nuevo país”* (5), la cual precisa la responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social de definir la política de salud bajo los enfoques de APS, Salud Familiar y Comunitaria, Articulación de las Actividades Individuales y Colectivas y Enfoque Poblacional y Diferencial.
- Resolución 429 de 2016, *Por medio de la cual se adopta la PAIS* (6), se fundamenta en la APS con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial. Opera mediante el MIAS que tiene diez componentes: caracterización de la población, regulación de las RIAS, implementación de la GIRS, delimitación territorial del MIAS, RiPSS, redefinición del rol del asegurador, redefinición del esquema de incentivos, requerimientos y procesos del sistema de información, fortalecimiento del recurso humano en salud y fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación de conocimiento.

- Resolución 2626 de 2019, *Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud-PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE* (10), la cual opera mediante ocho líneas de acción: aseguramiento, salud pública, prestación de servicios de salud, talento humano en salud, financiamiento, enfoque diferencial, intersectorialidad y gobernanza.

Pese a los esfuerzos normativos para implementar el MIAS, su puesta en marcha evidenció dificultades en la capacidad de articulación de los diferentes actores, fallos en la apropiación del modelo por parte de los profesionales de la salud, falta de capacidad institucional y organizativa, persistencia del interés lucrativo de algunos actores del sistema y falencias en la rectoría y reglamentación Ministerial de algunos de sus componentes (46). Dos ejemplos son:

- RIAS, aunque la Resolución 3280 de 2018 (7) adoptó los lineamientos técnicos y operativos para dos de las rutas, se encuentran barreras administrativas, culturales, geográficas, económicas, entre otras, para su implementación (47).
- RiPSS: la Resolución 1441 de 2016 (8) estableció estándares, criterios y procedimientos para su habilitación, no obstante, su conformación se basa en el concepto de competencia más que de cooperación, siendo necesaria la rectoría estatal, de conformidad con el artículo 49 de la constitución política (48), para orientar su organización bajo los principios de equidad, suficiencia, pertinencia, oportunidad, acceso y continuidad (49).

Lo anterior conlleva a que el modelo de salud neoliberal y con este, la ley 100, continúe aún vigente en el marco operacional del SGSSS y con esta, los actores que la operan, entre ellos, los auditores en salud (50) los cuales, en teoría, se encargan de evaluar la calidad de la atención médica de manera reflexiva, crítica y periódica a través de la revisión y estudio de las notas clínicas y estadísticas hospitalarias. El principal objetivo del quehacer del auditor médico es mejorar la calidad de atención en salud, demostrando la relación directa entre la calidad de los registros y la atención prestada (51).

Con el Decreto 1011 de 2006 (52) Colombia definió el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) del SGSSS, el cual obliga a garantizar la calidad de la atención por medio de la auditoría en salud conformado por cuatro componentes 1) Sistema único de

habilitación, 2) Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, 3) Sistema de información para la calidad y 4) Sistema único de acreditación.

La reforma en salud que introdujo la ley 100 de 1993 orientó a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) a la implementación de calidad, que conllevó a que la auditoría en salud fuera más relevante para optimizar los recursos y aumentar el bienestar de los pacientes mediante la prestación de servicios de salud con calidad (37); sin embargo, pese al deber ser de la auditoría en salud, el modelo neoliberal permeó esta concepción y lo centró casi que exclusivamente a los rendimientos financieros. Lamentablemente la auditoría se ha entendido únicamente como un instrumento de contención del gasto financiero, lo cual, ha convertido la profesión en un eslabón más de un sistema de salud fundado en la rentabilidad de los actores del mercado, que anteponen el lucro, por encima de la garantía del derecho a la salud y la vida.

La Ley 30 de 1992 (53) dio paso a la creación de programas académicos de posgrado de naturaleza administrativa con visión empresarial, entre estos, el programa de Especialización Auditoría en Salud, cuyo currículo académico responde en buena medida a las necesidades de las instituciones de salud bajo el concepto de organizaciones empresariales, al formar profesionales con visión administrativa que propenden por la gestión empresarial y el control interno (35), donde su intervención se centra más en la enfermedad y los costos de esta que den cuenta de indicadores de estructura, proceso y resultado, más que en el sujeto enfermo y su contexto. Tradicionalmente la auditoría se centra en la búsqueda de errores y hallazgos de elementos negativos, lo que pudiera limitar el alcance de esta como una herramienta útil para garantizar la calidad en la prestación de los servicios en salud.

En los últimos años, la globalización re-direccionó la esencia de la auditoría en salud, enfocándose principalmente en la eficiencia de las instituciones y entidades prestadoras de servicios de salud al evitar costos innecesarios, convirtiendo al auditor en un perito legal que aparece cuando se intuyen malas prácticas en la prestación del servicio, más allá de fortalecer las capacidades y la comprensión de los problemas de salud con evidencia e interpretaciones sociales y antropológicas del proceso salud enfermedad, un abordaje sistémico, tomando en cuenta tanto los factores protectores o de riesgo

inherentes a la persona, familia y comunidad ya que todos ellos intervienen en el proceso o desenlace de una situación problemática sanitaria (54).

De acuerdo con lo anteriormente descrito, y ante el dilema que se plantea con la oportunidad del nuevo marco normativo fundado en los valores, principios y elementos de la APS, este trabajo intenta responder a la pregunta de ¿cuál es el rol del auditor en salud bajo la perspectiva del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE)?

### **1.1. Justificación**

La declaración de Alma-Ata proclama que la promoción y protección de la salud de la población es indispensable para el desarrollo económico y social que contribuye a mejorar la calidad de vida y alcanzar la paz mundial (25).

Entre las ventajas de la APS se encuentran, aumento de la equidad en el acceso a atención y servicios de salud, reducción de la vulnerabilidad por aumento de empoderamiento comunitario, menor exposición al riesgo por intervención intersectorial de determinantes sociales, mejora en los mecanismos de participación de todos los grupos poblacionales, mayor actividad intersectorial, mejores resultados en salud, mayor equidad en general (26).

En este sentido se justifica reorientar el rol del auditor en salud al modelo de APS, que permita evaluar el accionar médico con miras a mejorar la práctica clínica, ser un medio de educación continua y contribuir a garantizar la calidad de la atención y los resultados de salud (55).

Se hace necesario redefinir la auditoría médica desde un punto de vista integral en el que se incluyan no sólo los términos de acceso, cobertura, sino también oportunidad y humanización. El comprender la auditoría en salud desde esta perspectiva generará impacto positivo sobre la población, ya que además de identificar oportunidad de mejora en la prestación de los servicios de salud, se obtendría la alternativa de solución, que conlleva al mejoramiento continuo y, por ende, a la calidad del servicio (54).

La labor del auditor debe ir más allá del proceso administrativo de la atención a la enfermedad, debe centrarse en la persona enferma como ser humano, teniendo en cuenta su contexto biopsicosocial y los factores protectores o de riesgo propios a su ser, familia y comunidad, elementos que emergen e intervienen en el proceso y desenlace en salud. El auditor médico debe tener una visión holística y un rol de intervención integral que fortalezca el compromiso del personal de salud con la calidad absoluta de la prestación de servicios de salud (54).

Por lo anterior, el auditor en salud, quien tradicionalmente ha tenido un rol más administrativo, centrado principalmente en asuntos financieros, tendrá que ampliar su marco operacional y anclarlo al MAITE, con el propósito de alcanzar mejores resultados en salud; su accionar debe enfocarse en contribuir a que todos los actores del sistema den respuesta concreta a las prioridades identificadas en el modelo.

A partir de la revisión bibliográfica y teórica, se espera estructurar un concepto de auditoría en salud basado en los valores, principios y elementos de la APS, como una propuesta generadora de cambios en las acciones derivadas de la atención en salud, que desate una mejor percepción de los involucrados hacia lo que significa la auditoría y la calidad. Por lo tanto, es necesario conocer los aspectos más relevantes de las experiencias en APS implementadas en el país para resaltar los aspectos que aportan a la implementación de modelos de auditoría que propendan por mejores resultados en salud, identificar las potencialidades del auditor en cada una de las líneas de acción del MAITE y generar una propuesta sobre la razón de ser de la auditoría en salud en Colombia.

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivos General**

Identificar el rol del auditor en función de los propósitos del Modelo de Acción Integral Territorial MAITE, con el fin de generar una propuesta que mejore la práctica de la auditoría en los actores del Sistema de Salud en Colombia.

### **2.2. Objetivos Específicos.**

- ✓ Describir cómo las experiencias de Atención Primaria en Salud en Colombia aportan a la implementación de estándares de auditoría que respondan a las lógicas del Modelo de Acción Integral Territorial MAITE.
- ✓ Identificar el rol del auditor en salud en cada una de las líneas de acción del Modelo de Acción Integral Territorial MAITE para contribuir al logro de sus objetivos.
- ✓ Generar una propuesta sobre la razón de ser de la auditoría en Colombia a partir de las experiencias de la APS y de las acciones contenidas en las líneas operativas del MAITE.

### 3. Metodología

Este trabajo nace del interés personal de identificar el rol del auditor más allá de lo que tradicionalmente se ha hecho de cara a las necesidades del sistema de salud, en función del modelo de atención en salud propuesto para el país y las formas definidas para operarlo.

Se desarrolló bajo la perspectiva epistemológica de Jürgen Habermas o la “teoría de los intereses”, la cual parte de un concepto de ciencia inspirado en la categoría interés como director del conocimiento, intereses que pueden ser de tres tipos: técnico, práctico y emancipativo (56).

Esta monografía se clasifica como investigación documental, descriptiva e interpretativa. La investigación documental se define *como una serie de métodos y técnicas de búsqueda, procesamiento y almacenamiento de la información contenida en los documentos, en primera instancia, y la presentación sistemática, coherente y suficientemente argumentada de nueva información en un documento científico, en segunda instancia. De este modo, no debe entenderse ni agotarse la investigación documental como la simple búsqueda de documentos relativos a un tema que sea sometido a análisis* (57).

Es así como este documento nace de una revisión bibliográfica exhaustiva que se realizó por categorías de búsqueda: central o línea base, secundaria o explicativa y terciaria o complementaria, cada una con palabras claves definidas para la búsqueda, agrupadas en tres categorías como se describe en la siguiente gráfica:

**Figura 1.** Categorías de búsqueda.



La búsqueda bibliográfica se realizó en bases de datos científicas como Science Direct, PubMed, Dialnet, Redalyc, Scielo, Lilacs, Google Scholar; repositorios universitarios, páginas oficiales y portales web, seleccionando así artículos de revisión u originales, libros, monografías, leyes y normas que rigen el sistema de salud colombiano, estos cumplieron con los criterios de inclusión, los cuales se centraban en contener la información definida según palabras claves y que no fueran de más de 10 años de antigüedad, sin embargo algunos textos por su contribución histórica al tema fueron incluidos.

## 4. Marcos del trabajo

### 4.1. Marco Histórico

Escribir sobre la historia de la salud en Colombia implica remontarse a la época Republicana sobre el año 1886, en la cual por primera vez se instó al Estado a ser garante de la salud de las personas, dando origen a la primera autoridad en salud de la época, la “*Junta Central de Higiene*”, normada bajo la ley 30 de 1886 en su artículo primero, la cual se encargaba de dar frente a las epidemias que prevalecían en este tiempo y proteger el medio ambiente (58). Para ese entonces, el concepto de salud difería enormemente de la definición actual, el Estado no era el garante del derecho fundamental e inalienable a la salud como hoy se concibe, no incluía acciones de promoción y prevención, las cuales se relegaban a instituciones de caridad o religiosas, ni tampoco atendía enfermedades del individuo; la función del Estado se limitaba a acciones de inspección de condiciones de salubridad de los puertos, establecimientos públicos, control de aguas y alimentos y diseño de acciones de prevención para el control de enfermedades epidémicas (59).

Este modelo higienista de salud perduró aproximadamente seis décadas, hasta 1950. Sin embargo, desde el año 1940 aproximadamente, cuando el país afrontaba grandes cambios económicos, sociales y políticos, se empezó a evidenciar que no era suficiente con que el Estado se encargara únicamente de la salubridad del ambiente, sino que también debía atender deberes sociales. Fue así como en el año 1945 se creó la Caja Nacional de Previsión y en 1946 el Instituto Colombiano de Seguros Sociales bajo la ley 90. En 1946 nace el “*Ministerio de Higiene*” (60).

A partir de la ley 90 de 1946 se da un cambio total en la concepción del sistema de salud del país a uno más enfocado a la prestación del servicio para salud pública, dado que se creó el seguro social obligatorio, permitiendo la cobertura en salud para todos los colombianos gracias a la creación del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (61), el cual empezó a operar en 1949 con riesgos de enfermedad natural y servicios de maternidad. En el año 1965 se incluyen riesgos profesionales y en 1967 riesgos de invalidez, vejez y muerte (60).

En sus comienzos el Instituto Colombiano de Seguros Sociales era de naturaleza excluyente, no protegía a toda la población sino únicamente a trabajadores dependientes, posteriormente cubrió toda la población colombiana. La ley 90 del 46 fue sustituida en su totalidad por el Decreto 0433 de 1971, el 0770 de 1975 y el 1650 de 1977 (62–64).

Antes de la ley 100, Colombia estuvo bajo la concepción del Sistema Nacional de Salud *“en el cual existían tres sub-sistemas: el de seguridad social, que cubría a los trabajadores privados a través del Instituto de Seguros Sociales y las Cajas de Previsión que aseguraban a los empleados públicos, con la participación del sistema de subsidio familiar a través de las Cajas de Compensación las cuales atendían a las familias de los trabajadores del sector privado inicialmente y posteriormente incluyó a los del sector público, con tarifas subsidiadas a la demanda de los servicios de salud; el sistema privado, conformado por clínicas y seguros privados el cual atendía a la población con capacidad de pago de las pólizas de medicina prepagada o la consulta privada; y el sistema nacional de salud, que brindaba los servicios de salud para el resto de colombianos, con accesibilidad restringida”* (65).

La Constitución Política Colombiana de 1991, en su artículo 48, establece el Sistema General de Seguridad Social Integral y definió a la seguridad social como “un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social” (66). De igual manera, en el artículo 49, se consagró a la atención de la salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado, la garantía a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud y se instó a la descentralización en la prestación de los servicios de salud (67).

En cumplimiento de estos mandatos, en 1993 se expidió la ley 100, al crear el SGSSS, vigente en la actualidad. Este se define como un sistema de competencia regulada, mixto, que mezcla elementos de lo público y lo privado y mercado-regulación, que cuenta como fondos de financiación, las cotizaciones de empleados y empleadores, que financian el régimen contributivo, y los impuestos generales, que pagan el régimen subsidiado (68).

Esta ley organiza el Sistema de Seguridad Social en tres subsistemas: salud, riesgos laborales y pensiones (4).

En 2015, la Ley 1751 (45) estatutaria en salud, propone un cambio de concepción del SGSSS con enfoque económico hacia un sistema de salud con enfoque social, al regular y establecer los mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud. Además, llama al Gobierno a implementar una política pública en salud que garantice los componentes esenciales del derecho.

### **Historia de la auditoría en salud en Colombia.**

En el mundo, la historia de la auditoría en salud es tan antigua como el ejercicio mismo de la profesión médica, se fundamenta en el método científico y los modelos industriales. Se pudiera inferir que el primer programa oficial de auditoría médica se instauró en 1910 con el informe "*Cirugías verdaderas, trampas mortales*" del ingeniero estadounidense Abraham Flexner. Posteriormente, una serie de eventos históricos configuran lo que hoy se conoce como auditoría en salud. En 1951 se crea en Norteamérica la comisión conjunta de acreditación de hospitales con la definición de estándares mínimos, organismo encargado de evaluar y emitir la acreditación de hospitales en Estado Unidos y Canadá. En Canadá, en 1961, el Dr Avendis Donabedian definió los siete pilares de la calidad "*eficacia*" "*efectividad*" "*eficiencia*" "*optimización*" "*aceptabilidad*" "*legitimidad*" "*equidad*". Por esta misma década en Latinoamérica, en Argentina, nace la necesidad de controlar la calidad de la atención médica, la cantidad de las prestaciones y la facturación. En este mismo país, en 1970 comienza oficialmente la auditoría médica con la ley 18610 de seguridad social. En 1985 se crea la sociedad internacional de garantía de calidad de la auditoría médica (69).

Para Colombia, el origen de la auditoría se remonta a la década de los 90, donde la reforma constitucional en sus artículos 209 y 269 definieron que es deber del Estado diseñar y aplicar métodos y procedimientos de control que serán evaluados por la Procuraduría General de la Nación (69).

La auditoría en salud nace con la ley 100 de 1993 en la que se establece la calidad como fundamento del servicio público, por lo que ingresan nuevos actores en el sistema de salud para asegurar la prestación de los servicios y lograr mayor eficiencia y transparencia en la gestión administrativa. La ley 100 promulga el precepto de mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios de salud, por esto, en su artículo 173, define las normas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo para EPS, IPS y direcciones seccionales, distritales y locales de salud: el artículo 227 ordena expedir las normas para el SOGC de la atención de salud; así mismo, el numeral 9 del artículo 153 establece que el sistema definirá mecanismos de control de los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención, oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua (4). Es acá donde la auditoría cumple su papel protagónico para la verificación de los estándares de calidad que se esperan del sistema de salud.

Por otro lado, en 1996, el decreto 2174 (70) organiza el Sistema de Garantía de Calidad y en su artículo 14: *de La Auditoría Médica*, dicta “*Las EPS y entidades que se asimilen y las IPS deberán establecer procesos de Auditoría Médica de conformidad con las pautas indicativas que al respecto elaboren el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud. Entiéndase por Auditoría Médica la evaluación sistemática de la Atención en Salud, con el objetivo fundamental de mejorar la calidad de los servicios. Significa la comparación entre la calidad observada y la calidad deseada de acuerdo con las normas técnico-científicas y administrativas previamente estipuladas para la atención en salud.*”

Otras normas fueron moldeando la calidad del SGSSS, entre estas, se destacan:

- El Decreto 2309 de 2002: por el cual se define el SOGC de la atención de salud del SGSSS. Entre sus componentes incluye el sistema único de habilitación, la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, el sistema único de acreditación y el sistema de información para la calidad. Derogó el Decreto 2174 de 1996.
- La Resolución 1474 de 2002 (71): define las funciones de la entidad acreditadora y adopta los manuales de estándares del sistema único de acreditación. El Decreto

1011 de 2006: Por el cual se establece el SOGC de la atención de salud del SGSSS. Aunque derogó el Decreto 2309 de 2002, no cambió su estructura y conserva los componentes del SOGC, a saber (72):

1. Sistema único de habilitación: 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, los cuales 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 las IPS y EAPB.
2. Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud: mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.
3. Sistema de información para la calidad: su objeto es estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que, al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de las IPS y EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud
4. Sistema único de acreditación: conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las IPS, EAPB y Direcciones departamentales, distritales y municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso (52).

La expedición de este Decreto se dio para mejorar la comprensión de su antecesor. (72) y hoy se encuentra vigente

- Resolución 1445 de 2006 (73): Adopta los manuales de estándares de Acreditación para las entidades que integran el SGSSS y establece las funciones de la entidad acreditadora.
- Resolución 1446 de 2006 (74): la cual se define el sistema de información para calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del SOGC de la atención en salud.
- Circular externa 51 de 2007 (75): Realiza precisiones sobre el reporte de indicadores del nivel de monitoria del sistema de Información para la Calidad.
- Decreto 4295 de 2007 (76): Fija como norma técnica de calidad para las IPS y EAPB, la adoptada por el SOGC de la atención de salud y definida a través del Decreto 1011 de 2006 y las normas técnicas que lo desarrollen y modifiquen.
- Resolución 77 de 2007 (77): Adopta los lineamientos técnicos para el programa de verificadores de las condiciones para la habilitación del SOGC de la atención en salud del SGSSS.
- Ley 1438 de 2011 (43): Define la implementación de un plan nacional de mejoramiento de calidad en el marco del SOGC, con clara orientación hacia la obtención de resultados que puedan ser evaluados.
- Decreto 903 de 2014 (78): Realiza ajustes al sistema único de acreditación en salud.
- Decreto único reglamentario 780 de 2016 (79): Compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud, incluidas las disposiciones para el funcionamiento adecuado del SOGC en la atención de salud del SGSSS.
- Resolución 3100 de 2019 (80): Define 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.

#### **4.2. Marco conceptual**

Según la OMS, un sistema de salud comprende todas las organizaciones, instituciones, recursos y personas cuya finalidad primordial es mejorar la salud, mediante la prestación

de servicios que respondan a las necesidades de la población, sean financieramente equitativos y brinden trato digno a las personas. Los gobiernos de cada país son responsables de diseñar sistemas de salud que garanticen estos propósitos (81).

El SGSSS de Colombia, creado con la Ley 100 de 1993, basado en un modelo de aseguramiento, muestra limitaciones en la garantía del derecho a la salud, influenciado mayoritariamente a la reducción del gasto público en servicios sociales como salud, educación, vivienda, empleo, propuesta por organizaciones financieras internacionales como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, como medida para salvaguardar la estabilidad fiscal de los países con deuda externa, lo que desató una competencia mercantil de enfoque neoliberal en la prestación de los servicios de salud, generando resultados poco favorables en materia de acceso, equidad y bienestar poblacional (82).

La insatisfacción generada por este modo de funcionamiento de los servicios de salud, aunado al aumento de enfermedades crónicas y transmisibles como consecuencia de la globalización, condujo a que en 2003 los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantearan la renovación de la APS en las Américas como estrategia para lograr la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud (31); es así como, en 2011, en Colombia se propone diseñar un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de esta estrategia permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país (43).

La APS fue definida en la declaración Alma Ata como *la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación* (25).

Este concepto fue interpretado de manera diversa y en algunos casos, errada, lo que explica en parte, la razón por la que no todos los países la aplicaron de manera integral. Por ejemplo, en Europa y países industrializados la asumieron como el primer nivel de atención en salud, entendido como la puerta de entrada del sistema donde se operativiza la continuidad de la atención, mientras que en los países en desarrollo es selectiva, al centrarse en un número limitado de intervenciones dirigidas a las causas más prevalentes de mortalidad infantil y algunas enfermedades infecciosas (2). Ambas nociones responden a un concepto reducido de la APS (83).

Otras razones que argumentan la renovación de la APS son la necesidad de corregir las debilidades de algunos de sus enfoques, responder a los cambios epidemiológicos de la población, incorporar buenas prácticas basadas en conocimientos e instrumentos que puedan aumentar su efectividad y el reconocimiento como estrategia para reducir las desigualdades en salud (2).

El proceso de renovación de la APS inició en 2003, con la aprobación de la Resolución CD44.R6 por parte de la OPS/OMS, en la cual se invitó a los Estados miembros a adoptar recomendaciones para fortalecer la APS, en 2004 la OPS/OMS creó el “Grupo de Trabajo en APS” para asesorar a la Organización sobre futuras orientaciones estratégicas y programáticas en materia de APS, y en 2005 se aprobó la Declaración Regional sobre la APS, conocida como Declaración de Montevideo y se aportaron nuevos comentarios para el documento de posición de la OPS sobre APS (2).

La definición renovada de la APS conserva la esencia de la propuesta en Alma Ata, se inclina más hacia los sistemas de salud en su conjunto, acogiendo los sectores públicos, privados y sin ánimo de lucro, hace énfasis en valores como la equidad y solidaridad e incorpora principios como la sostenibilidad y orientación hacia la calidad. Busca lograr una atención universal, integral e integrada (2).

Hoy, la OMS, la concibe como *un enfoque para la salud y el bienestar centrado en las necesidades y circunstancias de las personas, las familias y las comunidades. Aborda la salud y el bienestar físicos, mentales y sociales de una forma global e interrelacionada* permite la atención integral e integrada desde la promoción y prevención hasta el

tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, ajustándose, en lo posible, al entorno de las personas (3).

Según la Ley 1438 de 2011 (43), la APS *es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Tiene tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial y la participación social.

La PAIS surge del mandato de la Ley 1753 de 2015 y fue reglamentada en 2016 mediante un marco estratégico y un marco operativo consagrados en el MIAS (6), los cuales fueron concebidos para responder a las necesidades de salud de la población colombiana. El marco estratégico de la política se fundamenta en cuatro estrategias centrales: la APS con enfoque de salud familiar y comunitaria, la gestión integral del riesgo, el cuidado y el enfoque diferencial (6). Por su parte, el marco operativo del MIAS se basó en 10 componentes para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad de la atención en salud bajo condiciones de equidad (46).

Posteriormente, ante la necesidad de propiciar resultados en salud con enfoque territorial se adopta el MAITE como modelo operador de la PAIS, definido en la Resolución 2626 de 2019 (10) como un conjunto de acciones y herramientas que orientan la gestión articulada de los integrantes del sistema para responder a las prioridades de salud, contribuir a mejorar la satisfacción de los usuarios y la sostenibilidad del sistema; llama al liderazgo territorial y a acuerdos interinstitucionales y comunitarios. La propuesta de cambio de modelo surge a partir de la necesidad de complementar el MIAS, dadas las debilidades manifiestas en su implementación.

La ejecución del MAITE requiere procesos de auditoría permanentes que garanticen la articulación y respuesta intersectorial, la calidad en la prestación de los servicios y

mejores resultados en materia de salud y finanzas (84), lo que invita a que el auditor en salud se incorpore al logro de estos objetivos.

La auditoría entendida como proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el nivel en que se cumplen los criterios de auditoría preestablecidos (85), implica la existencia de cuatro clases de auditoría:

1. Interna: es realizada por la propia organización para la revisión por la dirección y con otros fines internos. También se conoce como auditoría de primera parte.

2. Externa: incluyen las denominadas auditorías de segunda y tercera parte:

- de segunda parte: desarrollada por un agente externo que tiene un interés en la organización.
- de tercera parte: se lleva a cabo por organizaciones auditoras independientes y externas

3. Combinada: llevada a cabo conjuntamente a un único auditado en dos o más sistemas de gestión.

4. Conjunta: se da cuando dos o más organizaciones cooperan para auditar a un único auditado (85).

La Ley 100 de 1993 obligó a incluir la auditoría médica como el mecanismo para garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud. Desde entonces, se ejerce como el proceso de evaluación crítico y periódico de la calidad de la atención médica, a partir de la revisión y el estudio de las historias clínicas y las estadísticas hospitalarias (51).

Hasta la fecha, se han instaurado los siguientes tipos de auditoría, ejercicio que se ha extendido a las diferentes profesiones del área de la salud, conocido bajo el término “auditoría en salud”:

**Auditoría clínica:** evaluación sistemática de la calidad, racionalidad técnico-científica, pertinencia y efectividad de la atención en salud. Su objetivo es mejorar la calidad de los servicios de salud (86).

**Auditoría médica:** proceso interdisciplinario que consiste en evaluar el acto médico sobre la base de los datos suministrados por la historia clínica, con los objetivos de mejorar la práctica médica, ser un medio de educación continua y mejorar la calidad de la atención (87).

**Auditoría de calidad:** mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios (52).

**Auditoría concurrente:** se realiza in situ (o intramuralmente). Verifica día a día la calidad de la prestación de los servicios de salud, la pertinencia, tarifas, documentos, entre otros, en cada una de las instituciones prestadoras de servicios de salud (88).

**Auditoría de cuentas médicas:** evaluación del proceso de facturación de los servicios de salud prestados, con el objetivo de identificar y solucionar irregularidades en el desarrollo de los contratos relacionadas con la prestación y facturación indebida de servicios (89).

**Interventoría:** evaluación y seguimiento al cumplimiento de las condiciones contractuales y cumplimiento de las obligaciones establecidas entre las partes (90).

En el marco del modelo de aseguramiento, todas estas vertientes de auditoría se enfocan principalmente en la eficiencia financiera de las instituciones, más allá de garantizar el acceso, la calidad en la atención, la satisfacción del usuario y la equidad.

Con el MAITE, el auditor en salud está llamado a contribuir a cerrar las brechas detectadas tras la formulación del MIAS (46), entre estas: velar por la acción intersectorial, entendida como la articulación de acciones, bienes, recursos y servicios a través de un trabajo coordinado y sistemático entre el sector salud, los sectores públicos, privados y las organizaciones sociales o comunitarias (10); garantizar la calidad de la

atención en salud, definida como la provisión de servicios de salud a individuos y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de los usuarios (52), y lograr mejores resultados en salud.

El reto en la prestación de servicios de salud es la atención integral e integrada mediante modelos de atención centrados en las personas (39) que incluyan la estrategia APS como uno de los componentes esenciales de un sistema de salud efectivo. Una atención integral, integrada y continua amerita un conjunto de servicios disponibles y suficientes para responder a las necesidades de salud de la población, desde la promoción de la salud hasta la paliación de la enfermedad y el apoyo para el autocuidado. La atención integrada es complementaria de la integralidad, exige la coordinación intersectorial para garantizar la atención y satisfacción de las necesidades de salud durante el curso de la vida (2).

La PAIS propone dos estrategias y dos enfoques para articular y armonizar el aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas en salud pública (10).

Estrategias:

- APS: brinda atención integral e integrada desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad mediante la coordinación intersectorial, para garantizar el bienestar de los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de los actores del sistema de salud. Se constituye de tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social.
- Gestión Integral del Riesgo en Salud: identifica, mide e interviene los riesgos en salud de la población, desde la promoción hasta la paliación, mediante la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y de otros sectores; busca la prevención de la enfermedad y su detección precoz para intervenir a tiempo y paliar su evolución y consecuencias; se orienta a lograr un mejor nivel de

salud, mejorar la experiencia de los usuarios y la sostenibilidad del sistema. Es la estrategia transversal de la PAIS (10).

#### Enfoques:

- Cuidado de la salud: capacidades, decisiones y acciones individuales, colectivas y estatales para proteger la salud. Requiere la generación de oportunidades de desarrollo y condiciones que propendan por la protección y el bienestar, promueve la convivencia, solidaridad, el cuidado hacia lo público, la cultura de la seguridad social y el fortalecimiento de redes de apoyo familiar y social.
- Diferencial de derechos: genera garantías especiales para eliminar las desventajas de poblaciones vulnerables en razón de su edad, género, etnia, condición de discapacidad, víctimas de violencia, entre otras. Busca adaptar los servicios de salud a las características de la población y de los territorios para lograr un desempeño exitoso y cerrar brechas en los resultados en salud (10).

El MAITE se constituye en el instrumento operador de la PAIS, el cual está conformado por ocho líneas de acción que contienen herramientas para su implementación (10), las cuales guardan estrecha relación con los valores, principios y elementos de la APS renovada. A continuación, se describe como algunas experiencias de APS implementadas en distintos territorios del país aportan elementos para la propuesta de estándares de auditoría que respondan a las lógicas del MAITE. Posteriormente, se proponen las acciones que puede ejercer el auditor en salud en cada una de las líneas de acción del modelo.

## 5. Resultados

### 5.1. Experiencias de APS en Colombia

Las experiencias de APS en el país son innumerables. Se resaltan las siguientes, algunas con resultados positivos, otras con oportunidades de mejora, pretendiendo alcanzar un panorama con algunos elementos necesarios para orientar el rol del auditor hacia el logro de los objetivos del MAITE. La descripción de cada experiencia incluye el enfoque de APS aplicado, la metodología administrativa y operativa y los resultados obtenidos:

Una investigación realizada por la Universidad Industrial de Santander evaluó, mediante el modelo re-aim que comprende cinco dimensiones: cobertura, efectividad, adopción, implementación y mantenimiento, la experiencia de implementación de un Modelo de Atención Primaria en Salud (MAPIS) principalmente en zonas rurales, el cual opera desde 2004. El MAPIS, fundamentado en la definición de Alma Ata y de la APS renovada, canaliza usuarios que requieren servicios de salud mediante visita domiciliaria realizada por auxiliares de enfermería o promotores de salud pública, mientras que los médicos generales y enfermeros lideran actividades de atención primaria en los servicios de salud de las cabeceras municipales y algunos centros rurales. Se encontró una calificación más favorable de los atributos del MAPIS y la percepción del estado individual de salud en los municipios con mayor desarrollo del modelo, donde los usuarios calificaron mejor la puerta de entrada, el portafolio de servicios, la formación profesional y la orientación a la comunidad, mientras que la menor calificación fue para el acceso (91). Por otra parte, se identificaron debilidades en la continuidad operativa del modelo y en la articulación con otras estrategias intersectoriales. (92) Estos resultados demuestran que las poblaciones intervenidas con modelos de atención basados en APS renovada mejoran la percepción del sistema de salud en general, y que las dificultades en el acceso y la continuidad están dadas por la débil intersectorialidad y gobernanza en un sistema de salud nacional que opera bajo la lógica de la segmentación institucional y la fragmentación operativa y de responsabilidades, orientado al cumplimiento de metas contractuales, más que a la solución de problemas de salud de la población.

En Antioquia, el modelo de APS propuesto desde 2004 busca fortalecer procesos saludables que mejoran la calidad de vida y el desarrollo social, lo que se refleja en mejores indicadores de salud pública. El modelo contempla el enfoque de desarrollo humano, familiar y de derechos, con cuatro momentos básicos para su ejecución: 1) Diagnóstico Participativo: con sensibilización, reconocimiento de contexto y recolección de información documental y de campo, 2) Reflexivo y analítico: análisis y validación de la información con las familias y priorización con las comunidades, 3) Conciliación y acuerdos: socialización de la información, negociación y creación de acuerdos y compromisos, 4) Planeación y organización: formulación de proyectos y gestión de recursos (93).

Para su implementación se construyeron lineamientos y se acogieron los promotores de salud como eje central para el desarrollo de la estrategia; desde 2005 recibió apoyo técnico y financiero de la gobernación de Antioquia con algunos de sus operadores, como la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia y la Empresa Cooperativa de Servicios de Educación en Salud. Hasta el año 2007 permitió el desarrollo de actividades contenidas en el Plan de Atención Básica y a partir de 2008, las del Plan Territorial de Salud Pública. En 2007, mediante convenio entre el Servicio Nacional de Aprendizaje y la Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, se contaba con 819 Promotores de la Salud certificados como Auxiliares de Salud Pública y Auxiliares de enfermería, que beneficiaron a 107.218 familias del departamento. Desde 2009, la estrategia continúa operando por concurrencia y solidaridad de la gobernación departamental de los últimos cuatro períodos, incluido el actual (93).

La estrategia muestra logros en algunas acciones que responden a las propuestas del MAITE. En términos de aseguramiento y de gobernanza, alcanzó la presencia del Estado en zonas geográficas dispersas del departamento, lo que mejora el acceso a programas y proyectos gubernamentales y da lugar a que la comunidad valore la estrategia como vínculo político social con el Estado; en salud pública mejoró la vigilancia, la calidad de las acciones, el cuidado del ambiente, aumentó la demanda de servicios de promoción y prevención, se identifican determinantes sociales para la vinculación a programas y proyectos que los intervienen, se da la participación comunitaria, tanto en la generación

de propuestas de bienestar para modificar estilos de vida, como en la presentación de proyectos y propuestas para el diseño de políticas públicas con enfoque territorial; en prestación de servicios se logró la reorientación de los servicios de salud hacia el desarrollo humano integral; se dio la articulación intersectorial en general y entre estrategias de atención integral, lo que facilita la canalización y remisión de los usuarios en condiciones de riesgo (93).

Estos resultados consolidan la experiencia como exitosa, la cual continúa operando, aunque con necesidad de empoderamiento de las autoridades políticas, el fortalecimiento del talento humano, la articulación con aseguradores y el cumplimiento de sus responsabilidades, la consolidación de la articulación intersectorial, la asistencia técnica a los diferentes actores y sectores, la articulación con programas y proyectos del plan de desarrollo del departamento y con los planes de salud territoriales, amerita fomentar la investigación y mantener la articulación con el sector académico (93).

Por su parte, en Bogotá, la Secretaría de Salud adoptó la APS integral como estrategia para dar respuesta a las necesidades de salud de la población de los territorios. Inicialmente fue implementada con el programa Salud a su Hogar, el cual fue operado por las Empresas Sociales del Estado (ESE) de primer y segundo nivel de atención, con la Secretaría Distrital de Salud como rol rector. Este programa se orientó a identificar las necesidades sociales en territorios vulnerables, coordinar la respuesta sectorial, realizar intervenciones integrales y movilizar los diferentes actores hacia la elaboración, ejecución y seguimiento de agendas sociales que propendan por el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población (94).

Entre los resultados del período 2004-2007, destacan: caracterización de la población y priorización según vulnerabilidad, elementos que hacen parte de la línea de acción de aseguramiento del actual MAITE; la participación comunitaria en la formulación y seguimiento de propuestas que buscan mantener y recuperar la salud, proyectos orientados al saneamiento básico alternativo, la seguridad alimentaria, vivienda saludable, formación de monitores ambientales comunitarios, que contribuyen a mejorar los resultados de salud pública; sensibilización en torno a la estrategia, socialización de los resultados con las autoridades, sectores y actores locales que da lugar a agendas de

trabajo conjunto en materia de necesidades sociales identificadas, definición y seguimiento a los planes de gestión territoriales con participación de los diferentes sectores y actores, lo que fortalece la intersectorialidad, el enfoque diferencial y la gobernanza (94).

Pese a lo anterior, hubo problemas de gestión que dificultaron el cumplimiento de los principios de la APS. Como barreras para el acceso a los servicios de salud, se encontró que las IPS de baja complejidad son distanciadas de los lugares de vivienda de las poblaciones, por lo que requieren contar con recursos económicos para movilizarse hacia éstas; aunque los promotores de salud realizan intervención educativa y canalizan los usuarios a las IPS de baja complejidad para las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, las personas no asisten a sus controles, falta apropiación individual del concepto de prevención de la enfermedad, ya que la población suele acudir a los servicios de salud cuando se sienten enfermos; hay deficiente capacidad de respuesta de las ESE a la demanda inducida, ya que los recursos no alcanzan para responder a las necesidades y problemas de salud pública de los territorios. En la prestación de servicios de salud se encontraron dificultades en la articulación de respuestas individuales y colectivas dentro de una misma ESE, lo que conlleva a acciones verticales sin integralidad, existen fallos en los procesos de referencia y contrarreferencia. Hubo alta rotación del talento humano en salud por modalidad de contratación en cortos periodos de tiempo que desestimulan la estabilidad laboral y obstaculiza la conformación del vínculo entre población y equipos de salud familiar. La participación comunitaria fue inestable, aunque se propiciaron espacios de inclusión, no siempre hubo voluntad ni permanencia y las expectativas en salud de las comunidades son más grandes que el alcance de las ESE (94).

En 2005, el Valle del Cauca desarrolló un proyecto de educación-acción-participación en APS con enfoque familiar y comunitario, dirigido a restablecer y fortalecer la capacidad de trabajo de las redes sociales en salud. Para llevarlo a cabo, la gobernación realizó audiencias sociales de concertación, con la participación de alcaldes, autoridades locales y las comunidades de cada municipio; se buscó la participación activa de las direcciones locales de salud y las ESE para la constitución, financiamiento y capacitación de los

equipos locales de APS y se realizó un proceso de cartografía social, lo que evidencia una buena gobernanza como se pretende en el MAITE (28).

Los Equipos Básicos de Atención Primaria en Salud (EBAPS) se conforman por un médico general, una enfermera, un profesional de las ciencias sociales y siete personas de la comunidad seleccionados con base en la población a cubrir y en un perfil definido por la secretaría departamental de salud; para operar la estrategia se dividió al departamento en 10 regionales, cada una con un equipo de APS que coordina las acciones de los EBAPS. Cada municipio elaboró un diagnóstico situacional en salud de las comunidades, identificando necesidades, riesgos y recursos disponibles; se priorizaron las zonas a intervenir basados en indicadores de riesgo de las comunidades, como: promedio de hijos por mujer, analfabetismo, porcentaje de familias con agua potable, acceso al establecimiento de salud más cercano, mortalidad infantil, coberturas de vacunación, etc. (28).

Los EBAPS realizan acciones de protección específica y detección temprana a la población pobre no asegurada y llevan a cabo acciones colectivas del plan de atención básica departamental, según sus componentes, los cuales guardan relación con la línea de salud pública del MAITE: programas de nutrición, saneamiento básico, control de vectores, salud sexual y reproductiva, programa ampliado de inmunizaciones, infancia saludable, maternidad segura, infecciones de transmisión sexual, tuberculosis, lepra, vigilancia en salud y patologías de obligatoria notificación (28).

La intervención contribuyó al fortalecimiento del modelo de APS con enfoque familiar y comunitario: se logró una atención más costo efectiva a grupos vulnerables, se fomentó la conformación de redes sociales en salud, se estimuló la investigación con base comunitaria, se consiguió configurar redes locales y regionales de apoyo a la salud en aspectos como estilos de vida saludables, poblaciones vulnerables, infancia saludable, sistema nacional de vigilancia en salud pública, salud sexual y reproductiva, maternidad segura, salud mental, salud ambiental, enfermedades transmitidas por vectores. Se logró que los procesos de participación comunitaria tengan mayor valor para la colectividad y las voluntades políticas a nivel municipal y departamental (28).

El análisis de esta experiencia sugiere conformar equipos básicos de atención con talento humano de distintas disciplinas que posibiliten el diálogo de saberes con la comunidad, el planteamiento de metas conjuntas y un trato más cercano con la comunidad. Así mismo, los resultados demuestran como la vinculación de instituciones públicas para el logro de las metas facilita su alcance y la formación en APS a los equipos de atención permite apropiarse de los contenidos de la estrategia (28).

Se deben superar los obstáculos políticos, culturales y administrativos, como principales barreras encontradas en esta experiencia, se debe incluir la APS en las agendas políticas públicas, integrar otros actores del sistema, fortalecer el componente de educación comunitaria y la estructura organizacional y funcional de los entes territoriales; tareas en las que el auditor en salud tiene potencialidades para aportar desde su qué hacer (28).

En el departamento de Nariño, en 2011, diferentes instituciones del sector salud con el apoyo de la cooperación internacional (95) implementaron un modelo de APS con énfasis en Equipo Móvil de Salud en el municipio de El Charco, el cual fue adecuado al contexto sociocultural, de exclusión y conflicto armado del territorio. Se sistematizó el proceso encontrándose atributos destacados de la APS como la accesibilidad, participación y gestión local, se resaltó al equipo móvil como puerta de entrada al sistema de salud y mitigador de la situación de salud de las comunidades rurales postergadas; en contraste, se carece de suficiencia y pertinencia para activar la red integrada de servicios de salud, la red de puestos es precaria y la respuesta interinstitucional y rutas de acceso a servicios sociales es débil en capacidad resolutoria; los usuarios reconocieron las bondades de la APS pero reclaman el modelo tradicional asistencial, persisten barreras geográficas, económicas y de conflicto para el goce del derecho a la salud, hay pérdida de capital social por ruptura de redes sociales y de enlaces de confianza, las relaciones gobierno-iniciativas como la Veeduría en salud y el Consejo comunitario son poco pragmáticas y no tienen agenda común, a excepción de las que impone la ley (96).

En el mismo año, en Boyacá, la Asamblea Departamental mediante ordenanza 023 de 2011 adoptó el modelo de APS con enfoque en salud familiar para la optimización e integración del SGSSS como política pública. Entre los resultados obtenidos destacan: mayor respaldo político y administrativo hacia el modelo adoptado, desarrollo más

integrado de políticas y programas de salud pública, unificación del modelo de atención en salud para la red departamental, reorganización de la red como subredes integradas, oferta de servicios de promoción y prevención, acceso a servicios de especialidades básicas en primer nivel de atención, alianzas con algunas EPS para la implementación del modelo, ajuste e incremento de los porcentajes de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para el primer nivel de atención y pactos por la salud con 30 alcaldes municipales (97).

Pese a lo anterior, una investigación realizada por Montenegro en el periodo 2016-2019 en el municipio de Tunja, demuestra que la estrategia de APS es de tipo selectiva, al limitarse a actividades específicas con poblaciones específicas, lo cual se puede explicar desde la disponibilidad restringida de recursos para su implementación global por la dependencia de voluntad política, que a su vez limita el talento humano requerido para el pleno desarrollo de la estrategia, los incentivos para su permanencia y su consecuente rotación. Es así como el balance de resultados muestra una concepción limitada de la estrategia, que dirigió esfuerzos solo a la población más pobre y a sectores específicos, talento humano poco capacitado en APS, dificultades en la contratación de personal de salud, remuneración e incentivos poco favorables, medición de resultados en términos de cumplimiento de actividades más que de resultados en salud, disposición limitada de recursos económicos, humanos, materiales y educativos, falta de capacidad resolutoria de actividades del primer nivel de atención, falta de articulación entre la estrategia y los servicios intramurales, ausencia de intervención intersectorial que afecta la integralidad, desinterés de la comunidad para participar en las actividades por temor a perder el puntaje del Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN) y poca disposición de las comunidades para recibir los equipos de APS por diferencias políticas (98).

El anterior contraste aporta elementos para orientar el ejercicio de la auditoría como una herramienta de gestión que contribuye a que los modelos de salud que se implementan en los diferentes territorios tengan un enfoque en las personas, mejoren la participación social y comunitaria, permitan la coordinación interinstitucional, garanticen la idoneidad del talento humano, sean sostenibles y capaces de responder a las necesidades en salud.

Para lograrlo, es necesario trascender de los enfoques limitados de la APS hacia el concepto de APS renovada (2).

Por último, en el departamento de Caldas el plan de desarrollo 2016-2019, consistió en reducir las brechas sociales e incrementar el bienestar de la población mediante un programa de APS social que garantiza transectorialidad, atención integral y participación comunitaria. Aspectos destacados de esta estrategia son el alto porcentaje de caracterización de las familias, cercano al 72%, y de la población en un 90%, la consolidación de esta información en el Observatorio Social, la priorización por niveles de riesgo para la oportunidad en la intervención y la implementación de Centros de Atención Social para atender a la población bajo un modelo en el que la familia es el núcleo central.

En los municipios de Villamaría y Neira, por ejemplo, se identificaron factores de riesgo como sedentarismo, alimentación inadecuada, consumo de sustancias psicoactivas, falta de agua potable y de saneamiento básico, condiciones irregulares de vivienda, animales sin vacunación, falta de autocuidado en las mujeres en temas de planificación familiar y citología. La identificación de estos factores permitió generar acciones de intervención efectivas, como huertas comunitarias, educación nutricional, actividad física, prácticas culturales, construcción de acueducto, planta de tratamiento de agua y caja de almacenamiento de desechos, consejos comunitarios con inclusión social, intervención con oferta municipal institucional, territorial y nacional.

Esta experiencia de APS social centrada en las personas, sus prioridades, con servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con respaldo político, intersectorial y poblacional, demuestra la posibilidad de lograr cobertura universal, bienestar, calidad de vida y sostenibilidad del sistema. En 2019, el programa “Así vamos en salud”, eligió al departamento de Caldas como el mejor en indicadores en salud tras la medición de cinco dimensiones: percepción de los usuarios, financiamiento de la salud, desempeño institucional, participación ciudadana y gobernanza; su experiencia es ejemplo en el ámbito mundial (99). El éxito de programas como el de APS social merece un abordaje investigativo que aporte elementos argumentativos sobre la necesidad de cambio de paradigma de los procesos de auditoría actuales.

Algunas de estas experiencias ilustran la efectividad del trabajo intersectorial, del respaldo político, de la participación ciudadana, de la promoción de la salud, de la intervención de las necesidades reales de las colectividades, mientras que otras refuerzan la necesidad de orientar las acciones de la auditoría en salud hacia las tareas definidas por el MAITE para generar propuestas encaminadas a fortalecer las brechas que dificultan el logro de los resultados en salud.

## 5.2 Propuestas de acción para el auditor en salud en las líneas de acción del MAITE:

Como una aproximación al objetivo de identificar el rol del auditor en salud en cada una de las líneas de acción del MAITE para contribuir al logro de sus propósitos, se abordó en este trabajo un análisis de la propuesta del Ministerio de Salud en su Resolución 2626 de 2019, identificando las oportunidades que permitan avanzar hacia un nuevo ejercicio de la auditoría en Colombia.

En las siguientes tablas se realiza un acercamiento detallado a cada una de las líneas de acción del MAITE, se describen sus propósitos o alcances, las dinámicas de su funcionamiento en la actualidad, se generan propuestas de acción desde la auditoría que guían hacia su ejercicio en función de la APS renovada y se describen los resultados esperados:

**Tabla 1.** Primera línea de acción: Aseguramiento

<b>Propósito</b>	Garantizar la cobertura y el acceso a los servicios del sistema de salud de toda la población, especialmente la más vulnerable (10).
<b>¿Qué y cómo se hace en la actualidad?</b>	Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) identifican población no afiliada por algún evento agudo o catastrófico.  El SISBEN reporta población no afiliada, según clasificación resultante de encuesta realizada. Los empleadores solicitan afiliación de sus empleados.

	<p>Los trabajadores independientes solicitan y gestionan su afiliación como independientes.</p> <p>Generalmente prestan servicios de salud de manera fragmentada, no se garantiza oportunidad, ni calidad en el acceso.</p>
<p><b>¿Qué y cómo se propone su implementación?</b></p>	<p>Para garantizar la cobertura universal al sistema de salud se propone que cada unidad territorial conforme equipos de auditores que inspeccionen el aseguramiento de la población en las EAPB que se les asigne, con una periodicidad definida, con especial énfasis en la población vulnerable.</p> <p>El auditor debe ir más allá de verificar una lista de chequeo de afiliados, su deber es vigilar que las EAPB implementen de forma efectiva las estrategias definidas por cada una para el aseguramiento y que surtan el efecto final esperado: la cobertura universal en salud.</p> <p>De igual manera, además del aseguramiento, se debe velar por el acceso oportuno, por esto, el auditor deberá verificar la oportunidad en la asignación y entrega de servicios y tecnologías en salud, vigilando que no haya barreras administrativas. Una estrategia es evaluar la oportunidad y continuidad en el acceso a los servicios por medio de llamadas telefónicas a un porcentaje predefinido de población. Estos procesos generan confianza en los usuarios, ya que denotan que se está trabajando para mejorar la prestación del servicio.</p> <p>En el curso normal del proceso, con las acciones anteriores el auditor vigilará el aseguramiento y acceso, sin embargo, es su función también velar por la calidad en la prestación de los servicios de salud, tema que se desarrollará de manera extensa en la línea de acción de prestación de servicios de salud.</p> <p>Una de las estrategias ya reglamentada para garantizar la prestación con calidad de los servicios en salud es la conformación de RiPSS, las cuales deben transformarse en RiSS, donde se conecte la capacidad instalada de todas y se ponga al servicio de los usuarios y sus necesidades, en pro de obtener los resultados en salud esperados. En este sentido, el auditor verificará por medio de contratos, convenios, actas, la conformación de dichas redes con enfoque territorial, la idoneidad de su talento humano, la suficiencia en capacidad resolutoria, el cumplimiento de los criterios del SOGC en términos de oportunidad, accesibilidad, pertinencia, seguridad y</p>

	<p>continuidad; por medio de los registros de atención se podrá auditar la prestación integral de los servicios en función del trabajo en red, a través de encuestas de satisfacción, la percepción del usuario respecto a la atención recibida y mediante indicadores los resultados en salud esperados.</p> <p>Para garantizar la suscripción y liquidación oportuna de los contratos entre las entidades responsables de pago y la red de prestadores de servicios de salud, el equipo de auditoría interna de cada institución debe velar por el cumplimiento de los requisitos mínimos para la contratación de los servicios de salud y las condiciones mínimas a incluir en el acuerdo de voluntades, definidos en el Decreto 780 de 2016.</p>
<p><b>Resultados esperados</b></p>	<p>Reducir barreras para el aseguramiento. Estrategias efectivamente implementadas por las EAPB para la captación de población no afiliada. Atención integral, oportuna, de calidad, ajustada al contexto del paciente y sus necesidades.</p> <p>Disminuir la carga de la enfermedad y mejorar los indicadores de salud de la población.</p> <p>Satisfacción del usuario.</p> <p>Equidad en el acceso a los servicios de salud</p>

**Tabla 2.** Segunda línea de acción: Salud Pública

<p><b>Propósito</b></p>	<p>Mejorar las condiciones de salud de la población mediante la articulación intersectorial, la cual es liderada por los entes territoriales (10).</p>
<p><b>¿Qué y cómo se hace en la actualidad?</b></p>	<p>El plan territorial en salud es estructurado por el alcalde o gobernador, las asambleas departamentales o concejos municipales o distritales, según corresponda, las oficinas o secretarías de planeación y de salud y el consejo territorial de planeación, con poca participación de la comunidad en la mayoría de los territorios.</p> <p>Las entidades territoriales implementan programas y proyectos para intervenir los determinantes sociales y ambientales, no obstante, algunos actores del sistema desconocen el mecanismo de</p>

	<p>activación de rutas integrales para direccionar a las familias o poblaciones que cumplen con los criterios de inclusión.</p> <p>Se cuenta con oferta de servicios de salud en las áreas urbanas con capacidad resolutive, pero, existe un débil desarrollo de la red de prestadores en las zonas rurales y con población dispersa.</p> <p>Pese a que se cuenta con suficientes propuestas de programas para intervenir la salud pública, prevalece el interés de lucro de muchos actores del sistema, sobre la garantía del derecho fundamental a la salud.</p> <p>Aunque se retomó la estrategia de la APS, persiste débil capacidad resolutive en los primeros niveles de atención.</p> <p>Las normas estimulan el trabajo intersectorial y el fortalecimiento de redes sociales y comunitarias, aun así, hay debilidades en las competencias de los responsables de la gestión territorial de la salud pública para asumir las intervenciones colectivas contenidas en las normas.</p> <p>Se evidencia escasez de incentivos para disponer del talento humano suficiente e idóneo en los entes territoriales para el desarrollo de las intervenciones colectivas.</p> <p>La autonomía territorial para la implementación de las intervenciones colectivas es limitada desde el nivel nacional.</p> <p>La difusión local de los contenidos del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) (100) es insuficiente.</p> <p>Existe poca apropiación de la población acerca de la importancia de las acciones de promoción de la salud, continúan con una visión asistencialista.</p> <p>Respecto a la vigilancia en salud pública, se tiene una visión general como acto punitivo y no como oportunidad de mejora, lo que conlleva al subregistro.</p> <p>Aunque el Instituto Nacional de Salud tiene procesos de vigilancia de eventos en salud pública establecidos, éstos son débiles en términos de operatividad en los territorios.</p> <p>Se realiza vigilancia en salud pública mediante la recolección, reporte de datos y análisis de la información, sin embargo, no se</p>
--	---

	<p>generan acciones al respecto ni se abren espacios suficientes para la toma de decisiones.</p> <p>El seguimiento a las acciones definidas en los planes de mejora es débil, lo que limita la transformación de los determinantes sociales de la salud (101).</p>
<p><b>¿Qué y cómo se propone su implementación?</b></p>	<p>En el marco de la Resolución 1841 de 2013, es necesario que el Ministerio de Salud y las entidades territoriales evalúen los resultados del PDSP 2012-2021, para analizar su efecto y orientar la formulación del próximo plan hacia el logro de los resultados esperados en las dimensiones que lo conformen.</p> <p>Bajo la perspectiva del MAITE, el auditor deberá identificar los indicadores de salud que den cuenta de los resultados en función de las dimensiones prioritarias y transversales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Salud ambiental</li> <li>● Vida saludable y condiciones no transmisibles</li> <li>● Convivencia social y salud mental</li> <li>● Seguridad alimentaria y nutricional</li> <li>● Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos</li> <li>● Vida saludable y enfermedades transmisibles</li> <li>● Salud pública en emergencias y desastres</li> <li>● Salud y ámbito laboral</li> <li>● Gestión diferencial de poblaciones vulnerables</li> <li>● Fortalecimiento de la autoridad sanitaria</li> </ul> <p>Es responsabilidad del ente territorial definir, organizar y coordinar la participación de los actores del sector salud, otros sectores y la comunidad en el proceso de planeación integral en salud, garantizando la alineación al Plan Territorial de Salud en el marco del PDSP vigente. En este sentido, el auditor deberá vigilar que la planeación en salud incluya la participación intersectorial y comunitaria, exigiendo como instrumento de verificación el acta de apertura y cierre de encuentros, firmada por todos los asistentes. Así mismo, realizar interventoría periódica a la ejecución del plan territorial para garantizar la inclusión y gestión de las prioridades poblacionales del territorio.</p> <p>El MAITE contempla que se deberán definir, implementar y evaluar políticas públicas sectoriales e intersectoriales y acciones desarrolladas por todos los sectores y las organizaciones sociales o comunitarias sobre los determinantes sociales y ambientales y su</p>

incidencia en los resultados en salud, en la reducción de inequidades y en las metas sectoriales e intersectoriales. En este sentido, el rol del auditor para vigilar su cumplimiento será monitorear que las entidades territoriales incluyan intervenciones poblacionales y colectivas efectivas en los diferentes planes y proyectos que se implementen, además supervisará el cumplimiento de indicadores de efecto e impacto de cada uno de los programas y proyectos definidos para la intervención de los determinantes sociales y ambientales.

Evaluar la incidencia de los resultados en salud de las políticas públicas mediante indicadores que midan adherencia a los planes y proyectos implementados, resultados en salud y satisfacción de la comunidad. Se propone hacer seguimiento en el tiempo a comunidades seleccionadas con determinado condicionante social o ambiental para evaluar la respuesta de la intervención en términos cuantitativos y cualitativos a corto, mediano y largo plazo.

Dado que en la línea de salud pública describen las RIAS como una acción de ejecución en la cual se debe divulgar, operar y evaluar, se plantea que las entidades territoriales, EAPB e IPS dispongan de auditores que evalúen la conformación y operación de las rutas en función de las particularidades del ámbito territorial al que se dirigen, monitoreen el acceso (que sea sin barreras), vigilen la disponibilidad, suficiencia e idoneidad del talento humano que las implementa, midan, mediante indicadores predefinidos, la calidad, oportunidad, integralidad y equidad de las intervenciones definidas en la ruta, el grado de cumplimiento de las acciones definidas en éstas, los resultados en salud y la satisfacción de las personas, que a su vez, se convierten en insumos para plantear acciones de mejora.

Entre las estrategias para lograrlo se sugiere:

- Verificar la conformación de redes integradas de servicios con enfoque territorial y no en función de las necesidades de las empresas del aseguramiento.
- Medir, mediante indicadores de desempeño, las actividades de promoción, prevención, búsqueda activa, detección precoz, canalización para la prestación de los servicios y seguimiento de la población de su territorio.
- Participar en el diseño de los perfiles de cargos que respondan a las condiciones socioculturales y territoriales de la población y vigilar que el personal contratado cumpla con dichos perfiles.

- Proponer instrumentos para la captación de personas con riesgos en salud desde el proceso de aseguramiento para activar las rutas de atención respectivas de manera oportuna. Esto se puede realizar mediante la identificación de los individuos que asisten a los servicios de salud, la educación a la población en RIAS y la activación de la ruta que corresponda.
- Participar en la búsqueda activa de población con riesgos en salud mediante el ejercicio de auditoría de historia clínica, concurrente, de cuentas médicas, de calidad y la vigilancia epidemiológica de base comunitaria, para contribuir a reducir la carga de la enfermedad y mejorar el bienestar de la población.

Las actividades de monitoreo y evaluación de la RIA para la promoción y mantenimiento de la salud definidas en la Resolución 3280 de 2018, pueden ser ejecutadas por el auditor en salud, mediante indicadores que permitan determinar el grado de cumplimiento y cobertura de las intervenciones establecidas y los resultados en salud derivados de éstas; también puede identificar y monitorear las brechas sociales que afectan la salud de la población del territorio, mediante la recopilación y análisis de información resultante de entrevistas periódicas a la comunidad en sus lugares de vivienda.

Con relación al PIC (100), la auditoría debe monitorear la articulación sectorial efectiva y el trabajo mancomunado que favorezca el logro de los objetivos del plan, llevando a cabo procesos que permitan verificar la disponibilidad y ejecución de los recursos técnicos, tecnológicos y financieros. Para esto, se propone que el auditor brinde asesoría técnica continua, tanto al talento humano en salud, como a las instituciones que hacen parte del SGSSS para que desarrollen y fortalezcan las capacidades técnicas, que permitan la gestión efectiva de las intervenciones, procedimientos y actividades definidas en el PIC, así como el cumplimiento de los indicadores definidos en éste. También, la auditoría vigilará, por medio de verificación de contratos y hojas de vida del personal, que se cuente con la capacidad humana para la ejecución de las intervenciones, en términos de suficiencia, pertinencia e idoneidad, velar que los recursos para el PIC sean realmente aplicados a las actividades propuestas en la Resolución 518 de 2015. Sin embargo, el rol del auditor en función del MAITE no debe limitarse únicamente a la verificación del cumplimiento, también tendrá la responsabilidad de proponer acciones en salud pública que respondan a la

	<p>transformación de los resultados obtenidos mediante la inspección y vigilancia al PIC.</p> <p>La séptima estrategia para la ejecución de acciones en salud pública hace referencia a que las entidades territoriales formulen e implementen proyectos de inversión que incluyan intervenciones costo-efectivas y complementarias dirigidas a las personas, familias y comunidades, que contribuyan a impactar en las prioridades poblacionales y territoriales identificadas en el Análisis de Situación de Salud.</p> <p>En esta línea el auditor deberá verificar la formulación de dichos proyectos, además de cotejar la destinación presupuestal específica para tal fin, que deberá resultar en la ejecución efectiva de los proyectos de intervención colectiva, la cual se constatará revisando las actividades realizadas en consonancia con el proyecto (revisando lista de asistencia, registro fotográfico, entrevista a personal de salud y entrevista a población beneficiaria), además se verificará por los resultados en salud logrados tras la intervención.</p> <p>Teniendo en cuenta que la acción hace referencia específica a proyectos costo efectivos, se evidenciará la optimización de costos de la intervención individual, poblacional o colectiva que se implementó. Para medirlo, se tomará una muestra de población para cuantificar el gasto en salud generado en un período de tiempo determinado, previo a ser incluidos en el programa de intervención, y posteriormente, realizar el mismo análisis, en el mismo período de tiempo, para determinar costo efectividad.</p> <p>Un elemento central del ejercicio de la auditoría se ubica en la verificación de lo normado en el artículo quinto de la Resolución 518 de 2015 que establece 13 procesos de gestión en salud pública de los entes territoriales para garantizar el éxito en la gestión del PIC por los entes territoriales.</p> <p>También se propone que el auditor participe en la formulación de estos proyectos, ya que, con su experiencia en el análisis de resultados en salud de los programas y proyectos que audita, cuenta con conocimientos que respaldan su costo-efectividad.</p> <p>Para fortalecer las competencias en la gestión de la salud pública y la operación de las intervenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades, el auditor liderará programas de capacitación y</p>
--	---

	<p>actualización de los integrantes del sistema de salud que contribuyan a consolidar competencias y capacidades técnicas.</p> <p>Otra de las acciones definidas en la Resolución 2626 de 2019 para esta línea, es diseñar e implementar procesos de evaluación y mejoramiento de la calidad de la información en términos de exactitud, coherencia, integralidad, oportunidad y consistencia, relacionada con los eventos de interés en salud pública y con las atenciones de valoración integral, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación que contribuyen a los resultados en salud.</p> <p>En este sentido el auditor controlará los sesgos de información mediante la verificación de los registros de capacitación y estandarización en ejecución de procedimientos por parte del personal encargado de la recolección de datos, además de una revisión in situ de la forma como el personal toma y registra la información.</p> <p>También el equipo auditor revisará la calidad del dato posterior al proceso de recolección constando varias fuentes.</p> <p>Es responsabilidad del equipo auditor hacer un análisis de la coherencia de los datos y levantar los hallazgos y definir las acciones correctivas en los casos que no se cumpla este criterio.</p> <p>Para fortalecer la articulación de las acciones de salud pública con las de atención individual en el territorio, se propone que el auditor en salud examine la existencia y uso de canales de comunicación entre los diferentes actores y valide el trabajo en doble vía, mediante la evaluación de los PIC, historias familiares y planes de acción por entornos de los equipos básicos de salud que ejecutan la estrategia de APS y con el seguimiento a las personas que participan de las acciones colectivas en los entornos escolar, laboral y comunitario.</p>
<p><b>Resultados esperados</b></p>	<p>Plan territorial acorde a las prioridades de la población de cada territorio.</p> <p>Conocimiento y apropiación de los mecanismos de activación de rutas para la intervención de los determinantes sociales y ambientales por parte de los actores del sistema.</p> <p>Fortalecimiento y mejoramiento de la capacidad resolutoria de la red prestadora de servicios de salud en zonas rurales.</p>

	<p>Apropiación y aplicación de las acciones propuestas en el MAITE para intervenir la salud pública y lograr resultados en salud positivos.</p> <p>Población educada en APS que permite cambiar la visión asistencialista.</p> <p>Primer nivel de atención fortalecido y con mayor capacidad resolutive.</p> <p>Trabajo intersectorial y consolidación de redes sociales y comunitarias</p> <p>Mejores condiciones laborales para el talento humano en salud.</p> <p>Difusión e implementación de intervenciones colectivas con resultados efectivos.</p> <p>Población adherente a las acciones de promoción de la salud.</p> <p>Vigilancia en salud pública orientada al mejoramiento de procesos y a la satisfacción del usuario.</p>
--	---

**Tabla 3.** Tercera línea de acción: Prestación de servicios de salud.

<p><b>Propósito</b></p>	<p>Garantizar el acceso a los servicios de salud, la optimización del uso de recursos y el mejoramiento de su calidad (10).</p>
<p><b>¿Cómo se hace en la actualidad?</b></p>	<p>La prestación de servicios de salud aún se encuentra fragmentada, en gran medida.</p> <p>Fragmentación en los niveles de atención para la prestación de los servicios de salud y falta de continuidad en la atención.</p> <p>Modelos de atención en salud fragmentados sin un ordenamiento claro y establecido que oriente al usuario y le permita reconocer su estado de salud-enfermedad y cómo el sistema y el modelo de salud le puede resolver su problemática.</p> <p>Se cuenta con servicios de prestación de salud extramural como telemedicina, consulta domiciliaria y seguimiento telefónico, previa autorización del paciente, aunque con débil capacidad resolutive.</p>

	<p>No hay suficiente capacidad resolutive en los primeros niveles de atención.</p> <p>La oportunidad en la atención es variable, los servicios de consulta especializada generalmente no cumplen los indicadores de oportunidad.</p> <p>Las ESE no cuentan con respaldo financiero para la prestación efectiva de servicios y tecnologías en salud, garantía de incentivos para el talento humano en salud, disponibilidad de infraestructura y recursos para una adecuada atención, dado que los tipos de contrato que prevalecen entre EAPB-ESE son los de pago por episodio de atención.</p> <p>Negación de servicios y tecnologías en salud por parte de las EAPB para la contención de costos.</p> <p>Persiste la competencia entre aseguradores y prestadores, como respuesta al modelo mercantilista de salud.</p> <p>Existe una pobre política de fortalecimiento a los prestadores públicos, la posibilidad de su reestructuración se contrapone a la política de liquidación de las ESE por su riesgo fiscal y financiero.</p> <p>Prevalece el interés de lucro sobre la garantía del derecho fundamental a la salud.</p> <p>Pobre desarrollo de la red de prestadores para prestar servicios con enfoque diferencial.</p> <p>Débil sistema de referencia y contrarreferencia.</p> <p>Continúan las barreras geográficas y culturales para el acceso efectivo a los servicios de salud.</p>
<p><b>¿Cómo se propone el ejercicio de la auditoría?</b></p>	<p>Para verificar y analizar la disponibilidad y suficiencia de los servicios de salud, el auditor validará que se cuente con el talento humano suficiente de acuerdo con la población atendida, para esto puede revisar el cumplimiento de los indicadores oportunidad en asignación de citas, según especialidad y oportunidad en la atención médica o especializada, así como las actas de comité de calidad para constatar el nivel de satisfacción de los usuarios; para evaluar la</p>

	<p>suficiencia y disponibilidad de infraestructura, recursos tecnológicos y físicos, aplicará la evaluación de los estándares de habilitación, definidos en la Resolución 3100 de 2019 y validará el cumplimiento de acciones de mejora de auditorías previas. En cuanto a la disponibilidad de recursos financieros, el auditor en salud está llamado a proponer mecanismos de contratación que garanticen el flujo de caja, especialmente en instituciones de salud de zonas rurales, así como realizar seguimiento a la gestión financiera, mediante la validación de la ejecución presupuestal.</p> <p>Respecto a la disponibilidad, suficiencia y completitud de las RISS, el auditor debe velar porque su conformación sea acorde con los criterios determinantes de la Resolución 1438, aplicando una hoja de control en la que se incluya la revisión del cumplimiento de:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Oferta de servicios que responda a la demanda real de la población y que sea acorde con las características geográficas, culturales y económicas de la comunidad.</li><li>● Integración de servicios de salud individuales y colectivos para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.</li><li>● Implementación de un modelo de APS centrado en la persona, la familia y la comunidad, que responda a las particularidades de la población.</li><li>● Suficiencia e idoneidad del recurso humano.</li><li>● Servicios de baja complejidad que garanticen el acceso al sistema y que tengan capacidad resolutive.</li><li>● Mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia para garantizar la integralidad y continuidad de la atención.</li><li>● Existencia de red de transporte y comunicaciones.</li><li>● Acción intersectorial efectiva.</li><li>● Esquemas de participación social.</li><li>● Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, financiero y logístico.</li><li>● Sistema de información unificado e integral para todos los actores de la red, con datos que permitan la identificación y caracterización de la población.</li><li>● Financiamiento adecuado y mecanismos de seguimiento y evaluación de resultados.</li><li>● Cumplimiento de estándares de habilitación del SOGC para cada uno de los integrantes de la red.</li></ul>
--	---

- Mecanismos, herramientas y metodologías para el monitoreo, mejoramiento y evaluación continuos de la gestión de las RISS.

Como mecanismos para la evaluación de estos ítems, se proponen los expuestos en las demás líneas de acción del MAITE.

Para fortalecer el SOGC en el territorio, se propone crear espacios de diálogo con los diferentes actores del sistema, sobre facilitadores y barreras para el cumplimiento de los estándares normados, que permitan instaurar acciones de mejora con soluciones de fondo.

Para garantizar la consistencia entre las prioridades en salud, los requerimientos y acciones en los diferentes instrumentos de planeación y gestión de la prestación de servicios, que garanticen la integralidad en la atención en salud, se propone la conformación de un equipo de auditoría en salud que monitoree continuamente la navegación del usuario en el sistema en términos de oportunidad, calidad y satisfacción, para lo cual puede implementar diversos canales de auditoría, como seguimiento telefónico directamente con el paciente, validación de registros de atención, aplicación de tablas de frecuencias de servicios prestados, obstáculos y fortalezas que faciliten la mejora continua.

La quinta línea de acción plantea definir procesos, procedimientos y mecanismos administrativos y asistenciales para la información, comunicación y transporte de personas entre la red de prestación de servicios, principalmente en los ámbitos territoriales rurales dispersos. En este sentido, el auditor en salud verificará la disponibilidad y uso efectivo de medios de comunicación entre asegurador-prestador-usuario, la prestación de servicios en modalidad de atención domiciliaria y virtual, la entrega de servicios y tecnologías en salud completa y oportuna, la atención interdisciplinaria según necesidad de cada usuario, orientación y acompañamiento permanente en los trámites administrativos, la prestación de servicios de transporte y alojamiento en los casos requeridos; todo esto, mediante los mecanismos de auditoría concurrente, médica y de interventoría, buscando impactar los resultados en salud y satisfacción del paciente, más que el cumplimiento en la prestación de los servicios.

Para garantizar adecuadas coberturas de los servicios promocionales y preventivos en el territorio, los auditores vigilarán la planeación de cronogramas periódicos de prestación de estos servicios, asegurando la programación de actividades en todos los sectores del territorio; monitorearán el avance y resultados y

	<p>liderarán jornadas de socialización de impactos positivos y negativos con la población, la red prestadora, aseguradores y ente territorial para fortalecer los procesos, tanto en su curso, como en su cierre.</p> <p>Para contribuir a mejorar la infraestructura y la dotación de los prestadores de servicios de salud en el territorio, así como los servicios extramurales, el auditor puede prestar asesoría y asistencia técnica respecto a las exigencias de la Resolución 3100 de 2019.</p> <p>En cuanto al fortalecimiento de los sistemas de información en salud, como estrategia de evaluación y aporte al mejoramiento, el auditor puede diseñar formatos de reporte de novedades que estén disponibles para su diligenciamiento en todas las áreas de los servicios de atención y, con estos reportes, analizar mensualmente la interoperabilidad de los mismos, su operación en línea y en tiempo real, con el fin de generar propuestas de mejoramiento a la gerencia.</p> <p>Para fortalecer las actividades de telesalud y la modalidad de telemedicina, se sugiere crear herramientas de auditoría para evaluar la oportunidad, calidad y satisfacción de la atención en salud, por medio de registros y cumplimiento de agendas, auditoría de historias clínicas, y correlacionar con la calidad de la atención percibida por el usuario mediante encuesta en línea o telefónica.</p> <p>En el contexto del MAITE, el auditor está llamado a gestionar la realización de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dirigidas a los colectivos y entornos y a la población en general. Entre las propuestas, para la divulgación de estas actividades, se pueden utilizar medios de comunicación como radio, televisión, publicidad en lugares estratégicos, avisos parroquiales, entre otros; liderar propuestas temáticas que respondan a las necesidades e intereses de la población, según caracterización, asegurar que se implementen actividades con participación interdisciplinaria y con dinámicas acordes a las características de la población a la que se dirigen, de tal manera que se promueva la receptividad y permanencia en el curso de éstas.</p> <p>Finalmente, para responder a las lógicas del MAITE, el auditor debe diseñar permanentemente estrategias e instrumentos para evaluar la satisfacción del usuario en la prestación de los servicios de salud y proponer indicadores de evaluación de resultados en salud más que de procesos y rendimientos financieros.</p>
--	--

<p><b>Resultados esperados</b></p>	<p>Prestación de servicios de salud integral.</p> <p>Modalidades de prestación de servicios de salud extramural como telemedicina, consulta domiciliaria y seguimiento telefónico con capacidad resolutive, que contribuyan a mejorar cobertura, continuidad e integralidad en la atención en salud.</p> <p>Primer nivel de atención con talento humano idóneo y capacidad resolutive.</p> <p>Oportunidad en la atención en salud. Al tener primeros niveles con capacidad resolutive, se reduce la demanda de servicios de consulta especializada.</p> <p>Modos de contratación con instituciones públicas que garanticen el flujo de caja, adecuadas condiciones de infraestructura, tecnológicas y de talento humano.</p> <p>Eliminación de barreras de acceso para la atención y prestación de servicios y tecnologías en salud.</p> <p>Conformación de RISS basadas en un modelo de cooperación que supere el concepto de competencia (49).</p> <p>Instituciones de prestación de servicios en salud de carácter público respaldadas por políticas públicas que garanticen su adecuado funcionamiento e integración en red, especialmente en las áreas rurales y dispersas.</p> <p>Sistemas de referencia y contrarreferencia oportunos y eficaces.</p> <p>RISS acordes con los criterios determinantes establecidos en el artículo 63 de la Ley 1438 de 2011.</p>
------------------------------------	---

**Tabla 4:** Cuarta línea de acción: Talento humano en salud.

<p><b>Propósito</b></p>	<p>Garantizar la suficiencia, disponibilidad, calidad, eficiencia y dignificación del talento humano que apoya procesos de atención integral en salud (10).</p>
<p><b>¿Cómo se hace en la actualidad?</b></p>	<p>El proceso de auditoría del talento humano en salud se realiza mediante la verificación del cumplimiento de los estándares de</p>

	<p>habilitación definidos en la Resolución 2003 de 2014, hoy derogada por la Resolución 3100 de 2019, la cual no establece competencias para el talento humano, teniendo en cuenta que éstas se encuentran definidas en los programas académicos aprobados por el Ministerio de Educación Nacional.</p> <p>Los procesos de formación académica del talento humano se enfocan en el intervencionismo, por lo que se cuenta con mejores condiciones para el personal especializado.</p> <p>No hay incentivos para la formación de talento humano con énfasis en APS y salud pública.</p> <p>Alta rotación de talento humano por condiciones laborales desfavorables.</p> <p>Inequidad en la distribución del talento humano en salud. En zonas rurales se prestan servicios limitados, cubriendo plazas mediante el servicio social obligatorio.</p>
<p><b>¿Cómo se propone su realización?</b></p>	<p>Esta línea consta de siete acciones definidas para su cumplimiento:</p> <p>La primera, hace referencia a desarrollar o fortalecer la capacidad para la planeación y gestión del talento humano en salud en las entidades territoriales, acorde al análisis de situación de salud de la población y las prioridades de los departamentos, distritos y municipios.</p> <p>En este punto, el auditor tendrá la función de revisar con periodicidad semestral (o según la definida) los planes de acción de las EAPB donde se evidencie la gestión del talento humano, solicitando planes concretos de relevo, reemplazo y turnos del personal, que den cuenta de la suficiencia e idoneidad de este para la atención de las prioridades en salud de cada territorio.</p> <p>El auditor deberá vigilar la suficiencia del talento humano en salud de acuerdo con las necesidades y capacidad de atención de las instituciones prestadoras de servicios de salud, para lograrlo, se sugiere correlacionar la capacidad instalada, la relación oferta/demanda, la oportunidad en la prestación de los servicios de salud y los tiempos de atención con la cantidad de talento humano en salud contratado por cada institución, que permita determinar indicadores que den cuenta de la suficiencia de este. En caso de no encontrarse suficiencia e idoneidad del talento humano en salud contratado, validar que se cuente con acciones de mejora en el</p>

	<p>Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad institucional.</p> <p>Por último, se deberá diseñar, aplicar y analizar indicadores que permitan la evaluación periódica de la densidad y distribución del talento humano en salud por especialidad, profesión, ocupación y región; la rotación, ingresos y remuneraciones, condiciones laborales, idoneidad, competencias, entre otros, para generar propuestas que aseguren condiciones de equidad en términos de distribución del personal y logro de resultados en salud (102).</p> <p>La segunda acción hace referencia a fortalecer la formación territorial de nuevo talento humano en salud para mejorar la suficiencia, disponibilidad y capacidad resolutive, particularmente en el componente primario. En esta acción el auditor no tiene una participación directa, no obstante, desde su qué-hacer puede generar un informe anual dirigido al sector educativo, en el cual dé a conocer las debilidades detectadas en el talento humano en salud en cuanto a competencias que le permitan gestionar la salud pública e implementar modelos basados en APS, con el fin de incentivar la formación académica en estos pilares y contribuir a lograr los resultados en salud.</p> <p>Por su parte, puede contribuir a la formación continua del talento humano que labora en las instituciones de salud, liderando programas de capacitación e intercambio de experiencias.</p> <p>La tercera acción establece que se deberá fortalecer las competencias y la capacidad resolutive del talento humano ya disponible, para la implementación efectiva de la plataforma estratégica de la PAIS, respondiendo a las necesidades en salud de la población, y reconociendo sus potencialidades, a través de acciones de formación en trabajo conjunto con las instituciones formadoras de talento humano en salud. Esto incluye el desarrollo de acciones de formación y trabajo colaborativo en los escenarios de atención a través de la estrategia de Educación Interprofesional en Salud, reconociendo a las personas como sujetos de saberes y derechos.</p> <p>En esta acción el auditor deberá revisar los planes de capacitación en el tema, además de evaluaciones al azar del personal, que permitan determinar el nivel de conocimientos, además de vigilar las estrategias de trabajo colaborativo implementadas y su efectividad, medido a través de los resultados en salud de la población.</p>
--	--

	<p>También, el auditor deberá participar en la elaboración de los perfiles de cargos del talento humano en salud, de tal manera que se asegure la formación en APS y salud pública.</p> <p>Así mismo, el auditor puede generar propuestas de capacitación continua para el sector salud en competencias básicas necesarias para el desarrollo de las líneas de acción del MAITE.</p> <p>La cuarta acción de esta línea es fortalecer el servicio social obligatorio generando incentivos y acuerdos territoriales para la reubicación y la creación de nuevas plazas en lugares de mayor necesidad de ser requerido. En este punto el auditor deberá vigilar el número de plazas que cada institución hospitalaria establezca, según nivel de atención, haciendo análisis de suficiencia según las condiciones de salud de la población, verificando que las plazas se encuentren cubiertas en su totalidad, además de examinar por medio de listas de chequeo, visitas de observación y verificación, las condiciones de trabajo y estancia del personal que está prestando dicho servicio social obligatorio.</p> <p>La quinta acción hace referencia a gestionar, organizar y poner en operación los diferentes perfiles en equipos multidisciplinarios para la salud, particularmente en el componente primario, incluyendo la vinculación de agentes comunitarios, especialmente en zonas rurales y rurales dispersas. Este ítem se podrá auditar solicitando a las instituciones de salud los contratos y/o convenios de los agentes comunitarios que se vinculen a los equipos interdisciplinarios y vigilando la conformación de equipos multidisciplinarios de salud en el componente primario de atención, mediante la auditoría de los registros de atención e intervención de individuos y poblaciones.</p> <p>La sexta acción se enmarca en desarrollar incentivos efectivos orientados a la gestión por competencias, dignificación del talento humano en salud y cierre de brechas en cuanto a suficiencia, distribución y calidad del personal de salud. Para su verificación, el auditor revisará los soportes de pagos del personal de salud para establecer si están recibiendo pagos justos según número de horas trabajadas, días y turnos, además de vigilar por medio de listas de chequeo y entrevistas en vivo al personal las condiciones contractuales y laborales, elaborando una propuesta de evaluación de satisfacción de condiciones laborales que permita retroalimentar a la gerencia para fortalecerlas y mejorarlas.</p> <p>Proponer estrategias para generar incentivos que estimulen la vinculación y permanencia del talento humano en las instituciones de salud, especialmente, en las zonas rurales dispersas. Algunas</p>
--	--

	<p>propuestas de incentivos son el patrocinio para la educación continua, estímulos económicos por el logro de resultados en salud y satisfacción del usuario, proporcionar vivienda en las zonas rurales dispersas, así como los costos de transporte para visitar con determinada frecuencia su lugar de origen o de preferencia para descansar, aumentar remuneración al personal que realiza estudios que fortalezcan competencias en salud pública y APS, entre otros. El cumplimiento de los incentivos que se aprueben en cada institución debe ser monitoreados por el auditor en salud.</p> <p>La séptima, y última acción, es fortalecer los procesos de investigación y gestión territorial de la información y el conocimiento del talento humano en salud, en lo que el auditor deberá vigilar el plan de gestión del conocimiento que tengan las instituciones en salud y la posibilidad que su personal realice investigación y trabajos académicos en su institución de trabajo (102).</p>
<p><b>Resultados esperados</b></p>	<p>Instituciones de salud con talento humano acorde a sus necesidades en términos de capacidad resolutive, calidad, oportunidad e idoneidad.</p> <p>Salud pública y APS como competencias de los perfiles del talento humano en salud.</p> <p>Personal de salud, de otros sectores y comunidad capacitada en el MAITE.</p> <p>Unificación de conceptos para desarrollar las acciones propuestas en el MAITE.</p> <p>Trabajo intersectorial colaborativo y solidario.</p> <p>Mejores condiciones laborales para el talento humano en salud.</p> <p>Atención en salud integral e interdisciplinaria.</p> <p>Equidad en la distribución del talento humano en salud.</p>

**Tabla 5.** Quinta línea de acción: Financiamiento.

<p><b>Propósito</b></p>	<p>Garantizar la gestión eficiente, eficaz y sostenible del sistema de salud (10).</p>
-------------------------	--

<p><b>¿Cómo se hace en la actualidad?</b></p>	<p>Gastos excesivos en la operatividad del sistema, poco regulados y controlados.</p> <p>Prevalece el interés de lucro de algunos actores sobre la garantía del derecho a la salud y el bienestar de la población.</p> <p>Las formas de contratación y el pago retrasado de los servicios por las EAPB no estimulan el flujo oportuno de recursos hacia las ESE.</p> <p>Fragmentación del sistema de salud que lleva a sobrecostos para la prestación del servicio de salud.</p> <p>Recursos limitados para el cubrimiento de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la UPC.</p> <p>Dificultad en temas de solvencia y sostenibilidad del sector debido a la estructura actual de las rentas distritales ocasionando limitaciones en la capacidad de acción e inversión del sector. (103).</p>
<p><b>¿Qué se propone hacer?</b></p>	<p>Esta línea propone tres acciones específicas para su operatividad:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Generar capacidad y eficiencia en los procesos presupuestales en las Entidades Territoriales a través de la articulación de las secretarías territoriales de salud y de hacienda o de quienes hagan sus veces, para que la gestión administrativa y financiera de los recursos esté alineada con las prioridades en salud del territorio y armonizados con los demás instrumentos de planeación territorial.</li> <li>2. Mejorar los instrumentos de identificación de las fuentes destinadas al sector salud, su presupuestación, ejecución y seguimiento, atendiendo las necesidades priorizadas del territorio.</li> <li>3. Gestionar recursos adicionales a los ya provistos por el sistema de salud, para el desarrollo de intervenciones que resultan indispensables para el logro de los resultados en salud.</li> </ol> <p>El rol del auditor en función de lo anterior deberá estar orientado a la evaluación objetiva y sistemática de la planeación y ejecución presupuestal con especial énfasis en la inspección de los estados financieros de las EAPB, incluidos los balances financieros generales, los egresos y vigilancia detallada de los rubros</p>

	<p>destinados a cada uno de los ítems definidos para la prestación del servicio de salud. Concretamente se sugiere:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Identificar por medio de actas, acuerdo de voluntades o convenios la articulación de las entidades territoriales con las secretarías de hacienda para verificación de los aportes de estas para la prestación de los servicios de salud sea en recursos en especie o frescos.</li><li>- Por medio de los contratos celebrados vigilará otras fuentes de financiación, con el objetivo de identificar la participación de otras entidades en el financiamiento.</li><li>- El auditor podrá participar en la elaboración de los presupuestos donde se dé prelación a la destinación presupuestal para atender las prioridades de atención en salud de cada territorio, además, posteriormente hará veeduría y seguimiento estricto a la ejecución de este.</li><li>- Inspeccionar el presupuesto de inversión en función de la concordancia de los rubros según las prioridades en salud definidas por el territorio.</li><li>- Evaluará la racionalidad en la destinación presupuestal con la inspección de las facturas y gastos justos para la prestación de servicios según las prioridades de la atención en salud.</li><li>- Formas de contratación entre aseguradoras y prestadoras, precisando servicios a prestar, condiciones de atención, tarifas de los servicios, y demás condiciones administrativas de atención.</li></ul> <p>Para las propuestas anteriores el auditor deberá considerar los registros clínicos y la pertinencia técnico-científica de la inversión en salud, la concordancia y coherencia de la información en los soportes.</p> <p>Generar indicadores financieros que permitan medir la eficiencia de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</p> <p>Realizar seguimiento al plan presupuestal de las instituciones para verificar que se destinen a las actividades propuestas.</p> <p>Proponer planes de acción de mejora por el uso de tecnologías que no cumplan con el criterio de costo-efectividad, así como por la remisión a niveles de mayor complejidad cuando no se cumplen los criterios para tal fin.</p>
--	--

	<p>Liderar mesas de diálogo y concertación por las glosas más comunes en el proceso de auditoría de cuentas médicas que permita reducir el riesgo de reincidencia.</p> <p>Publicar listado de glosas más representativas y generar planes de acción de mejora.</p> <p>Liderar la actualización del personal en novedades normativas y técnicas relacionadas con el tema de financiamiento en salud.</p>
<b>Resultados esperados</b>	<p>Sostenibilidad financiera.</p> <p>Adopción del modelo de Pago Global Prospectivo en la red pública para garantizar su solvencia y sostenibilidad financiera.</p> <p>Destinación de recursos a actividades de promoción de la salud.</p> <p>Esquemas de financiamientos justos y equitativos.</p>

**Tabla 6.** Sexta línea de acción: Enfoque diferencial.

<b>Propósito</b>	<p>Reducir las inequidades en salud mediante acciones que eliminen barreras de acceso y otras formas de exclusión (10).</p>
<b>¿Cómo se hace en la actualidad?</b>	<p>Las entidades territoriales desconocen el concepto y la aplicación del enfoque diferencial étnico para la concertación de acciones en salud.</p> <p>Débil implementación del enfoque diferencial en la gestión y prestación de servicios de salud.</p> <p>Algunos departamentos cuentan con programas y estrategias de atención con enfoque diferencial, pero son insuficientes para cubrir a toda la población que requiere de este tipo de respuesta.</p> <p>Algunos planes de ordenamiento territorial no permiten instalar centros día y de bienestar en lugares que respondan a las necesidades de la población.</p> <p>Existe desconocimiento de los lineamientos para la construcción de contenidos e implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural</p>

<p><b>¿Cómo se propone hacer?</b></p>	<p>Para verificar que la prestación de servicios en salud dirigidos a personas y colectivos en situaciones de vulnerabilidad, se dé en condiciones de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, calidad y adecuación sociocultural, en primer lugar, el auditor liderará la identificación de las necesidades de atención en salud de cada territorio, mediante el análisis de datos resultantes de encuentros interculturales y la aplicación de instrumentos de recolección de información, para adaptar las rutas de atención para esta población. Posteriormente, debe realizar procesos de auditoría in situ a las estrategias y proyectos que se implementen en cada institución prestadora de servicios de salud para validar que cumplan con estas características, generar planes de mejoramiento continuos y replicar experiencias exitosas.</p> <p>En consonancia con lo anterior, para el desarrollo de procesos participativos y sistemáticos de armonización entre la oferta institucional y las necesidades, saberes, tradiciones, lenguas y formas organizativas de las diversas poblaciones, la auditoría será una de las herramientas de gestión para la generación de estos espacios, en los cuales vigilará que se apliquen formas e instrumentos de comunicación acordes con las particularidades de la población y que haya participación efectiva de las comunidades para para garantizar la respuesta acertada a sus necesidades en salud, respetando sus características diferenciales.</p> <p>La tercera línea de acción es realizar adecuaciones técnicas en los procesos, procedimientos, guías, protocolos, instrumentos y herramientas, para el fortalecimiento territorial que responda a las prioridades en salud de los individuos y colectivos en condiciones de vulnerabilidad. Dichas adecuaciones deberán ser corroboradas por el auditor en salud mediante la verificación de los instrumentos y herramientas que desarrolle cada institución y enfocará la validación de su aplicación en la medición de indicadores de resultados en salud de esta población.</p> <p>Para fortalecer la implementación del enfoque diferencial en el desarrollo del talento humano en salud, y la formación continua en el territorio para la atención integral de población vulnerable y otros grupos con condiciones especiales, la incorporación de medicinas y terapias alternativas y complementarias en las acciones de cuidado primario, así como las capacidades técnicas, estructurales y de comunicación que promuevan la igualdad frente al derecho a la salud, el auditor deberá identificar las poblaciones vulnerables que se atienden en las diferentes instituciones, para corroborar que los</p>
---------------------------------------	---

procesos de capacitación y adecuación de las intervenciones estén enfocados según las particularidades de estos grupos poblacionales. Como mecanismo de validación de la efectividad de las estrategias implementadas, se propone la asistencia aleatoria del auditor a algunas de estas actividades, tanto poblacionales como individuales, y aplicar instrumentos que permitan la evaluación de la percepción del usuario respecto a los servicios e intervenciones recibidos. Además, el auditor analizará las barreras de acceso a los servicios de salud de la población vulnerable y marginal que permita proponer acciones para eliminarlas; verificará que los presupuestos asignados a la atención de población marginada y vulnerable se inviertan adecuadamente mediante la auditoría de servicios y actividades contratadas, y prestará asistencia técnica a las instituciones donde se atiende esta población para fortalecer el enfoque diferencial.

Para aportar a la concertación de planes de formación que integren la aplicación del enfoque diferencial en los procesos académicos, así como en la gestión y la vinculación laboral del talento humano en salud, se pueden aplicar las acciones descritas en la línea de talento humano.

Como respuesta al fortalecimiento y disponibilidad de información y evidencia de la atención en salud diferencial de las personas y colectivos, el auditor podrá realizar seguimiento continuo a la cobertura y acceso a servicios de salud de esta población, mediante los registros de atención, la asignación de citas, listados de asistencia a actividades, entre otros; liderar equipos de trabajo que construyan y fortalezcan estrategias para mejorar la adherencia de la población marginal y vulnerable.

Adicionalmente, se proponen acciones como:

Auditar los procesos de activación de rutas para la reparación integral de las comunidades indígenas, gitanos, grupos étnicos y las rutas de las violencias, en el marco de la política nacional de salud mental; brindar la asistencia técnica que se requiera para la medición del cumplimiento de las metas, según disposiciones del próximo PDSP.

Vigilar la garantía del derecho a la atención en salud de manera oportuna, con calidad y sin criterios de admisión en caso de emergencias.

Verificar que las instituciones prestadoras de servicios de salud dispongan, conozcan y apliquen el protocolo de atención integral en

	<p>salud con enfoque psicosocial para la población víctima del conflicto armado interno. Para esto, el auditor podrá auditar las historias clínicas de esta población con base en dicho protocolo, generar los planes de mejora según hallazgos y hacer seguimiento continuo a las acciones correctivas.</p> <p>Liderar el seguimiento, monitoreo y evaluación del Plan de Respuesta al fenómeno Migratorio, mediante el análisis de variables e indicadores en salud de la población migrante y tomar acciones para el mejoramiento continuo.</p> <p>Generar mecanismos eficaces para la vigilancia y control de las instituciones prestadoras de servicios asistenciales al adulto mayor.</p> <p>Incluir en sus procesos de auditoría a IPS que atienden población adulta mayor, la verificación de ventanillas preferenciales y cumplimiento de normas de accesibilidad y seguridad para esta población, acorde con lo definido en la Resolución 1378 de 2015.</p> <p>Velar por la continuidad ininterrumpida de los tratamientos en curso de los adultos mayores que pierdan afiliación al SGSSS.</p> <p>Realizar procesos de auditoría a los centros vida y centros de día para adultos mayores, de conformidad con los requisitos exigidos en la Ley 1276 de 2009 y Resolución 24 de 2007.</p> <p>Garantizar que la población con discapacidad reciba la información adecuada y suficiente sobre sus derechos sexuales y reproductivos, según las disposiciones de la Resolución 1904 de 2017.</p>
<p><b>Resultados esperados</b></p>	<p>Equidad en la atención en salud.</p> <p>Prestación de servicios de salud que responda a las necesidades reales de la población en los territorios.</p> <p>Mayor cobertura y acceso para la población vulnerable.</p> <p>Herramientas de comunicación efectivas, que permitan el intercambio de información entre prestadores de servicios de salud y comunidades.</p> <p>Participación de la población vulnerable en el ciclo de las políticas públicas.</p> <p>Procesos, procedimientos, guías, protocolos adecuados a las necesidades y características de las poblaciones a intervenir.</p>

	<p>Acercamiento intercultural en salud entre actores que permita la combinación de terapias alternativas y tradicionales. Presencia de líderes de las diferentes etnias en los centros de salud.</p> <p>Construcción de RIAS y RISS territoriales en conjunto con los representantes de los diferentes grupos poblacionales.</p> <p>Mejores resultados en salud de las poblaciones vulnerables y migrantes.</p> <p>Atención con enfoque psicosocial para la población víctima del conflicto armado interno, acorde con el protocolo de atención integral en salud.</p> <p>Infraestructuras y condiciones óptimas para la atención preferencial e ininterrumpida de adultos mayores.</p> <p>Centros vida y de día que cumplen con los requisitos normativos.</p> <p>Población con discapacidad educada sobre sus derechos sexuales y reproductivos.</p>
--	--

**Tabla 7.** Séptima línea de acción: Intersectorialidad.

<p><b>Propósito</b></p>	<p>Brindar atención integral en salud a través de la articulación intersectorial (10).</p>
<p><b>¿Cómo se hace en la actualidad?</b></p>	<p>Mediante el Consejo Municipal de Política Social se toman decisiones a partir de las necesidades de las comunidades para implementar acciones interinstitucionales que transformen los determinantes sociales.</p> <p>En términos operativos, falta articulación intersectorial en los procesos, planes y programas de salud e intervención de determinantes sociales. La participación se ha dado al servicio de las instituciones de salud más que en función de las propias comunidades, con límites y regulaciones rígidas para los funcionarios encargados de promoverla que dificultan que la ciudadanía participe en las decisiones, pueda empoderarse y calificarse políticamente para interactuar con las instituciones estatales y organismos del gobierno en salud (104).</p>

	<p>Se han venido constituyendo la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia, la Comisión Intersectorial de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias, la Comisión Intersectorial de la Red para la Superación de la Pobreza Extrema UNIDOS, la Comisión Intersectorial para la estrategia de Cero a Siempre, la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional, la Comisión Técnica Intersectorial para la prevención y el control de la contaminación del Aire, la Comisión Intersectorial de Vivienda de Interés Social Rural (105).</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social mediante el Decreto 859 de 2014 constituyó la Comisión Intersectorial de Salud Pública, con la finalidad de coordinar y hacer seguimiento al PDSP y coordinar las comisiones intersectoriales que se han conformado (105).</p> <p>Falta voluntad política para articular acciones que afectan el trabajo intersectorial e interinstitucional.</p> <p>Persisten dificultades en la integración de actores del sector salud: asegurador-red-municipio, que dificulta la acción de los entes territoriales como autoridad sanitaria.</p> <p>Mediante Resolución 3280 de 2018 (7) se adoptaron los lineamientos técnicos y operativos de las RIAS para la promoción y mantenimiento de la salud y para la población materno perinatal, las cuales se encuentran en proceso de implementación y requieren de la articulación intersectorial para su operación.</p>
<p><b>¿Cómo hacer efectiva la auditoría?</b></p>	<p>Una de las funciones propuestas para el auditor es velar por la participación efectiva del sector salud en los espacios de decisión establecidos por el gobierno nacional, como los consejos municipales de política social, las mesas intersectoriales por la salud, entre otros, para que la formulación, ejecución seguimiento y evaluación de los planes, programas, estrategias y alianzas, se orienten a las necesidades reales de la población, garantizando respuestas integrales que potencian acciones y recursos para el cumplimiento de las metas y los resultados.</p> <p>Así mismo, participar en los consejos territoriales de seguridad social en salud, para aportar, desde su quehacer, en las discusiones sobre las realidades en salud identificadas en términos de salud pública y de prestación de servicios. De esta manera aportará en la generación de mecanismos para incidir técnica y políticamente en la agenda de otros sectores, a fin de generar una acción intersectorial</p>

	<p>que aborde los temas transversales y objetivos comunes identificados.</p> <p>Evaluar la efectividad de las rutas y procedimientos que se implementen entre las instituciones de salud con los diferentes sectores, para canalizar la población que requiere atención desde los servicios sociales; para esto se deberán medir resultados en salud mediante indicadores predeterminados.</p> <p>Detectar brechas mediante el seguimiento periódico del cumplimiento de responsabilidades de cada uno de los sectores que intervienen en los planes y proyectos de atención integral en salud, para generar acciones de mejora en su curso y contribuir al logro de los resultados propuestos.</p> <p>Para evaluar la definición y desarrollo de objetivos comunes, la alianza estratégica y la potenciación de recursos, que respondan a la articulación de acciones intersectoriales y de la comunidad, se propone realizar reunión semestral con participación de los auditores representantes de cada sector (estatal, departamental, distrital, municipal) y representantes de la comunidad, en la cual se constate la homogeneidad de las propuestas de intervención y se generen compromisos que permitan el fortalecimiento del trabajo conjunto. De esta reunión se generará acta, plan de avance, responsables y se enviará copia a cada una de las instituciones partícipes.</p> <p>El auditor también podrá servir como canal facilitador para la concertación de acuerdos intersectoriales para la implementación de planes de acción que respondan a las políticas públicas priorizadas, a través de asesoramiento y acompañamiento técnico al sector que lo requiera.</p> <p>Liderar mesas de trabajo para socializar experiencias exitosas que estimulen el trabajo intersectorial y la investigación y producción académica en temas de salud que aporten a la replicación a nivel nacional e internacional.</p>
<p><b>Resultados esperados</b></p>	<p>Trabajo intersectorial articulado que permita la intervención efectiva de los determinantes sociales y ambientales.</p> <p>Planes, programas, estrategias y alianzas intersectoriales orientados a las necesidades reales de la población, garantizando el cumplimiento de las metas y los resultados.</p>

	<p>Planes y proyectos de atención integral en salud con mayor probabilidad de lograr resultados.</p> <p>Acciones intersectoriales homogéneas y trabajo conjunto fortalecido, que permitan lograr mejores resultados en salud.</p> <p>Liderar mesas de trabajo para socializar experiencias exitosas que estimulen el trabajo intersectorial y la investigación y producción académica en temas de salud que aporten a la replicación a nivel nacional e internacional.</p>
--	--

**Tabla 8.** Octava línea de acción: Gobernanza.

<p><b>Propósito</b></p>	<p>Gestionar la salud como asunto público con participación de la sociedad civil y la autoridad sanitaria; implica que gobernantes, instituciones y comunidad en conjunto resuelvan problemas para contribuir al goce del derecho a la salud (10).</p>
<p><b>¿Cómo se hace en la actualidad?</b></p>	<p>Aunque a la fecha se han alcanzado importantes logros en materia de salud, aún el sistema debe resolver problemas como corrupción, sobrecostos, rendición de cuentas, transparencia, entre otros, lo que evidencia la débil gobernanza que aún se tiene con el sistema de salud (106).</p> <p>El sistema requiere el fortalecimiento de instancias y espacios de participación colectiva que permitan discusiones para la coordinación y toma de decisiones que garanticen el derecho a la salud (106)</p> <p>Como lo mencionan Restrepo y Zapata (106), la falta de gobernanza “tiene un impacto perjudicial en los resultados de salud y en la calidad de los servicios. Estos resultan en altos gastos de bolsillo, erosión de la confianza en el sistema y reducción de la utilización del servicio”</p> <p>El Gobierno ejerce débil control sobre la tendencia rentista de algunos actores del sistema, lo que afecta el flujo de fondos (107) y los resultados en salud.</p> <p>La participación comunitaria en las decisiones de salud se afecta, entre otros aspectos, por falta de apoyo de los gobiernos municipales.</p>

	<p>Los cambios de gobierno, que a su vez generan variabilidad en cuanto a voluntad política, afectan la consolidación del SGSSS, así como la falta de articulación con otras políticas públicas, la reproducción de normas y la falta de estrategias gubernamentales que debilitan la dirección.</p> <p>Frágil modulación y regulación del sistema por parte del gobierno</p> <p>Rol limitado por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, ya que ejerce una débil rectoría, vigilancia y control del sistema.</p> <p>Expedición continua de normas, algunas contradictorias entre sí, otras que no tienen en cuenta las características geográficas, socioeconómicas y culturales de las comunidades.</p> <p>Aunque existe descentralización, no hay suficiente capacidad institucional para liderar el sistema de salud en los diferentes ámbitos de gobierno.</p> <p>Hay mayor respaldo gubernamental por las instituciones privadas que por las públicas.</p> <p>Las decisiones en salud no responden a las necesidades planteadas por los actores del sector salud, sino al interés particular de partidos políticos y consorcios económicos vinculados al aseguramiento en salud</p> <p>Débil respuesta del Estado ante la necesidad de sancionar las irregularidades que cometen los diferentes actores del sistema de salud.</p> <p>Existen conflictos de interés entre algunos entes de vigilancia y control y los grupos de poder (40).</p>
<p><b>¿Cómo aportar desde una nueva auditoría?</b></p>	<p>Esta línea propone las siguientes acciones (10):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar consensos y procesos de toma de decisiones participativos en salud</li> <li>2. Fortalecer la autoridad sanitaria local en relación con las capacidades necesarias para liderar desde la función rectora políticas, planes, programas y proyectos en pro de la salud de la población de su territorio, la adherencia a las normas el uso de estrategias e iniciativas apropiadas</li> <li>3. Desarrollar e implementar mecanismos de socialización y apropiación de las competencias, roles y funciones de las</li> </ol>

	<p>Entidades Territoriales de Salud y demás integrantes del sistema de salud</p> <ol style="list-style-type: none"><li>4. Realizar monitoreo y seguimiento de las acciones derivadas de las líneas de acción definidas en el MAITE</li><li>5. Fortalecer los sistemas de información para que sean interoperables.</li><li>6. Disponer mecanismos para la rendición de cuentas y control de la gestión territorial e institucional en salud</li><li>7. Fortalecer los procesos participativos sociales y comunitarios</li><li>8. Realizar seguimiento y evaluación de las políticas institucionales, mecanismos, instancias o estrategias de participación social, comunitaria y ciudadana</li><li>9. Disponer mecanismos para la rendición de cuentas y control de la gestión territorial e institucional en salud</li><li>10. Fortalecer la capacidad de respuesta frente a órdenes judiciales</li></ol> <p>Para velar por su cumplimiento, el rol del auditor de salud en función del MAITE y su línea de gobernanza deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Verificar que las mesas de trabajo y decisorias están conformadas por múltiples actores, entre estos el Estado, la sociedad civil, el gremio médico y la comunidad.</li><li>● Revisar y hacer veeduría a la formulación de políticas públicas multisectoriales.</li><li>● Verificación de la participación y control ciudadana, para lo que se sugiere hacer entrevistas a las personas de la comunidad donde indiquen cómo está siendo su papel en las instituciones de salud para la toma de decisiones y planeación de la atención en salud.</li><li>● Dado que el sistema de salud deberá operar bajo los principios de eficiencia, integralidad, transparencia y rendición de cuentas, el auditor deberá solicitar los informes y actas de rendición de cuentas.</li><li>● Se sugiere al auditor ayudar a la formulación de programas de formación de líderes y un diálogo pedagógico que permita comprender mejor la gobernanza y sensibilizarse frente a su aplicación al sistema de salud.</li><li>● Verificar la participación ciudadana en el sistema de salud, vigilando la representación social en las instancias de toma de decisiones.</li></ul>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Por medio de los convenios de cooperación el auditor deberá verificar efectivamente el trabajo en redes, uno de los principales puntos de la gobernanza.</li> <li>● Monitorear y evaluar el trabajo conjunto entre los distintos actores del sistema, esto lo hará mediante la verificación de actas, convenios, planes de acción.</li> </ul>
<p><b>Resultados esperados</b></p>	<p>Mesas de trabajo decisorias con participación intersectorial y de la comunidad.</p> <p>Líderes formados en gobernanza.</p> <p>Mecanismos de inspección, vigilancia y control integrados.</p> <p>Ministerio de Salud y direcciones de salud territoriales fortalecidos en liderazgo.</p> <p>Rectoría autónoma por parte de secretarías departamentales y municipales, con talento humano idóneo para ejercer las funciones de gobernanza territorial.</p> <p>Direcciones territoriales de salud ejerciendo su deber de coordinar la conformación de RISS (49)</p> <p>Mayor transparencia en la administración en salud, lo que conllevará a una prestación de servicios de salud más eficiente y enfocada en las reales necesidades de la comunidad.</p>

Para abordar el tercer objetivo, en la siguiente discusión se genera una propuesta sobre la razón de ser de la auditoría en Colombia con base en las experiencias de la APS y en las acciones propuestas para el auditor en salud en cada línea operativa del MAITE.

## 6. Discusión

El actual rol del auditor en salud en Colombia se orienta a las dinámicas del SGSSS propuesto desde 1993 (4), el cual instauró un modelo de mercado de competencia regulada para el aseguramiento y la prestación de servicios de salud, con participación del sector público y privado (84). Esto dio lugar a la necesidad de establecer relaciones contractuales entre aseguradores y prestadores, donde la auditoría cumple el papel de vigilancia y control de la calidad, la eficiencia y la costo-efectividad en la prestación de los servicios.

Es así como la profesión se ejerce en campos de acción específicos como la auditoría clínica, médica, de calidad y concurrente, que comparten su orientación al mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios de salud; la auditoría de cuentas médicas para verificar que la facturación sea acorde con los términos contractuales pactados y se garantice el pago de los servicios prestados; y la interventoría, que realiza seguimiento al cumplimiento de las obligaciones adquiridas en los acuerdos de voluntades entre asegurador y prestador.

Dicho modelo de atención en salud, aunque mejoró el aseguramiento, no cuenta con evidencias suficientes de haber mejorado el acceso efectivo a los servicios de salud con calidad y redujo las acciones de salud pública, ya que la gestión de los actores del sistema privilegia los resultados financieros más que los resultados en salud (64) por lo que no ha respondido efectivamente a los valores de equidad, solidaridad y derecho a la salud, característicos de la APS renovada (2).

Previo a la reintroducción de la APS en el marco normativo del territorio nacional, algunas regiones del país ya implementaban políticas públicas y modelos de salud basados en APS como la ruta más costo-efectiva para lograr resultados en salud (Antioquia, Bogotá, Boyacá, Caldas, Nariño, Valle del Cauca, Santander, entre otras). Estas experiencias, aunque muestran debilidades administrativas y operativas por el predominio de las lógicas del modelo neoliberal, ratifican que la APS renovada es el modelo que mejor responde a las necesidades de la población con enfoque territorial, contribuye a reducir

las desigualdades en salud, a mejorar el acceso, la oportunidad y la integralidad en la prestación de servicios de salud, empodera a las personas y colectividades en el autocuidado, coordina el trabajo intersectorial, mejora los resultados en salud, la satisfacción del usuario y permite la sostenibilidad del sistema.

Así como en Colombia se normó la APS como estrategia para fortalecer el SGSSS en 2011 (43), otros países también lo han hecho con modelos similares en contenido y propuestas de acción. Al comparar el actual modelo local con los de otros países, se observan algunas similitudes en los avances, barreras y propuestas de mejoramiento:

Una de las limitaciones en Chile para mejorar la capacidad resolutive en el primer nivel de atención es la insuficiencia de talento humano en salud formado en APS, la falta de capacitación continua, la carencia de un perfil profesional adecuado a las necesidades de la estrategia, las condiciones laborales desfavorables, la falta de incentivos y la alta rotación del recurso humano en salud; en 2002, la razón entre médicos de jornada completa y población chilena fue 1 por cada 3.333 personas y al término del año 2007, solo el 9% de los médicos registrados en el servicio de impuestos internos trabajaría en APS. Esta razón resulta insuficiente al compararla con la de países como España, donde el ideal entre médicos y población se define como 1 por cada 1.500 personas y Estados Unidos donde se estima que debe haber 1 médico por cada 1.225 personas (108).

Entre las estrategias propuestas por la agrupación nacional de médicos de APS en Chile se encuentra crear una política integral para desarrollo del recurso médico de la APS que mejore los tiempos de atención, aumente la resolutive con formación médica continua y concurso nacional de especialidades, destine tiempo para prevención y promoción de salud, disminuya la inestabilidad laboral, mejore las remuneraciones, entre otros (108). Colombia cuenta con una Política Nacional de Talento Humano en Salud (9) bien estructurada que define las estrategias para responder a las necesidades en recurso humano, no obstante, su puesta en marcha es escasa y las brechas en este aspecto, que son semejantes a las de Chile, continúan.

Para Perú, el modelo de atención integral de salud vigente desde 2003, aunque se considera completo en términos conceptuales y técnicos, muestra aspectos poco

desarrollados en su implementación. Por ejemplo, en la prestación de servicios de salud se evidencia escasa integración de la red, sistemas de información para la gestión y atención de salud insuficientes, limitada gestión de formación y desarrollo de recurso humano y escaso financiamiento a las intervenciones de salud colectiva; estos obstáculos son similares a los encontrados en la evaluación de la operación del MIAS en Colombia, que se explican en gran medida porque el modelo se enfoca en la organización de la prestación de servicios sin reestructurar el sistema según las necesidades de salud de la población, lo que da continuidad a un enfoque de predominio biomédico sobre la intervención integral de la persona, la familia, la comunidad y su entorno (109).

Un estudio multicéntrico realizado en Paraguay por Dullak R. et al., incluyó entrevistas a actores claves para identificar las posibilidades de la APS como reordenador del sistema. Respecto a la rectoría, los interrogados expresaron necesidades similares a las que tiene Colombia para lograr los objetivos del MAITE: *“...necesitamos generar la convicción de todos los actores [...] de instituciones, de profesionales de salud y sociedad [...] instalando el debate sanitario que hasta ahora ha sido pospuesto. Las autoridades locales son fundamentalmente facilitadores y copartícipes de la implementación de la estrategia de atención primaria en sus comunidades, razón por la que es muy importante involucrarlas”*(110).

Según Laurell A., en países con gobiernos inclinados por la APS se concibe el derecho a la salud como obligación del Estado, sin embargo, esto no ha significado la comprensión integral y social de la salud, ya que predomina el concepto de la “buena medicina”. Esta concepción es determinante en las propuestas de salud que emiten los gobiernos, razón por la cual se sigue tratando el problema como un asunto técnico y de recursos financieros, sin analizar la mejor manera de abordar las necesidades de salud de la población (111).

Una de las propuestas para mejorar la intersectorialidad se lleva a cabo en Paraguay, la cual consiste en una herramienta llamada diagnóstico comunitario participativo, que permite la integración en mesas intersectoriales entre gobiernos locales y comunidades para analizar situaciones y priorizar las intervenciones en salud (21).

Desde la perspectiva de enfoque diferencial, un país con un buen nivel de apropiación es Bolivia, allí, los equipos de atención primaria coordinan acciones con los médicos tradicionales del territorio (21). En Colombia, una evaluación realizada a los procesos y resultados de la implementación del MIAS en Guainía, un departamento donde gran parte de la población pertenece a grupos étnicos, identificó elementos operativos que ameritan intervención urgente, entre éstos, la necesidad de apropiación del enfoque de APS étnico e intercultural, la interacción social y la garantía de acercamiento intercultural en salud entre actores de la medicina tradicional y occidental. La presencia de personal indígena en puestos y centros de salud generó satisfacción en un número considerable de personas, sin embargo, hay inconformismo en algunos lugares, existen barreras y poca aceptación de las personas por los tratamientos occidentales donde médicos tradicionales y parteras sienten que su conocimiento y experiencia no son valorados lo suficiente (112).

Aunque los modelos de salud de carácter neoliberal se caracterizan por el aumento en el aseguramiento, esto no se traduce en mejor acceso. Según Laurell A., los países de Latinoamérica que cambiaron sus modelos de atención hacia la APS renovada, comparten el atributo de haber incrementado sustancialmente el acceso a los servicios de salud más que el simple aseguramiento. En este sentido, en Brasil, el sistema único de salud aumentó la cobertura de 30 a 190 millones de personas y 98% de la población pudo acceder a los servicios que requirió; el programa “Barrio adentro” en Venezuela amplió el acceso al 57% de la población que carecía de éste; en Ecuador se incrementó significativamente el acceso con la gratuidad de servicios y medicamentos y en Uruguay la nueva política favorece a la población rural carente de servicios. Estos progresos se atribuyen a acciones propias de los modelos de atención basados en APS, como el énfasis en la educación y promoción de la salud, la adecuación de infraestructura, la formación de personal para garantizar la atención, la participación social y el aumento del presupuesto en salud que fortalecen al sector público sobre el privado (111).

Para financiar la salud, el sistema británico aplica un modelo para estimar el ajuste de los gastos esperados per cápita a nivel nacional según las condiciones de cada localidad. Por su parte, en América Latina (Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, México, Surinam,

Uruguay) la metodología para la capitación en salud primaria se realiza con base en gastos observados o en reglas de eficiencia (113), que resultan en limitaciones presupuestales y conducen a una APS selectiva. En casi todos los países de Suramérica la financiación de la APS es responsabilidad del gobierno nacional y las fuentes son las mismas del sistema de salud en general: en Brasil, la responsabilidad de financiación es compartida con los municipios y en Argentina con las provincias; en Bolivia y Perú hay participación de seguros, los cuales se dirigen a los más pobres o a grupos específicos; en Colombia, la financiación de la APS es municipal y la atención individual de primer nivel la asume el SGSSS (21). Como lo cita Laurell A., los sistemas de salud latinoamericanos tienden a ser sub-financiados y precisan de más recursos presupuestales, no obstante, la concepción sobre salud-enfermedad y su determinación social es clave para tomar decisiones sobre prioridades, guiar el desarrollo técnico-científico y calcular los recursos financieros requeridos para desplegar un sistema único y público de salud, como la solución más costo-efectiva para responder a las necesidades de salud, pero también para combatir la mercantilización y deshumanización de la salud (111).

Lo anterior conlleva a analizar la razón de ser de la auditoría en salud en Colombia, la cual debe transformarse en una herramienta de gestión que vele por el cumplimiento de las acciones propuestas en cada una de las líneas del actual MAITE, entre estas, respaldar la cobertura universal, el acceso oportuno, la participación comunitaria en el diseño de los planes y proyectos territoriales, la intervención de determinantes sociales y ambientales mediante el trabajo intersectorial, las condiciones laborales e idoneidad del talento humano en salud, la evaluación y análisis de indicadores que midan resultados en salud más que procesos, la implementación de RIAS y RISS con enfoque territorial y con capacidad de respuesta en términos de disponibilidad, acceso, suficiencia e idoneidad, la costo-efectividad de las intervenciones, la destinación presupuestal para los proyectos de salud, el impacto de las acciones en la población, la satisfacción del usuario como eje central del modelo, entre otras, mediante los mecanismos de auditoría que se aplican en la actualidad y el desarrollo de nuevos instrumentos que respondan a los requisitos de cada acción propuesta en el MAITE. Esto además se constituye en una oportunidad de ampliación del campo laboral y de formación del auditor, con un enfoque

sólido que facilite abordar los retos del modelo y cerrar las brechas en los resultados en salud.

Con estas propuestas se espera lograr la equidad en el aseguramiento y acceso a los servicios de salud, mejorar las condiciones de vida y salud de todas las personas, abordar los determinantes sociales efectivamente, conformar y operar RISS y RIAS acordes a las necesidades de los territorios; oportunidad, calidad y capacidad resolutive en la prestación de servicios de salud; talento humano idóneo y con mejores condiciones laborales; esquemas de financiamiento justos y equitativos que contribuyan a la sostenibilidad del sistema; acciones en salud ajustadas a las diferencias poblacionales que reduzcan las inequidades y cualquier forma de exclusión; participación comunitaria, sectorial, intersectorial y transectorial conjunta en la formulación de las políticas públicas y órganos rectores nacional y locales fortalecidos en liderazgo.

## 7. Conclusiones

El ordenamiento económico y político que adopten los países influirá de forma directa en los modelos de atención en salud que implementen, lo que repercute de forma positiva o negativa en la atención y resultados de salud.

Los modelos de atención en salud epidemiológico y económico han demostrado tener efectos negativos en la atención y resultados en salud, mientras que el psicosocial y sociológico exponen mejores resultados en salud con sostenibilidad en el tiempo.

El actual modelo de atención en salud vigente en Colombia ha demostrado desigualdad y una orientación basada en la cura de la enfermedad y el intervencionismo, más que en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, lo que ha conllevado a mayores gastos y desfinanciación del sistema. Se han realizado intentos infructuosos por regresar al modelo de atención primaria en salud.

Las experiencias de APS implementadas en distintos departamentos de Colombia demuestran que aquellas con enfoque de APS renovada logran mejores resultados y mayor satisfacción. Aun así, cualquiera que sea el enfoque de la APS, se requiere voluntad política para garantizar su continuidad y permanencia en el tiempo.

El enfoque diferencial sigue siendo uno de los mayores desafíos en la puesta en funcionamiento de los modelos de atención integral dada la falta de comprensión y aceptación de la diversidad.

La auditoría en salud debe transformarse en una herramienta de gestión que vele por el cumplimiento de las acciones propuestas en el MAITE, para contribuir a mejorar los resultados en salud, la sostenibilidad del sistema y la satisfacción de las personas, las poblaciones y las comunidades.

El MAITE se constituye en una ventana de oportunidades que amplía el campo laboral y formativo del auditor para abordar los retos del modelo y aportar al cierre de las brechas en salud.

## 8. Referencias

1. Arredondo A, Meléndez V. Vista de Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud Publica Mex* [Internet]. 1992 [cited 2021 May 26];34:36–49. Available from: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5469/5802>
2. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. Washington, D.C; 2007.
3. Organización Mundial de la Salud. *Atención primaria de salud*. WHO [Internet]. 2017 [cited 2021 May 27]; Available from: [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/)
4. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.” Dec 23, 1993.
5. Congreso de la República de Colombia. Ley 1753 de 2015. “Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país””. 2015.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016. “Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en salud” [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución\\_0429\\_de\\_2016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_0429_de_2016.pdf)
7. Ministerio de Salud y la Protección Social. Resolución 3280 de 2018. “Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal.” Resolución 3280 [Internet]. 2018;1–348. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución)

No. 3280 de  
20183280.pdf%0Ahttps://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RID  
E/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf

8. Ministerio de de Salud y Protección Social. Resolución 1441 de 2016. “Por el cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones.” 2016;1–46.
9. Congreso de Colombia. Ley 1164 de 2007. “Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud” [Internet]. Oct 3, 2007. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY 1164 DE 2007.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY_1164_DE_2007.pdf)
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626 de 2019. “Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud- PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE” [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social 2019 p. 1–17. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución No. 2626 de 2019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_No_2626_de_2019.pdf)
11. Cuadra SM. El paradigma de la salud en la primera mitad del siglo XXI: un esbozo a partir de la experiencia de la intersexualidad [Internet]. [cited 2021 May 27]. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/341115197>
12. Ruales J. Tendencias en servicios de salud y modelos de atención de la salud Marco conceptual para el análisis. Rev Fac Nac Salud Pública. 2004;22:33–9.
13. Rico Velasco J. Neoliberalismo, salud pública y atención primaria: Las contradicciones en el paradigma de salud para todos . Vol. 28, Colombia Med. 1997.
14. Bidaurratzaga E. Progresos y desafíos para la salud en África subsahariana: la importancia de los sistemas nacionales de salud para los ODMS. Soc Econ Mund. 2011;(27):39–70.

15. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria de salud más necesaria que nunca. 2008.
16. OCDE. Tasa de mortalidad infantil [Internet]. [cited 2021 May 27]. Available from: <https://data.oecd.org/healthstat/infant-mortality-rates.htm>
17. OCDE. Tasas de vacunación infantil [Internet]. [cited 2021 May 27]. Available from: <https://data.oecd.org/healthcare/child-vaccination-rates.htm>
18. OCDE. Población con sobrepeso u obesidad [Internet]. [cited 2021 May 27]. Available from: <https://data.oecd.org/healthrisk/overweight-or-obese-population.htm#indicator-chart>)
19. Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Rev Panam Salud Pública*. 2005;17(3).
20. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos 2019. Tendencias de la salud en las Américas. Indicadores básicos 2019 Tendencias la salud en las Américas [Internet]. 2019;18–28. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51543>
21. Giovanella L, Almeida PF de, Vega Romero R, Oliveira S, Tejerina Silva H. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde em Debate* [Internet]. 2015 Jun;39(105):300–22. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000200300&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200300&lng=es&tlng=es)
22. Ministerio de Salud. Indicadores Basicos de Salud 2018 [Internet]. Inec. 2016. Available from: <https://repositoriodeis.minsal.cl/Publicaciones/2018/10/IBS2016.pdf>
23. Así vamos en salud. Prevalencia de Bajo Peso al Nacer – Georeferenciado [Internet]. [asivamosensalud.org](http://asivamosensalud.org). 2021 [cited 2021 Jun 17]. Available from: <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/seguridad-alimentaria-y->

nutricional/prevalencia-de-bajo-peso-al-nacer

24. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud [Internet]. 2021 [cited 2021 May 27]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
25. Alma-Ata. Alma-Ata, 1978 [Internet]. [cited 2020 Oct 15]. Available from: <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>
26. Labonté R, Sanders D, Baum F, Schaay N, Packer C, Laplante D, et al. Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial. *Aust J Prim Health*. 2008;14(3):58–67.
27. Ruas OOD. Logros de la salud pública Cubana. 2020;(January).
28. Arias Castillo L, Parga Coca JH, Dueñas EP, Llanos C M V. Formación en APS para la reconstrucción del tejido social en salud. Caso Valle del Cauca. 2009.
29. OCDE. Muertes por cáncer [Internet]. [cited 2021 Jun 17]. Available from: <https://data.oecd.org/healthstat/deaths-from-cancer.htm>
30. OCDE. Esperanza de vida al nacer [Internet]. [cited 2021 Jun 17]. Available from: <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>
31. Francisco G, Urrego P, Alfonso G, Martínez J, Enrique A, Rojas C. Atención primaria en salud: un camino hacia la equidad [Internet]. [cited 2021 May 27]. Available from: [www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co)
32. Moya Peñafiel MJ. Servicio Social Obligatorio en Colombia: Incertidumbre de los recién graduados en medicina. *Rev Médica Risaralda* . 2014;20(2):114–20.
33. Abad H. Mis cinco mil novias. 1981;
34. Apráez Ippolito G. La medicina social y las experiencias de atención primaria de salud (APS) en Latinoamérica: historia con igual raíz. *Polis, Rev la Univ Boliv*.

2010;9(27):369–81.

35. Apraez G. Evaluación de la Atención Primaria de Salud en Colombia como política de salud 1939 - 2008. 2010;183. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2725/1/597387.2010.pdf>
36. Estrada Álvarez J. Las reformas estructurales y la construcción del orden neoliberal en Colombia. In: Los desafíos de las emancipaciones en un contexto militarizado [Internet]. 2006 [cited 2021 May 27]. Available from: [www.clacso.edu.ar](http://www.clacso.edu.ar)
37. Gómez Narváez IC, Rodríguez Núñez DM, Cárdenas Valderrama DP. Desarrollo de la auditoria en salud en Colombia en los últimos 10 años. 2020 Oct 21 [cited 2021 May 27]; Available from: <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/20481>
38. Molina G, Ramírez A. Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: Entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007-2009. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal. 2013;33(4):287–93.
39. Ocampo-Rodríguez MV, Betancourt-Urrutia VF, Montoya-Rojas JP, Bautista-Botton DC. Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. Rev Gerenc y Polit Salud. 2013;12(24):114–29.
40. Marín GM, Jaramillo JV, Felipe I, Echeverri M, Albeiro J, Cardona P, et al. Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera en el sistema de salud colombiano. Rev Gerenc y Políticas Salud. 2010;9(18):103–17.
41. Flórez Pinilla K. La competencia regulada en el sistema de salud colombiano. Rev LEBRET [Internet]. 2010 Dec 1;(2). Available from: <http://revistas.ustabuca.edu.co/index.php/LEBRET/article/view/666>
42. UNASUR. Atención Primaria de Salud en Suramérica. 2015.
43. Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011. “Por medio de la cual se reforma el

- Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones” [Internet]. Jan 19, 2011. Available from: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Normatividad/ley1438de2011.pdf>
44. Ministerio de Salud. ABC del Plan Decenal de Salud Pública Colombia 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú. 2013;82. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP\\_4feb+ABCminsalud.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCminsalud.pdf)
  45. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1751 de 2015. “ Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones” [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley 1751 de 2015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley 1751 de 2015.pdf)
  46. Ruiz-Rodríguez M, Hormiga Sánchez CM, Uribe LM, Cadena Afanador L del P, Mantilla Uribe BP, Solano Aguilar S. Voces de la academia y los tomadores de decisiones del Oriente Colombiano ante la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud. Rev la Univ Ind Santander Salud. 2017;49(2):320–9.
  47. Comité Departamental para la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) a nivel territorial en el marco de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) / Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Política de Atención Integral en Salud (PAIS) / Modelo de Atención Integral (MIAS). Manizales; 2017 Nov.
  48. Gaceta Constitucional No. 116 de 1991. Constitución Política de Colombia.
  49. Mesa de Antioquia por la Transformación del sistema de salud Colombiano. Consensos para la Transformación del Sistema de Salud en Colombia. 2021.
  50. Paez Cañón D del P. Situación actual de la auditoria médica en Colombia. Universidad Militar Nueva Granada; 2015.
  51. Osorio S G, Sayes V N, Fernandez M L, Araya C E, Poblete M D. Auditoria médica:

- herramienta de gestión moderna subvalorada. Rev Med Chil. 2002;130(2):226–9.
52. Ministerio de la Protección Social. 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.” Apr 3, 2006.
  53. Ministerio de Salud. Ley 30 de 1992 [Internet]. Dec 28, 1992. Available from: [https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86437\\_Archivo\\_pdf.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86437_Archivo_pdf.pdf)
  54. Cabrejo Paredes JE. Auditoria médica: ¿mejora en la calidad del servicio o control de costos? [Internet]. consultorsalud.com. 2019 [cited 2021 May 27]. Available from: <https://consultorsalud.com/auditoria-medica-mejora-en-la-calidad-del-servicio-o-control-de-costos/>
  55. Ministerio de Protección Social. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Bogotá, D. C: Imprenta Nacional de Colombia; 2007.
  56. García Galindo JT. La teoría del conocimiento de jürgen habermas. Universitat de Barcelona; 2005.
  57. Tancara C. La investigación documental. Temas Soc. 1993;(17):91–106.
  58. Consejo Nacional Legislativo. Ley 30 de 1886. “Que crea Juntas de Higiene en la capital de la República y en las de los Departamentos o ciudades principales” [Internet]. Oct 20, 1886. Available from: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1787392>
  59. Alvarez MH. El derecho a la salud y la nueva constitución política colombiana. Av en Enfermería [Internet]. 1991 Jul 1 [cited 2021 May 27];9(2):62–84. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16771>
  60. Muriel JF. Recorrido histórico del sistema general de salud en Colombia. Vol. 11. Universidad Autónoma Latinoamericana; 2017.

61. Congreso de Colombia. Ley 90 de 1946. “Por la cual se establece el seguro social obligatorio y se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales” [Internet]. Dec 26, 1946. Available from: <https://www.lexbase.co/lexdocs/indice/1946/I0090de1946>
62. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Decreto 433 de 1971. “ Por el cual se reorganiza el Instituto Colombiano de Seguros Sociales” [Internet]. Mar 27, 1971. Available from: [https://www.redjurista.com/Documents/decreto\\_433\\_de\\_1971\\_ministerio\\_de\\_trabajo\\_y\\_seguridad\\_social.aspx#/](https://www.redjurista.com/Documents/decreto_433_de_1971_ministerio_de_trabajo_y_seguridad_social.aspx#/)
63. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Decreto 770 de 1995. “Por el cual se aprueba el Acuerdo número 536 de 1974 del Consejo Directivo del Instituto Colombiano de Seguros Sociales sobre reglamento general del seguro de enfermedad general y maternidad” [Internet]. Apr 30, 1975. Available from: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/1162682>
64. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Decreto 1650 de 1977. “Por el cual se determinan el régimen y la administración de los seguros sociales obligatorios, y se dictan otras disposiciones” [Internet]. Jul 18, 1977. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=65489>
65. Tafur LA. El sistema de salud de Colombia. Desafíos y oportunidades para la formación del talento humano en salud. Plan de Desarrollo 2011-2030.
66. Constitución Política de Colombia. Art. 48. 7 de julio de 1991. Colombia;
67. Constitución Política de Colombia. Art. 49. 7 de julio de 1991. Colombia;
68. Calderón CAA, Botero JC, Bolaños JO, Martínez RR. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. Cien Saude Colet [Internet]. 2011 Jun;16(6):2817–28. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000600020&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600020&lng=es&tlng=es)
69. Machucca Albarracín D. La Auditoría, concepto actual o antiguo. Vol. 4, Revista

Ciencia y Cuidado. 2007. p. 51–7.

70. Ministerio de Salud. Decreto 2174 de 1996. “Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud” [Internet]. Nov 28, 1996. Available from: <https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?id=1761211>
71. Ministerio de Salud. Resolución 1474 de 2002. “Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.” Nov 7, 2002.
72. Kerguelén CA. Calidad en salud en Colombia. Los principios. 2008.
73. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1445 de 2006. “Por la cual se definen las funciones de la Entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones”. [Internet]. May 17, 2006. Available from: [http://www.avancejuridico.com/actualidad/documentosoficiales/2006/46271/r\\_mps\\_1445\\_2006.html](http://www.avancejuridico.com/actualidad/documentosoficiales/2006/46271/r_mps_1445_2006.html)
74. Ministerio de Protección Social. Resolución 1446 de 2006. “Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.” 2006.
75. Superintendencia Financiera. Circular Externa 51 de 2007. 2007.
76. Presidencia de Colombia. Decreto 4295 de 2007. “Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 872 de 2003.” [Internet]. Nov 6, 2003. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=27565>
77. Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Resolución 77 de 2007. “Por la cual se corrigen unos recursos y sus correspondientes códigos en el anexo del decreto de liquidación del Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal de 2007” [Internet]. Oct 25, 2007. Available from: [http://www.avancejuridico.com/actualidad/documentosoficiales/2007/46792/r\\_mh\\_0077\\_2007.html](http://www.avancejuridico.com/actualidad/documentosoficiales/2007/46792/r_mh_0077_2007.html)

78. Presidencia República de Colombia. Decreto 903 de 2014 Nivel Nacional. “Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud” [Internet]. 2014 [cited 2021 May 31]. Available from: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=57358>
79. CONSULTORSALUD. Decreto Único del Sector Salud – Decreto 780 de 2016 [Internet]. CONSULTORSALUD. [cited 2021 May 31]. Available from: <https://consultorsalud.com/decreto-unico-del-sector-salud-decreto-780-de-2016/>
80. Ministerio de Salud y Protección Social. 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”. [Internet]. Nov 25, 2019. Available from: [https://santarosadecabalrisaralda.micolombiadigital.gov.co/sites/santarosadecabalrisaralda/content/files/000560/27995\\_resolucion-no-3100-de-2019-inscripcion-de-prestadores-y-habilitacion-de-servicios-de-salud.pdf](https://santarosadecabalrisaralda.micolombiadigital.gov.co/sites/santarosadecabalrisaralda/content/files/000560/27995_resolucion-no-3100-de-2019-inscripcion-de-prestadores-y-habilitacion-de-servicios-de-salud.pdf)
81. Organización Mundial de la Salud. Acerca de los sistemas de salud [Internet]. WHO. World Health Organization; 2015 [cited 2021 May 27]. Available from: <https://www.who.int/healthsystems/about/es/>
82. Barbosa WGJ. El derecho a la salud: una búsqueda inacabada para la sociedad colombiana. Rev EAN. 2013;(67):107.
83. Vega R. Vigencia y relevancia de la Atención Primaria de Salud. Rev Gerenc Polit Salud. 2008;7(14):7–10.
84. Blanco SG. Fundamentos de la auditoría en salud muestra [Internet]. Available from: <https://es.slideshare.net/GWIP/fundamentos-de-la-auditora-en-salud-muestra>
85. Secretaría Central de ISO en Ginebra S. Norma Internacional ISO 19011 - Directrices para la auditoria de los sistemas de gestión. 2018.

86. Pavón Rosero LE. La auditoría médica como herramienta de control en la administración hospitalaria del Ecuador [Internet]. Vol. 1, Imprenta Calderón. 2017. 159 p. Available from: [http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/13411/1/La auditoria médica.pdf](http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/13411/1/La_auditoria_médica.pdf)
87. Garaycochea V. Auditoría Médica. Paediátrica. 2000;3(1).
88. Álvarez Heredia F. Calidad y auditoría en salud [Internet]. 3rd ed. 2015 [cited 2021 May 27]. Available from: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=samWdGAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT17&dq=auditoría+concurrente&ots=xB3T8pCCIJ&sig=xTqVyxuxb5Wi9S8-UUq\\_Rct-m0A#v=onepage&q=auditoría concurrente&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=samWdGAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT17&dq=auditoría+concurrente&ots=xB3T8pCCIJ&sig=xTqVyxuxb5Wi9S8-UUq_Rct-m0A#v=onepage&q=auditoría concurrente&f=false)
89. Benitez YC, Ramos T F, Renginfo IK. Propuesta de metodología para la auditoría de cuentas médicas en la unidad prestadora de servicios de salud de la policía nacional Tolima. Universidad del Tolima; 2020.
90. Red Global de Conocimientos en Auditoría y Control Interno. El Papel de la Interventoría en la Contratación Estatal [Internet]. [cited 2021 May 27]. Available from: <https://www.auditool.org/blog/sector-gobierno/282-el-papel-de-la-interventoria-en-la-contratacion-estatal>
91. Rodríguez-Villamizar LA, Acosta-Ramírez N, Ruíz-Rodríguez M. Evaluación del desempeño de servicios de Atención Primaria en Salud: experiencia en municipios rurales en Santander, Colombia. Rev Salud Pública [Internet]. 2013 Mar 1 [cited 2021 May 31];15(2):167–79. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/38073>
92. Rodríguez-Villamizar LA, Ruiz-Rodríguez M, Acosta-Ramírez N. Evaluación de un modelo de atención primaria en salud en Santander, Colombia. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2015 Dec 2;34(1). Available from: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/22613>
93. Grupo de Promoción de la Salud. Dirección Seccional de Salud y Protección Social

- de Antioquia. La estrategia de Atención Primaria en Salud, un desafío en el Departamento de Antioquia.
94. Secretaria de Salud Alcaldía Mayor de Bogotá, Organización Panamericana de la Salud. Reflexiones y experiencias en Atención Primaria en Salud en Bogotá, D.C. 2004-2007 [Internet]. 2007 [cited 2021 May 31]. Available from: [https://www.paho.org/col/dmdocuments/Reflexiones y experiencias.pdf](https://www.paho.org/col/dmdocuments/Reflexiones_y_experiencias.pdf)
  95. Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS lleva salud a los lugares más apartados de Colombia gracias al apoyo de CERF - Colombia | ReliefWeb [Internet]. 2011 [cited 2021 May 31]. Available from: <https://reliefweb.int/report/colombia/opsoms-lleva-salud-los-lugares-más-apartados-de-colombia-gracias-al-apoyo-de-cerf>
  96. Jiménez A. Sistematización experiencia local de atención primaria en el litoral pacífico Colombiano.
  97. Olarte LC. Política Pública en Salud: Atención Primaria con enfoque en salud familiar.
  98. Montenegro Guerrero CM. Experiencia del desarrollo de la APS en Tunja, Boyacá 2016-2019: perspectiva desde los actores involucrados. Universidad Javeriana; 2021.
  99. OPS. El legado en Atención Primaria Social que Caldas le entrega al mundo [Internet]. 2019 [cited 2021 May 27]. Available from: <https://nacionesunidas.org.co/noticias/el-legado-en-atencion-primaria-social-que-caldas-le-entrega-al-mundo/>
  100. Ministerio de Salud y Protección Social. 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 - Pie ". Feb 24, 2015.
  101. Gobernación de Antioquia, Secretaría de Salud y Protección Social de Antioquia.

- Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud. 2018; Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamiento-ruta-promocion-mantenimiento.pdf>
102. Ministerio de Salud. Política Nacional de Talento Humano en Salud . Bogotá D.C; 2018 Jul.
  103. Fajardo JL. El rol y funciones del auditor medico como gestor del riesgo en salud. El rol y funciones del Audit Med como gestor del riesgo en salud. 2017;
  104. Herland T. Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria de Salud en los Países de América del Sur. Doc Autoral APS en los países Suramérica [Internet]. 2014;(November):7–51. Available from: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/10/mapasPeruSAGS1.pdf>
  105. Vega R, Acosta N, Mosquera PA, Restrepo O. Así vamos en salud. Mapeo de la APS en Colombia [Internet]. 2009. 56–86 p. Available from: [http://www.globalhealthequity.ca/electronic library/Atencion Primaria Interfal de Salud.pdf](http://www.globalhealthequity.ca/electronic_library/Atencion Primaria Interfal de Salud.pdf)
  106. Restrepo Zea JH, Zapata Cortés OL. Desafíos de la gobernanza en salud en Colombia: Una mirada con actores del sistema de salud. Documento de Trabajo del GES. 2021 Mar.
  107. Yepes Luján FJ. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. Rev Gerenc Polit Salud [Internet]. 2010 [cited 2021 May 31];9(18):118–23. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v9n18s1/v9n18s1a11.pdf>
  108. Bass del Campo C. Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutiveidad de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? Medwave [Internet]. 2012 Dec 1;12(11):5571–5571. Available from: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/5571>
  109. Ministerio de Salud Perú. Modelo de atención integral de salud basado en familia y

- comunidad [Internet]. 2011 [cited 2021 May 31]. Available from: <http://www.minsa.gob.pe>
110. Dullak R, Rodriguez-Riveros MI, Bursztyn I, Cabral-Bejarano MS, Ruoti M, Paredes ME, et al. Atención Primaria en Salud en Paraguay: panorámica y perspectiva. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2011 [cited 2021 May 31];16(6):2865–75. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2011.v16n6/2865-2875/es>
111. Laurell AEC. Competing health policies: insurance against universal public systems. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2016;24. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692016000100300&lng=en&tling=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100300&lng=en&tling=en)
112. Departamento Nacional de Planeación. Evaluación de procesos y resultados de la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) en el Guainía. Producto 4 - Informe de Resultados de la Evaluación [Internet]. 2017 [cited 2021 May 31]. Available from: [https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Evaluacion\\_Modelo\\_Integral\\_Atencion\\_Salud\\_MIAS\\_Guainia\\_informe.pdf](https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Evaluacion_Modelo_Integral_Atencion_Salud_MIAS_Guainia_informe.pdf)
113. Castro RE, Palacios A, Arenas A, Martorell B, De Citar F. Modelo cuantitativo para mejorar el financiamiento de la atención primaria en Chile Investigación original. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41.