

EL ROL Y FUNCIONES DEL AUDITOR MEDICO COMO GESTOR DEL RIESGO EN SALUD

Monografía para optar al grado como Auditor en Salud

Autor
Jorge Luis fajardo Caviedes
Médico y Cirujano

Universidad Santo Tomas de Aquino
Facultad de Economía
Posgrados en Seguridad Social y Salud Pública
Sede Bogotá
2017

EL ROL Y FUNCIONES DEL AUDITOR MEDICO COMO GESTOR DEL RIESGO EN SALUD

Monografía para optar al grado como Auditor en Salud

Autor

Jorge Luis fajardo Caviedes
Médico y Cirujano

Asesor

Diego Elías Medina Ocampo
Profesional de la Economía,
Especializada en Gestión Pública, Gerencia Hospitalaria,
Maestría en Dirección en Finanzas.
Candidato a doctorado en Administración Gerencial.

Universidad Santo Tomas de Aquino
Facultad de Economía
Posgrados en Seguridad Social y Salud Pública
Sede Bogotá
2017

CONTENIDO

RESUMEN.....	4
CAPITULO I: DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.1. Introducción	5
1.1.1. Definición del problema.....	5
1.1.2. Marco teórico y conceptual	6
1.2. Objetivos.....	9
1.2.1 Objetivo General	9
1.2.2. Objetivos Específicos.....	9
1.3. Material y Método	10
1.3.1 Clasificación de la Investigación.....	10
1.3.2 Operacionalización de las variables.....	10
1.3.3. Procedimiento	11
1.4. Ámbito de Aplicación.....	11
1.5. Justificación	11
CAPITULO 2. ASEGURAMIENTO Y MODELO SALUD. LA AUDITORIA MÉDICA EN EL MARCO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	12
2.1 Aseguramiento y Modelo de Salud. Alcance del Sistema de Aseguramiento existente en el país desde Ley 100 y decretos reglamentarios. Un abreve reseña	12
2.2. La Auditoria Médica en el marco del SGSSS	17
2.2.1 La Auditoria Médica – Normatividad en el SGSS	18
2.2.2. Conceptos de Auditoria Médica	22
2.2.3. Papel y funciones que ha cumplido el auditor Médico en Colombia hasta la actualidad.	23
CAPITULO 3. UNA NUEVA CONCEPCION EN EL MODELO DE SALUD Y DE LA AUDITORIA MÉDICA EN EL MARCO DE LA LEY ESTATUTARIA EN SALUD.....	25
3.1 Gestión de la enfermedad y riesgo en salud	25
3.2 Alcance de la Ley Estatutaria y decretos reglamentarios. Una nueva concepción de un modelo de salud-PAIS-MIAS.....	28
3.3 Gestión del Riesgo en Salud y Auditoria Médica en el contexto de la PAIS y el MIAS.....	31
CAPITULO 4. PERFIL DEL CARGO DEL AUDITOR MEDICO EN EL MARCO DE LA LEY ESTATUTARIA BASADO EN COMPETENCIAS	34
4.1 Marco Teórico sobre la definición de Competencias	35
4.2 Modelo de Estructuración del Perfil de cargo por competencias.....	35

4.3 Diseño del Perfil del cargo, basado en competencias, para el auditor medico como gestor del riesgo en salud y sus funciones	37
4.3.1 Misión del Cargo- Propósito.....	37
4.3.2 Competencias.....	38
4.3.2.1. Competencias básicas y de empleabilidad	38
4.3.2.2. Competencias Funcionales (Técnicas).....	39
4.3.2.2.1 Competencias Funcionales Transversales	39
4.3.2.2.2 Competencias Funcionales Específicas.....	41
5. CONCLUSIONES	47
6. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	48

RESUMEN

El modelo de atención en salud propuesto por la ley 100 de 1993 ha sido reformado por la Ley Estatutaria en salud, la cual define un nuevo enfoque en la prestación de los servicios de salud tomando como estrategias para la obtención de resultados costo/efectivos: El fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud-APS y la implementación de un modelo de gerenciamiento del riesgo en salud de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS. Para el alcance de este fin el Ministerio de Salud y la Protección Social- MSPS desarrolló la Política de Atención Integral en salud-PAIS y el Modelo de Atención Integral en salud MIAS, donde se definen las estrategias para la implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud-GIRS por todos los agentes del Sistema, a través de la prestación de servicios de salud, a través de Rutas de Atención Integral (RIAS) mediante la conformación de Redes integrales de Prestadores de servicios de Salud (RIPS). Este nuevo modelo de atención requiere de la coordinación eficiente de equipos multidisciplinarios para llevar a cabo las estrategias de gestión integral de riesgo. Así mismo requiere de la redefinición del rol actual de los auditores médicos como profesionales idóneos para desempeñarse como gestores del riesgo en salud, debido a su formación académica específica y la experiencia necesaria dentro de la operatividad del sistema de salud colombiano.

Palabras clave: Riesgos en salud, gestión del riesgo, Rutas integrales de atención.

CAPITULO I: DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Introducción

1.1.1. Definición del problema

En la actualidad los servicios de salud en Colombia se organizan según la estructura concebida en el Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSS, establecido desde la ley 100 de 1993, donde se concibe la organización y prestación de servicios de salud de manera integral bajo los principios de Universalidad, Solidaridad, Igualdad, la prevalencia de Derechos, Equidad, Calidad, Continuidad, Corresponsabilidad y Enfoque Diferencial, entre otros. La ley marco prevalenciente en el país, definió la necesidad de organizar un Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC Decreto 1011, 2006) de la Atención, incluyendo a la auditoría médica, con el fin de controlar, evaluar y garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Recientemente con la promulgación de la ley 1751 del 2015, conocida como Ley estatutaria en salud en Colombia, se pretende hacer un mayor énfasis en la calidad en la prestación de los servicios, mediante estrategias para la *Gestión Integral del Riesgo en salud*, para lo cual se requiere de la interacción eficiente entre los distintos actores del sistema en un esfuerzo conjunto por obtener resultados costo/eficientes en salud, de manera que estos sean medibles, cuantificables e intervenidos oportunamente, evitando la aparición de la enfermedad y/o reducir la carga de la misma.

El desarrollo de la ley estatutaria se ha venido reglamentando, y para ello, se definió la Política de Atención Integral en salud-PAIS, mediante la expedición la resolución 0429 del 17 de febrero del 2016. Esta política contiene un marco estratégico, fundamentado en la Atención Primaria en Salud- APS, promoviendo la salud familiar y comunitaria, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones y un marco operacional concebido en el Modelo de Atención Integral en Salud-MIAS.

Este nuevo enfoque en salud lleva a interrogar si el rol tradicional desempeñado por los auditores médicos se articula con la gestión integral del riesgo de la población afiliada al sistema, como estrategia para alcanzar resultados costo/eficientes en la prestación de los servicios.

Para llegar entender mejor el escenario planteado es necesario realizar una descripción del rol desempeñado por el auditor médico dentro del sistema de salud en Colombia y la influencia de las modificaciones normativas más relevantes desde la ley 100 de 1993.

En este documento se pretende realizar un abordaje práctico de lo que ha sido hasta hoy el ejercicio de la profesión del auditor médico y plantear un nuevo marco operacional y estructural del rol del Auditor Médico, acorde a las necesidades actuales del sistema en materia de gerenciamiento del riesgo en salud.

1.1.2. Marco teórico y conceptual

Para reconocer el contexto actual de la prestación de los servicios de salud en el territorio colombiano y definir el nuevo rol del auditor médico como gestor del riesgo en salud, es pertinente hacer un recorrido histórico desde los orígenes del SGSSS y sus reformas posteriores, haciendo énfasis en las consideraciones específicas de reforma en cuanto al papel que cumple y debe desarrollarse desde el profesional de la auditoría médica.

Historicamente a partir de la expedición de la Ley 100 de 1993 se estructuró en Colombia el SGSSS y las condiciones para la prestación de los servicios de salud bajo un esquema de aseguramiento progresivo y soportado financieramente por el estado (régimen subsidiado) y las contribuciones obrero-patronales (régimen contributivo), con participación de instituciones privadas, fundamentado en los principios de solidaridad, continuidad, accesibilidad, oportunidad y calidad en la atención de los usuarios del sistema.

Esta ley fue definida desde la Constitución Política de 1991, en la cual nuestro país es concebido como un Estado Social de Derecho que consagra la vida como un derecho fundamental e inviolable, elevando el concepto de la Seguridad Social bajo una categoría de Servicio público de carácter obligatorio (1), dentro de la cual “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado”(2).

Con la expedición de la ley 100 de 1993 surge la necesidad de vigilar, controlar e inspeccionar los procesos institucionales de administración y prestación de servicios, asegurando que los mismos se organicen y presten bajo los principios citados anteriormente y de manera integral a los ciudadanos colombianos. Puede afirmarse que

desde este momento, se concibe el concepto de la auditoria médica, y el papel del profesional que ejerce dichas funciones, centrándose en la revisión de cuentas médicas, validando la pertinencia técnico-científica del quehacer médico, como los servicios relacionados de esa actuación a las tarifas pactadas entre administradoras y prestadoras, regulando y conteniendo los costos de la prestación de los servicios de salud.

Posteriormente mediante la Ley 1122 de 2007 se realizaron los ajustes al SGSSS, en lo referente a la dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y en las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación eficiente y coordinada de servicios de salud (3). En este sentido el papel de los auditores médicos se enfocó en el mejoramiento continuo de la calidad de todos los procesos relacionados con la prestación de los servicios, para lograr mayores y mejores resultados costo-efectivos en salud.

Cuatro años después se expide la Ley 1438 de 2011, la cual plantea el fortalecimiento del SGSSS, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud de manera que la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad promuevan la creación de un ambiente sano y saludable para mejoramiento de la salud, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean las personas residentes en el país. De esta manera se contempla la necesidad de integrar y armonizar a todos los actores del sistema con el fin común de lograr intervenciones efectivas en la salud de la población colombiana.

Con la expedición de la Resolución 2003 del 2014, mediante la cual “se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud”(4) se definió el papel del profesional de la auditoria médica como verificador de condiciones de habilitación de las instituciones de salud para garantizar un cumplimiento de estándares básicos en la prestación de los servicios de salud y garantizar la seguridad en la atención en salud de los pacientes. En esta resolución se enunciaron pautas de comportamiento por parte de los miembros del grupo de verificadores durante la visita a las entidades, fomentando el respeto y la amabilidad como ejes principales en la comunicación con el personal de las instituciones prestadoras.

Por último, la aprobación y expedición de Ley 1751 del 16 de febrero de 2015 o reforma estatutaria en salud “por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”(5), la establece la salud como un derecho fundamental, que incluye el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. (6) Es la primera ley estatutaria en Colombia para un derecho fundamental como lo es la salud. En su contenido se precisa como ejes principales “el principio de la integralidad” (7), en el cual la atención de los pacientes debe realizarse desde la promoción de la salud, la prevención, diagnóstico, tratamiento, paliación y rehabilitación de la enfermedad sin barreras administrativas para el acceso a los servicios.

Para desarrollar el alcance la ley estatutaria en salud se reglamentó, mediante la Resolución 429 del 17 de febrero del 2016, la Política de Atención Integral en Salud-PAIS, la cual consta de un marco estratégico y un modelo operacional. El marco operacional de la política está definido por el Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS, que exige:

“(…) poner a disposición de los integrantes un conjunto de herramientas (políticas, planes, proyectos, normas, guías, lineamientos, protocolos, instrumentos, metodologías, documentos técnicos) que integran los objetivos del sistema de salud con los del SGSSS, orientan la respuesta del sistema y alinean su regulación” (8)

El objetivo del MIAS es lograr un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención, y costos acordes a los resultados obtenidos y para su implementación define diez componentes operacionales:

- Caracterización de la población
- Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)
- Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS)
- Delimitación territorial del MIAS
- Redes integrales de prestadores de servicios de salud (RIPS)
- Redefinición del rol del asegurador

- Redefinición del esquema de incentivos
- Requerimientos y procesos del sistema de información
- Fortalecimiento del talento humano en salud
- Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento.

Estos son los componentes que se tendrán en cuenta en el momento de elaborar el rol del auditor médico como gestor de riesgo en salud en el desarrollo temático de este trabajo, enfatizando las actividades y funciones desde la estrategia de gestión integral del riesgo en salud para una atención costo - eficiente de la población colombiana.

1.2. Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Diseñar el rol del auditor medico basado en competencias y funciones, en el marco del modelo de atención integral de salud- MIAS-, acorde a lo establecido en la Ley Estatutaria en Salud de Colombia 2015.

1.2.2. Objetivos Específicos

- 1.2.2.1 Reconocer el rol del auditor médico en el marco del sistema de seguridad social en salud desde la expedición de la ley 100 de 1993 y sus reformas.
- 1.2.2.2 Identificar y fundamentar en el nuevo modelo de salud integral MIAS expedido en la nueva reforma estatutaria de Colombia, el rol y nuevo papel del auditor médico
- 1.2.2.3 Diseñar el nuevo rol del auditor medico basado en el modelo de competencias, precisando el desarrollo de la personalidad, el comportamiento, desarrollo de la eficiencia, y las competencias de acción que debe asumir el auditor en el nuevo contexto.

1.3. Material y Método

1.3.1 Clasificación de la Investigación

Es una investigación, observacional, descriptiva, analítica. A partir de la revisión documental de la normatividad que rige el sistema de seguridad social en salud, y material relacionado con el papel tradicional de los auditores médicos en el ejercicio de su profesión, se pretende plantear un nuevo rol de los auditores acorde con las necesidades actuales del sistema de seguridad social en salud plasmadas en la política de atención integral en salud-MIAS, como son la gestión del riesgo individual y colectivo en la salud de la población, recobrar la confianza entre los actores del sistema, reducir la carga de enfermedad y lograr resultados en salud.

1.3.2 Operacionalización de las variables

De acuerdo con los objetivos planteados, se presenta las variables a estudiar con su respectiva escala de clasificación:

Variables	Operacionalización	Fuente
Modelo de salud en el marco del sistema de aseguramiento	Problema Marco teórico como un subcapítulo	Ley 100 de 1993, Marcos referenciales de aseguramiento
Rol tradicional del auditor en el marco del aseguramiento	Identificar funciones/resultados Generar elementos que permitan clasificarlas	Marcos Teóricos enviados Normatividad que rige al auditor
Nuevo Modelo MIAS-PAIS	Definir Categorías como Riesgo	Ley estatutaria/ Decretos
Modelo por competencias	Estructurar el modelo aplicable al auditor según roles identificados en la norma	Modelo Teórico según fuentes.

Tabla 1. Escala de clasificación de variables de acuerdo con los objetivos planteados

1.3.3. Procedimiento

Mediante la revisión de marcos normativos relacionados con el SGSSS vigentes en el país, se logró identificar el rol del profesional de la auditoría médica a través del tiempo, permitiendo precisar y diferenciar las funciones tradicionales de actuación del profesional a las que se considera deben ser hoy el marco de actuación del profesional con la expedición de la Ley estatutaria y sus decretos reglamentarios.

Al identificar cada uno de estos elementos y conceptos, se ha definido y construido el nuevo rol del profesional de la auditoría médica, soportado en el marco teórico del modelo por competencias, diseñando el quehacer y actuación a ser desarrollado por el profesional de la auditoría médica.

1.4. Ámbito de Aplicación

El perfil del cargo desarrollado en el presente documento aplica a todos los profesionales médicos auditores que desarrollen sus funciones dentro de las instituciones que conforman el actual SGSSS; con el objetivo liderar programas de gestión del riesgo impactando en la calidad de vida de las personas.

1.5. Justificación

Este estudio se justifica en tanto pretende aportar elementos estructurales en los contenidos de la formación del estudiante de auditoría en salud para mejorar su desempeño como profesional mediante el fortalecimiento de sus competencias, acorde a los retos en salud enmarcados en la ley estatutaria del 2015, la política y modelo de atención integral en salud.

CAPITULO 2. ASEGURAMIENTO Y MODELO SALUD. LA AUDITORIA MÉDICA EN EL MARCO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

En esta capítulo se abordará de manera ordenada: los conceptos generales sobre el sistema de salud, aseguramiento y modelo de salud colombiano; la normatividad que rige al sistema de salud y las normas que introdujeron y desarrollaron el concepto de la auditoría médica en el país; y por último la descripción de los roles y funciones que han desempeñado por auditor médico en el marco del SGSSS.

2.1 Aseguramiento y Modelo de Salud. Alcance del Sistema de Aseguramiento existente en el país desde Ley 100 y decretos reglamentarios. Un abreve reseña

Según la OMS un sistema de salud “es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud” (9); y sus cuatro funciones principales son: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión. De acuerdo con Murray y Frenk (10), los objetivos finales, básicos de los sistemas de salud son tres:

- (i) Mejorar el nivel de salud de la población durante todo el ciclo de vida.
- (ii) Ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, respetando su dignidad, su autonomía y la confidencialidad de la información.
- (iii) Garantizar seguridad financiera en materia de salud mediante esquemas de financiamiento de los servicios de salud que sean justos y que protejan a la población contra gastos desproporcionados por motivos de salud.

Estos objetivos se alcanzan, a través de cuatro funciones básicas: la prestación de servicios y su financiamiento, la rectoría del sistema y la generación de recursos para la salud. (Ver figura 1).

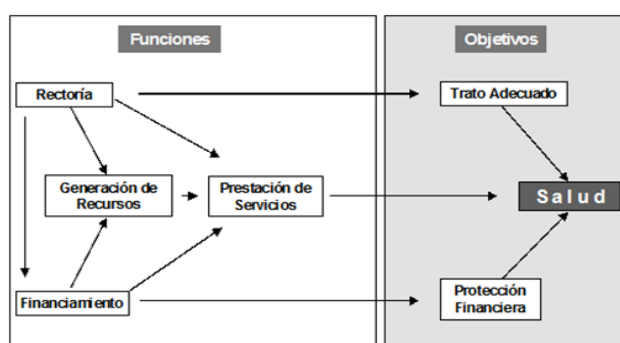


Figura 1. Funciones y objetivos de un sistema de salud. Dirección General de Evaluación del Desempeño [Internet]. México D.F. consultado 31 de mayo de 2007. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/marco/marco_objetivos.htm

Según Acosta Ramírez “hasta 1993, el sistema de salud colombiano se caracterizaba por un modelo mixto, en el cual la atención de la población estaba bajo la responsabilidad de diferentes organizaciones: seguridad social, entidades estatales dependientes del ministerio de salud y el sector privado. Estas instituciones desempeñaban sus funciones tradicionales de financiamiento y prestación de servicios de salud a través de un mecanismo de integración vertical, concentrados en un grupo poblacional particular; por ende, el sistema de salud se organizaba y giraba en torno a diferentes grupos sociales” (11). (Ver figura 2). Este sistema de salud era esencialmente público desde su rectoría, como los mecanismos de financiación y operación. Los recursos fiscales de la nación financiaban en su mayoría los hospitales públicos para la atención de la población más pobre, sin lograr niveles de cobertura importante y los mecanismos de seguimiento y control de la prestación y de los recursos públicos se efectuaba desde los Servicios Seccionales de Salud de cada departamento; los mecanismos de auditoría eran incipientes, y muy limitados a procesos administrativos, y desarrollo de actividades según metas de cobertura propuestas por el Ministerio de salud a cada departamento. El sistema de salud en su momento fue evaluado en su etapa final de desarrollo hacia el año 1993, como un sistema ineficiente debido a la multiplicidad de funciones, altamente burocratizado y propenso a la corrupción, todos argumentos que motivaron los desarrollos subsiguientes del sistema de salud en Colombia.

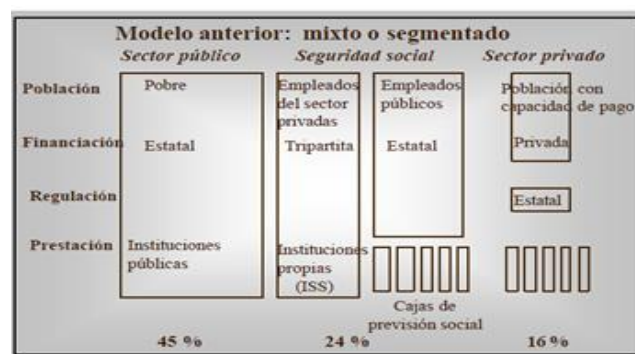


Figura 2. Estructura del modelo de salud Colombia antes de la Ley 100 de 1993. Tomada: *Reforma colombiana de salud basada en el mercado: una experiencia de “Managed care y managed competition”* p: 13.

Con la Constitución Política de 1991, Colombia se declara como un Estado Social de Derecho que consagra la vida como un derecho fundamental e inviolable (12). De allí se deriva la obligatoriedad jurídica para la provisión de servicios de salud por parte del

Estado (y/o agentes particulares delegados por éste) en aras de garantizar el mencionado derecho fundamental. Bajo este marco, la Constitución de 1991 consagra la categoría del Sistema de Seguridad Social como “un servicio público de carácter obligatorio”(13) dentro de la cual “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado”(14). Es entonces cuando, basado en estos principios, se promulga la Ley 100 de 1993, la cual da origen a un nuevo modelo de organización y funcionamiento de la atención, denominado el sistema de seguridad social integral en salud- SGSS.

Acosta Ramírez define en su artículo que “esta reforma considera un abordaje del sistema de salud que involucra conceptos como el de aseguramiento universal en salud, competencia entre aseguradores y prestadores de servicios, define un modelo integral de atención en salud, separa las funciones del sistema en entidades diferenciadas y establece nuevos mecanismos financieros”. (15)

Según Acosta Ramírez “con la reforma de 1993, Colombia adopta un nuevo sistema de salud. Este modelo conlleva cambios organizacionales como la creación de aseguradoras y la instauración del modelo de atención gerenciada (managed care) para la intermediación en la prestación de servicios. Adicionalmente, se instaura un mercado de competencia regulado en el aseguramiento y prestación de servicios (managed competition)”.



Figura 3. Estructura del sistema de salud en Colombia después de la reforma de 1993. Tomada: Reforma colombiana de salud basada en el mercado: una experiencia de “Managed care y managed competition” p: 16

Asimismo, plantea que este nuevo modelo de sistema de salud tiene características particulares, ya que es un sistema de seguro obligatorio, con libertad de elección de los usuarios, separación de la compra y la prestación de servicios, a través de organizaciones

denominadas Empresas Promotoras de Salud (EPS) y Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS). Estas organizaciones combinan las funciones de asumir el riesgo por la prestación de servicios y ser responsables de organizar la red de atención. (Ver figura 3).

En Colombia, a partir de la expedición de la 100 de 1993, se adoptó un modelo de aseguramiento comercial, basado en el principio de la solidaridad en el financiamiento, en pro de lograr una cobertura universal en el aseguramiento de la población, equidad en los servicios y mejorar la calidad en los mismos. Esta reforma a la salud introdujo la participación del sector privado en el modelo del aseguramiento y prestación de servicios de salud, fomentando la competencia gerenciada entre las hoy llamadas EPS e IPS con la regulación del Estado, con la cual se pretendía mejorar la eficiencia del sistema.

Como lo describe Meza Carvajalino “(...) Colombia asumió la prestación del servicio de salud bajo el esquema de *mercado de competencia regulada*, cuyas características distintivas consiste en un Estado regulador y la creación de un sistema de aseguramiento para la *provisión de servicios a través de una red privada de instituciones*”.(16)

La citada ley definió las condiciones para la prestación de los servicios de salud basado en los principios de solidaridad, continuidad, accesibilidad, oportunidad y calidad en la atención de los usuarios. El SGSS reconoce para su financiamiento y operación una unidad de pago por capitación-UPC al asegurador (EPS), con un valor diferencial según a la edad, género y lugar de residencia del afiliado. Este mecanismo de financiamiento entrega a las EPS la responsabilidad de asegurar la atención en salud a la población afiliada a su cargo, y para ello construye una red de prestadores de distintos niveles de complejidad para la atención a sus usuarios; de esta relación contractual, surge la necesidad de evaluar la calidad y la eficiencia de los procesos en la prestación de los servicios, dando lugar al surgimiento del auditor médico con el SGSS.

De esta manera se va creando la figura del profesional que ejecute las acciones de monitorizar, supervisar y controlar los procesos institucionales e interinstitucionales (tanto a nivel estatal, de EPS e IPS) para garantizar el correcto funcionamiento del SGSS en lo referente a la calidad en la atención, costo-efectividad en la prestación de los servicios y buen trato a los usuarios. Esta competencia y rol la empieza a ejercer inicialmente un médico entrenado para el proceso, y posteriormente un profesional más calificado como

lo es el auditor medico, el cual surge como una necesidad y avances del SGSSS implementado en Colombia.

Posteriormente con los avances en la reglamentación y desarrollo del SGSS se ha buscado mejorar y fortalecer los principios rectores consagrados tanto en la Constitución Nacional de Colombia y la Ley 100 de 1993, a la vez generar mecanismos administrativos reguladores y de control en el mismo.

Es así como con la reforma estructural del SGSSS en Colombia con la expedición de la Ley 1122 de 2007, se busca mejorar los temas de cobertura de planes de beneficio (PB), accesibilidad al sistema de prestación, y mayor regulación; la esencia de esta reforma, estuvo marcada por la modificación de temas relacionados con gobernanza y dirección del SGSS con la creación de la Comisión de Regulación de Salud (CRES), el fortalecimiento del sistema de vigilancia y control a través de la Superintendencia de Salud, la regulación de los toques de contratación de la red propias de las EPS, la obligación de contratar con la red pública municipal y departamental. En materia de financiamiento, se modificaron esquemas de cotización al régimen contributivo, y de financiamiento del régimen subsidiado. En materia de cobertura esta ley define la meta del 100% de la misma.

Finalmente esta reforma busca fortalecer dos propósitos esenciales del SGSS: regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso a toda la población a los servicios de salud en todos los niveles de atención.

La reforma del sistema de seguridad social en el 2011, mediante la Ley 1438 buscó mejorar la calidad del sistema, haciéndolo más equitativo, incluyente y sostenible, con énfasis en las necesidades de los usuarios, teniendo en cuenta que su objetivo es alcanzar las metas en calidad y cobertura universal. Los grandes propósitos de esta ley fueron: la generación de nuevos recursos al sector salud de manera permanente, los cuales permitirán financiar la unificación del plan de beneficios, garantizar la universalidad del aseguramiento y la portabilidad nacional. Igualmente, en su contenido incluyó en su momento la formación de talento humano en salud, política farmacéutica, organización de redes de prestación de servicios y fortalecimiento de hospitales, sistemas de información

y otras disposiciones para hacer más efectivas las funciones de inspección, vigilancia y control.

Al revisar la normatividad existente en el país en materia de seguridad social en salud desde la expedición de la Ley 100 de 1993, y sus reformas denominadas estructurales, se puede reconocer que el objetivo del legislador y de los organismos técnicos de salud, es generar cambios que contribuyan asegurar del derecho a la salud de la población, buscando resolver problemáticas relacionadas con la accesibilidad, mejorar los niveles de inequidad y mejorar la eficiencia y calidad en el sistema de salud,

En una revisión al desarrollo y evolución del SGSS en Colombia, si bien se evidencian avances importantes en materia de cobertura, mecanismos de financiamiento y calidad en la atención, hoy todavía persisten deficiencias relacionadas con: fragmentación en los niveles de atención para la prestación de los servicios de salud y falta de continuidad en la atención; gastos excesivos en la operatividad del sistema, poco regulados y controlados; 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. En esta fragmentación del sistema de salud, el auditor médico ha centrado su papel en tratar de lograr la mal llamada contención del costo medico desde una mirada desconocedora del empresario en salud sin el desarrollo de un ejercicio de auditoría planeada, ordenada y enfocada hacia la obtención de resultados en salud que permitan evaluar el impacto en la calidad de vida de las personas. Es desde esta lectura que el nuevo rol del auditor medico se debe concebir, comprender y desarrollar al revisarse el contenido de la ley estatutaria.

2.2. La Auditoria Médica en el marco del SGSSS

Para entender mejor el concepto de auditoría dentro del campo de salud es necesario exaltar que la auditoria ha estado presente desde los inicios de la medicina, como una herramienta de revisión y verificación continua y sistemática de procesos médicos y sus resultados, con el objetivo de alcanzar el mejoramiento continuo y la estandarización gradual de la práctica médica, con el fin de *disminuir la variabilidad clínica y minimizar los riesgos de las intervenciones en salud*. En este sentido el ejercicio de la práctica médica

lleva implícita un proceso de mejoramiento continuo en búsqueda de las mejores alternativas y tecnologías que mejoren las condiciones de salud del paciente.

En aras de controlar y minimizar los riesgos inherentes a la práctica de las distintas profesiones en salud y evitar las complicaciones derivadas de errores de la mala práctica se gesta el concepto de auditor médico como el profesional médico responsable de velar por la seguridad y la calidad en la atención de los pacientes, desde lo asistencial fomentando la cultura de educación continuada y la calidad del dato registrado en las historias clínicas; y desde lo administrativo en la tramitación de autorizaciones de medicamentos, procedimientos e intervenciones acordes a las necesidades del paciente, siempre siguiendo el concepto de pertinencia técnica científica ; este rol ha sido fortalecido con el surgimiento del SGSSS vigente en el país desde 1993, momento desde el cual se concretan las formas de contratación entre aseguradoras y prestadoras, precisando servicios a prestar según PB, condiciones de atención, tarifas de los servicios, y demás condiciones administrativas de atención.

2.2.1 La Auditoria Médica – Normatividad en el SGSS

El modelo de salud concebido en el SGSSS está enmarcado en las relaciones contractuales entre entidades aseguradoras y prestadoras del servicio de salud, donde el papel del auditor médico es el de ser garante de derechos de los usuarios y el papel del asegurador el de garantizar el acceso, la oportunidad y condiciones de la prestación por parte de las IPS, según las obligaciones contractuales pactadas y los derechos del usuario.

El siguiente marco normativo, permite reconocer, el surgimiento del quehacer y obligaciones del auditor médico a medida que se avanza en la reglamentación del sistema de seguridad social en salud. Para esto es

Importante enumerar en orden cronológico la publicación y entrada en vigencia de las normas que rigen el SGSS, con una breve descripción de cada una de ellas y enfatizando en las que más ha influenciado en el papel de los auditores médicos colombianos a la fecha.

Ley 100 del 23 diciembre de 1993. Establece que para garantizar la calidad en la prestación de los servicios es necesario organizar un sistema de garantía de la calidad que incluya la auditoría médica, de manera obligatoria (17). En este momento se gesta el concepto de auditoría médica en Colombia y su finalidad primordial: la calidad de la atención que se brinda en los servicios de salud a los ciudadanos.

Resolución 1445 del 8 de mayo del 2006. “Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones, Para efecto que el ente acreditador evalúe el nivel de calidad en la atención alcanzada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.”

Decreto 1011 del 3 de abril del 2006, este decreto define a la *Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud*, como “el 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”(18) y la *Calidad de la atención de salud* como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”. Además, enumera como características del SOGCS la *accesibilidad, Oportunidad, seguridad, pertinencia, y la continuidad* (19).

El mismo decreto define los niveles de operación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, desde el autocontrol, entendido como que “cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización” (20). Es de destacar que esta puede ser la medida de control más importante de todo el sistema, dado el impacto que tiene en los resultados de la atención de manera individual desde la misma atención médica, y en la que el auditor medico juega un papel importante como promotor de la cultura organizacional desde su rol como auditor para el mejoramiento de la calidad. Los otros dos niveles de operación son: la auditoría interna por la cual la institución puede adquirir la cultura del autocontrol; y la auditoría externa cuyo propósito es verificar que se estén realizando los anteriores tipos de auditoría.

Este decreto define los tipos de acciones del modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad, como acciones *preventivas, de seguimiento y coyunturales* (21), las cuales son

la base para el desempeño del médico como auditor de calidad, tanto desde la planeación como la ejecución de las actividades propias de su auditoría dentro de las instituciones.

Decreto 4747 de 7 diciembre del 2007. Establece los mecanismos de pago para la compra de los servicios de salud y dentro de las condiciones mínimas de los acuerdos para la prestación de los servicios incluye: término de duración, monto o los mecanismos que permitan determinar el valor total del mismo, información general de la población objeto con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico, servicios contratados, mecanismos y forma de pago, tarifas que deben ser aplicadas los servicios prestados, el proceso y operación del sistema de referencia y contrarreferencia, periodicidad en la entrega de Información de los servicios prestados y registro en archivos planos reconocidos como RIPS (registro individual de prestación de servicios); periodicidad y forma como se adelantará el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad y la revisoría de cuentas, mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia del acuerdo de voluntades, mecanismos para la solución de conflictos, mecanismos y términos para la liquidación o terminación de los acuerdos de voluntades, teniendo en cuenta la normatividad aplicable en cada caso. Se precisa en contenido la clasificación única de procedimientos en salud presentada en reglamentaciones anteriores, que las IPS deben presentar a las entidades responsables del pago, las facturas con los soportes de acuerdo con el mecanismo de pago y se determina la expedición del manual único de glosas, devoluciones y respuestas, con los cual se dan las herramientas para que el auditor se desempeñe como revisor de cuentas médicas, a partir de lo pactado contractualmente entre el asegurador y el prestador, lo definido dentro de los PB y la pertinencia técnico-científica del médico tratante.

La Ley 1122 de 2007. Planteó ajustes al SGSSS, en la dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y en las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud. Esto supone una participación por parte de los auditores médicos desde el mejoramiento de la calidad en todos los procesos intra y extra institucionales para el logro de los objetivos propuestos por la citada ley.

Ley 1438 del 19 enero del 2011. Define el fortalecimiento del SGSSS, a través de la universalización del aseguramiento con cubrimiento a todo el territorio nacional, la unificación de los PB contributivo y subsidiado en 2015, y alcanzar la sostenibilidad financiera del sistema de salud. Esta ley plantea la implementación de una estrategia de la atención Primaria en Salud, el fortalecimiento y direccionamiento de las acciones de vigilancia y control, el mejoramiento de la gestión operativa y el flujo de los recursos financieros en las instituciones y el desarrollo de un sistema de información que permita reconocer el estado actual de salud de la población afiliada. (22)

Resolución 2003 de 28 de mayo del 2014: “Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención (...)”. En esta resolución se postuló al auditor médico como verificador de condiciones de habilitación de las instituciones de salud para garantizar el cumplimiento de estándares básicos en la prestación de los servicios de salud y la seguridad en la atención de los pacientes. En esta resolución se enunciaron pautas de comportamiento por parte de los miembros del grupo de verificadores durante la visita a las entidades, fomentando el respeto y la amabilidad como ejes principales en la comunicación con el personal de las instituciones y se separa el rol tradicional del médico auditor de cuentas, dando mayor importancia al gerenciamiento de la calidad dentro de las instituciones con miras a la acreditación de las mismas como centros de excelencia

Decreto 0256 del 5 de febrero del 2016.

Define la finalidad del monitoreo de la calidad en salud dentro de las siguientes acciones: (artículo 3)

- Fomentar un adecuado uso y aprovechamiento de la información para el mejoramiento de la calidad en salud
- Gestionar el conocimiento y asegurar la implementación efectiva de intervenciones y estrategias para el logro de los resultados en salud
- Contribuir con la medición del desempeño y resultados de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para facilitar la toma de decisiones y suministrar a los ciudadanos información con la cual puedan ejercer el derecho a la libre elección

- Promover acciones de mejoramiento, atendiendo al principio de eficiencia del Sistema de Información para la Calidad, contemplado en el artículo 47 del Decreto 1011 de 2006 y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

2.2.2. Conceptos de Auditoría Médica

Según lo expresado por Francisco Álvarez (23) la auditoría médica es definida como un proceso de evaluación continuo, sistemático y objetivo de la atención médica con base en el análisis crítico y objetivo de la historia clínica. La finalidad principal de este tipo de auditoría es monitorizar, controlar y mejorar la calidad de la atención en salud, contribuyendo de manera continua a la educación de los profesionales de la salud; es decir que apunta a la actuación del médico como tal. Dentro de sus objetivos principales se destacan: Evaluar la calidad de las historias clínicas, evaluar la calidad de la atención de acuerdo con protocolos establecidos, lograr un uso racional de medicamentos, utilizar adecuadamente la cama hospitalaria, evaluar el cumplimiento de protocolos de manejo y lograr pertinencia en incapacidades por enfermedad general y maternidad.

De igual forma, *La auditoría clínica* es definida como un proceso de evaluación retrospectivo que cubre la totalidad de la prestación de un servicio de salud y tiene que ver con todo el conjunto de acciones ejecutadas por todo un equipo interdisciplinario de atención en salud. Dentro de sus objetivos se destacan: Diseñar, implantar y desarrollar sistemas de garantías de calidad; establecer los criterios de acreditación de hospitales; diseñar indicadores y estándares por calidad; evaluar la eficiencia, la eficacia y la efectividad de la administración y la calidad de la atención médica y sus impactos.

El autor destaca en su obra que “la auditoría médica tiene las siguientes características: *objetiva, documental, planeada, confidencial, permanente, participativa, flexible y debe ser realizada por profesionales de amplio conocimiento y experiencia* y, ajenos a la materia objeto de la auditoría”. Resalta, además, que “la auditoría médica es que ella debe ser realizada por especialistas de reconocido prestigio profesional y que no hayan intervenido en el caso objeto de auditoría”, teniendo en cuenta que el proceso de auditoría médica conlleva un juicio de orden científico y técnico de la actividad médica, el cual no puede ser realizado por personas inexpertas.

El mismo autor en su obra enumera otras clases de auditoría, como son:

- (a) *Auditoría administrativa*. “Es el examen sistemático de la organización para evaluar su proceso gerencial, logro de objetivos, procedimientos, valores corporativos, instalaciones y equipos, que determinan el cumplimiento de su misión”
- (b) *Auditoría operativa*. “También se llama auditoría gerencial, de gestión, de racionalidad económica, por medio de ella se trata de determinar si la correspondiente entidad o institución utiliza óptimamente o con criterio económico, los recursos productivos puestos a su disposición”, analizando las causas y los posibles remedios de las situaciones presentadas.
- (c) *Auditoría financiera*, entendida como “el examen objetivo, sistemático de los estados financieros básicos, tales como: Balance general, estado de resultados, estado de utilidades y el estado por flujo en efectivo”.
- (d) *Auditoría social*. Su campo de actuación lo constituyen todas aquellas funciones y actividades de la empresa que tienen un alcance social y, en particular, el denominado balance social, extendiéndose a todos aquellos aspectos y acciones de la empresa que repercuten favorable o desfavorablemente al bienestar del personal de la propia empresa y de los ciudadanos en general.
- (e) *Auditoría interna*. Es la efectuada por personal que tiene relación de dependencia laboral con la empresa o entidad. No obstante, este personal es independiente de los elementos objeto de su examen.
- (f) *Auditoría externa*. Es la efectuada por profesionales independientes de la empresa o entidad.

2.2.3. Papel y funciones que ha cumplido el auditor Médico en Colombia hasta la actualidad.

El rol y las funciones desempeñados por los auditores médicos en Colombia han estado enmarcados dentro de las normas enumeradas anteriormente y su ejercicio se ha dividido en tres grandes campos, como los son la auditoría de cuentas médicas, la auditoría de calidad y la auditoría concurrente.

En el ejercicio de la auditoría de Cuentas Médicas, el auditor parte del conocimiento de las relaciones contractuales establecidas entre la empresa que realiza la auditoria y la empresa auditada teniendo en cuenta las condiciones pactadas para la prestación de los servicios, los regímenes de afiliación, los niveles de atención, los planes de beneficios, las características de la población asignada y la normatividad vigente. Posteriormente se realiza una evaluación sistemática y detallada del proceso de facturación de las cuentas resultantes de la prestación de los servicios de salud. Para este ejercicio el auditor tiene en cuenta los registros clínicos y la pertinencia técnico-científica, la concordancia de la información en los soportes y la completitud de los mismos. En este sentido el auditor medico ha tenido una mayor participación en la optimización y racionalización del uso de los recursos en salud apuntando a un equilibrio financiero de las instituciones, más que al mejoramiento de la calidad en la atención desde el punto de vista asistencial y administrativo.

Para entender el rol del auditor medico dentro de la auditoria de la calidad es importante conocer el propósito de la Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud consagrados en el título IV del Decreto 1011 de 2006, el cual es el de “orientar a los diferentes actores del sistema hacia una adecuada manera de implementar y promover la gestión de los procesos de mantener la salud de la población”. En este sentido el rol del auditor medico se ha centrado en monitorizar y controlar los procesos al interior de las instituciones de salud con el principal objetivo de lograr el mejoramiento continuo y alcanzar así la calidad esperada, la cual se define a partir de la autoevaluación de estándares de habilitación, certificación y acreditación en salud, y velar por el cumplimiento y garantía de condiciones de seguridad para la prestación de los servicios sanitarios.

El auditor médico también se ha desempeñado en el campo de la auditoria concurrente, en la cual se realiza una evaluación sistemática, continua e integral de la calidad de la asistencia médica de manera presencial durante la ejecución de las atenciones médicas dentro de las instituciones que prestan el servicio de salud, lo que permite validar el uso racional y adecuado de los servicios, su prestación dentro de la cobertura dentro de la norma, la pertinencia para los mismos según las guías y protocolos establecidos. Además, permite verificar la satisfacción del usuario y evaluar la calidad del diligenciamiento de la historia clínica.

CAPITULO 3. UNA NUEVA CONCEPCION EN EL MODELO DE SALUD Y DE LA AUDITORIA MÉDICA EN EL MARCO DE LA LEY ESTATUTARIA EN SALUD

La ley estatutaria define un nuevo enfoque de la atención en salud, basado en la identificación de los riesgos latentes para el desarrollo de enfermedad en la población colombiana, y su gestión mediante el fortalecimiento de la atención primaria en salud. Para alcanzar este fin, se desarrolló la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), las cuales definen el modo en el que se realizaran las intervenciones en salud, para que estas sean más costo-efectivas. Asimismo, se definen las rutas de atención que deben ser implementadas por los agentes del sistema de salud basados en el enfoque de gestión del riesgo. En este sentido se generan nuevos retos en el campo de la auditoria médica en su papel fundamental de mejorar los procesos de atención en salud para alcanzar los objetivos de la política PAIS. En este capítulo se desarrollarán los conceptos esenciales contenidos en la PAIS, MIAS y la gestión del riesgo, que permitirán desarrollar el perfil del cargo y funciones del auditor médico en respuesta al nuevo enfoque para entregar los servicios de salud a la población colombiana.

3.1 Gestión de la enfermedad y riesgo en salud

En las últimas décadas se han desarrollado en el mundo los conceptos de atención gerenciada (Managed Care) y el de gestión de la enfermedad (Disease Managment). La primera es un término genérico para una variedad de procesos que procuran intervenir las conductas de atención médica de los profesionales para generar efectividad clínica y resultados costo-efectivos. En su versión más simple, atención gerenciada es la gestión de práctica médica. La gestión de la enfermedad es el proceso por el cual los responsables de la prevención, diagnóstico y tratamiento de una enfermedad acuerdan sobre las normas, personal y costos que deben ser incorporados en la provisión de atención (24). En Colombia la Ley 100 de 1993 está orientada hacia la promoción y la prevención de las enfermedades. Sin embargo, en la fecha de promulgación de esta ley no existía el concepto actual de la gestión integral del riesgo sino el de prevención de la enfermedad, la cual podría ser primaria, secundaria o terciaria, según el momento de la evolución de la enfermedad en la cual se realizará la intervención.

Colombia, desde la Ley 1438 de 2011 viene evolucionando hacia la adopción de modelos de gestión integral del riesgo, mediante la priorización de grupos de riesgo, focalizando y definiendo acciones e intervenciones costo efectivas específicas a nivel poblacional e individual con el fin de reducir la carga de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de las personas.

Le Ley Estatutaria en salud del 2015 presenta un marco normativo, donde la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) define el enfoque hacia el cuidado de la salud y la prevención de la enfermedad, tal como se refleja en los lineamientos de la PAIS, la cual se encuentra desplegada en la resolución 429 del 17 de febrero del 2016 y a la que se hará referencia en subcapítulos posteriores

En la actualidad una buena parte de las empresas administradoras de planes de beneficio (EABP) han adoptado esquemas de gestión integral del riesgo para cohortes de pacientes crónicos y de alto costo, en donde se caracteriza y segmenta la población de riesgo en grupos de atención especial de acuerdo con patologías específicas (por ejemplo, hipertensión arterial, y diabetes). Estos grupos son gestionados por equipos multidisciplinarios en salud que cuentan con la formación integral y el entrenamiento necesario en el manejo de estas patologías, y son liderados por profesionales médicos, auditores en la mayoría de los casos (o médicos con formación en medicina familiar), a los cuales se les perfila como gestores del riesgo en salud, con el fin de brindar una atención de manera integral basados en guías de práctica clínica y protocolos de atención donde están establecidas las metas específicas de control de cada enfermedad y se definen las acciones más costo-efectivas para alcanzarlas, así como tiempos y rutas de acceso óptimos a los tratamientos e intervenciones médicas que sean requeridas para evitar el deterioro del estado de salud de las personas, provocado en muchas ocasiones, por intervenciones tardías y demoras en el acceso a los servicios. Todo este proceso con la finalidad de evitar la enfermedad y tratar oportuna y eficazmente las patologías de la población disminuyendo sus complicaciones, cuyas acciones de tratamiento requieren un mayor gasto de los recursos de la salud. Este enfoque se articula con lo que actualmente se promueve desde el Ministerio de la Protección Social en Salud (MPSS) como parte de la implementación del MIAS, mediante el diseño de las Rutas Integrales de Atención (RIAS), las cuales definen las responsabilidades que comparten los distintos agentes del aseguramiento y la atención en salud, a través de la organización de programas de atención de riesgos para los pacientes, de tal modo que se identifique y priorice la

totalidad de la población afiliada y se clasifique según criterio de riesgo para definir las intervenciones que permitan a la persona prevenir la aparición de la enfermedad o recuperar su estado de salud, minimizando las secuelas, las complicaciones médicas y los riesgos de las intervenciones en salud. (25)

Para reconocer el enfoque de riesgo y entender mejor el rol del auditor médico como gestor de riesgo en salud, se parte del reconocimiento de algunas definiciones de riesgo:

- *Evento en salud.* es la ocurrencia de la enfermedad en sí misma.
- *Factor de riesgo.* Es la exposición a una amenaza o la vulnerabilidad a sufrir daño. Las amenazas incluyen fenómenos de origen natural, socio-natural, tecnológico, humano o biológico mientras que la vulnerabilidad puede ser debida a factores físicos, ambientales, económicos y sociales del entorno en el cual habita el individuo
- *Factores causales.* Son los múltiples factores que se asocian con la ocurrencia de esa enfermedad
- *Efectos.* Las diversas situaciones que se generan una vez la enfermedad ocurre. La gestión del riesgo en salud puede entenderse como el proceso de afrontar la situación de salud de una población o de una persona que busca reducir la ocurrencia de enfermedades combinando simultáneamente: *medidas preventivas*, enfocadas a anticiparse modificando factores de riesgo y protectores que sean modificables para evitar que ocurra la enfermedad y *medidas mitigadoras*, que modifican los efectos de la enfermedad evitando complicaciones (secuelas, discapacidad, incapacidad y muerte) costos para el SGSSS, el paciente y su familia; y posibles eventos adversos derivados de la atención médica.

Por lo tanto, el propósito de la gestión del riesgo en salud es proteger a una sociedad de las pérdidas en el desarrollo socioeconómico por la reducción en la productividad derivadas de la enfermedad y la discapacidad de los ciudadanos al evitar que las personas enfermen, vivan con discapacidad o mueran prematuramente en relación con la generación a la cual pertenecen.

3.2 Alcance de la Ley Estatutaria y decretos reglamentarios. Una nueva concepción de un modelo de salud-PAIS-MIAS

La ley 1751 del 2015 establece en el marco normativo del Estado Colombiano, que la salud es un derecho fundamental del ciudadano, donde el Estado es el garante de su cumplimiento y no los intermediarios, el ciudadano puede gozar de su derecho sin estar limitado a su capacidad de pago. Igualmente esta ley da prelación e importancia a los resultados en salud, la calidad en la prestación de los servicios y la interacción eficiente entre los distintos actores del sistema, mediante las estrategias basadas en la gestión integral del riesgo y la atención primaria en salud de manera que estos sean medibles, cuantificables e intervenidos precoz y oportunamente para evitar la aparición de la enfermedad y/o reducir la carga de la misma.(26)

Los objetivos centrales de la reforma de 1993 hicieron énfasis en expandir la protección financiera de las familias ante los gastos catastróficos derivados de los costos asociados a los servicios de salud mediante el aseguramiento; y mejorar el acceso mediante la extensión del mismo. En cambio, en el Sistema de Salud planteado por la Ley Estatutaria, el objetivo es la integralidad y equidad en el acceso a los servicios. En la Ley 100 la acción regulatoria del Estado se orienta a propiciar las condiciones de los agentes que permitan la protección del riesgo financiero. En la Ley Estatutaria esa acción regulatoria se dirige hacia garantizar un acceso integral y equitativo, mediante la conjunción de los objetivos, procesos de atención y mecanismos financieros en el bienestar del individuo y la preservación de su mejor estado de salud. La estructura institucional derivada de la Ley 100 de 1993 debe adaptarse a los objetivos planteados por la Ley Estatutaria. Esto no supone la generación de un nuevo sistema de seguridad social, pero sí implica necesariamente el cambio en las prioridades del Estado como regulador y la subordinación de las prioridades e intereses de los agentes a los objetivos de una regulación que centra el sistema en el ciudadano. (27)

Es así como la ley estatutaria constituye una oportunidad para reorientar las prioridades del Sistema, así como su operación hacia el beneficio del ciudadano. Adopta entonces, un enfoque colectivo de la salud presente tanto en las acciones de promoción y prevención para todas las personas como en las obligaciones del Estado Destaca la formulación y adopción de “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”. Los principios resaltan además la universalidad y equidad del derecho, así como de una política destinada a reducir las desigualdades de los “determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida” Obliga al Estado a la definición de un modelo integral de atención, comprendido en el ámbito de la reducción de desigualdades y los determinantes sociales cuando plantea que los servicios deberán “ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, el sistema de provisión, cubrimiento o financiación, definido por el legislador” (28)

Es importante resaltar los beneficios y dificultades que afronta la nueva reforma a la salud, de donde parten nuevos retos para el SGSS y los usuarios del mismo y permite reconocer y organizar las estrategias para implementar sus disposiciones: La Ley Estatutaria en salud, trae diferentes beneficios para los usuarios, dentro de los que se destacan:

- El reconocimiento de la salud los colombianos como un derecho fundamental, es decir, a nadie se le puede negar el acceso al servicio de salud y tienen derecho a un servicio oportuno, eficaz y de calidad;
- La obligación del Estado a garantizar y proteger el debido cumplimiento del derecho a la salud, mediante la adopción de decisiones que no conlleven al deterioro de la salud de la población;
- Se establecen los deberes y derechos de los pacientes para la prestación del servicio.
- se establece la prohibición de la negación del servicio, siendo la entidad que incumpla con este principio sujeta a sanciones por parte de los entes de vigilancia y control
- Se unifica el Plan de Beneficios en salud- PBS, a través del cual los pacientes pueden acceder a todos los servicios necesarios para su recuperación, con excepción de tratamientos que tengan una finalidad cosmética; que no tengan evidencia científica sobre su efectividad, eficiencia y seguridad clínica; que estén en fase de experimentación y que se tengan que prestar en el exterior
- Se regulará el precio de los medicamentos por parte del Gobierno mediante una Política Farmacéutica Nacional que busca la transparencia en la oferta de medicamentos necesarios para proteger el derecho fundamental de la salud.

La ley define como principales dificultades para su implementación, que el sistema de salud actual está enfocado en la prevención y el tratamiento de la enfermedad y no en

preservar la salud; la alta carga de enfermedad prevalente en la población colombiana, con predominio de patologías cardiovasculares; la existencia de inequidades regionales y poblacionales en salud; la fragmentación y desintegración en la atención de los usuarios dentro del sistema; la poca resolutiveidad en los niveles primarios para dar respuesta en las necesidades médicas de la población sobretodo en zonas dispersas y la desconfianza y desonestidad entre los agentes del sector salud.

Basado en las dificultades expuestas, esta nueva reforma al sistema define tres grandes retos a saber:

- *Mejorar resultados en salud y promover equidad en el acceso:* para lograr este objetivo se requiere disminuir las brechas en los resultados en salud; mejorar acceso a los servicios sanitarios; mejorar la calidad en la atención y gestionar integralmente el riesgo en salud
- *Garantizar la sostenibilidad financiera del sistema*
- *Recuperar la confianza y legitimidad del sistema,* a través de la generación de mecanismos para simplificar los procesos en la prestación de los servicios; mejorar la calidad de la información; facilitar la participación y comunicación con los usuarios y garantizar una mejor regulación y supervisión por los entes de control. (29)

Por su parte la Ley del Plan de Desarrollo 2014 – 2018 retoma el marco de la Ley Estatutaria de Salud. En el artículo 65 se faculta al Ministerio de Salud y Protección Social para definir la Política de Atención Integral en Salud, con el enfoque de atención primaria, salud familiar y comunitaria, articulación de actividades colectivas e individuales, con enfoque poblacional y diferencial. Dicha Ley específica que se contará con rutas de atención, se fortalecerá el prestador primario y la operación en redes integrales de servicios. (30)

Atendiendo a lo expuesto en el párrafo anterior se adoptó a través de la resolución 429 del 17 de febrero del 2016 la PAIS, la cual contiene un marco estratégico, fundamentado en la atención primaria en salud con un enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones; y un marco operacional que corresponde MIAS. Por tanto, el propósito de la ley estatutaria, la PAIS y el MIAS es la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, lo cual requiere una atención centrada en el ciudadano.

3.3 Gestión del Riesgo en Salud y Auditoría Médica en el contexto de la PAIS y el MIAS

El objetivo del MIAS es el logro de un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención, y resultados costo efectivos en salud. Para su implementación, la cual requiere el trabajo conjunto desde las EABP y los distintos prestadores, se definen diez (10) componentes operacionales:

- Caracterización de la población;
- Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS);
- Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud;
- Delimitación territorial del MIAS;
- Redes integrales de prestadores de servicios de salud;
- Redefinición del rol del asegurador;
- Redefinición del esquema de incentivos;
- Requerimientos y procesos del sistema de información;
- Fortalecimiento del talento humano en salud;
- Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento

Para los objetivos de esta monografía se resaltan algunos componentes importantes, que permitirán focalizar el rol del auditor médico dentro del campo de la gestión del riesgo en salud:

Grupos de riesgo. Corresponden a grupos de población con características similares en términos de factores de riesgo comunes para el desarrollo de enfermedades específicas (por ejemplo la obesidad como factor de riesgo para el desarrollo de hipertensión y diabetes), diagnósticos clínicos relacionados, beneficio de intervenciones comunes (por ejemplo valoración nutricional, psicológica y terapia física) con lo que se facilita la entrega de los servicios necesarios para la gestión integral de los riesgos y la enfermedad para lograr resultados efectivos desde el tratamiento brindado por equipos de salud multidisciplinarios.

Rutas Integrales de Atención en Salud-RIAS. Son el conjunto de acciones que integran el manejo del riesgo y de la enfermedad a partir de la evidencia científica en cada grupo de riesgo. Su alcance se concentra en el cuidado y la gestión de la persona, ya sea en su condición de persona sana con riesgo, con la enfermedad o con discapacidad establecida

y cubre todos los aspectos desde la promoción, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de estas condiciones.

Red Integral de Prestación de Servicios (RIPS). Son el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, públicos y privados, ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional en un componente primario y complementario, bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad; al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutive a la población; contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención así como los resultados en salud.

Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS). Comprende un conjunto de acciones dirigidas a minimizar el riesgo de ocurrencia de enfermedad y a reducir la severidad de las consecuencias de la misma, una vez ésta se ha presentado. Esto implica la coordinación, monitoreo y ajuste de todas las acciones intencionales y planificadas dentro de cada grupo de riesgo a partir de las RIAS. La GIRS tiene por tanto un componente colectivo a cargo de la entidad territorial, uno individual que es función primordial de la EAPB, articulada a la gestión clínica que ejecuta la red de prestación de servicios.

- El riesgo colectivo, articulada con las acciones adelantadas por otros sectores y con las acciones de gestión individual del riesgo que ejecuta el asegurador, aplicando acciones preventivas sobre los determinantes de la salud para disminuir la probabilidad de aparición de la enfermedad o controlan la probabilidad de ocurrencia de eventos producidos por deficiencias en los servicios de salud.
- El enfoque individual para la gestión del riesgo involucra el análisis de la historia natural del riesgo en salud, lo cual parte desde los factores biológicos, los determinantes sociales que afectan a los individuos, su estilo de vida y el impacto de los entornos institucionales y sociales con los que interactúa y los factores incrementales asociados a la enfermedad y discapacidad. Esto incluye acciones orientadas hacia la minimización del riesgo de padecer la enfermedad y el manejo integral de la enfermedad una vez se ha presentado.
- La gestión individual del riesgo también involucra la reducción de riesgos derivados de la gestión clínica de la enfermedad y el manejo de la prevención secundaria y terciaria

en la enfermedad crónica y la multienfermedad, siendo las instituciones prestadoras y sus grupos multidisciplinarios los encargados de la gestión del riesgo clínico.

Dentro de los elementos y procesos de la gestión integral del riesgo en salud, que conectan tanto los procesos de gestión del riesgo individual y colectivo, se destacan los siguientes:

- *Tamización, identificación y seguimiento de personas en riesgo de enfermedad*
- *Conformación de cohortes para seguimiento de personas de acuerdo a riesgos de enfermedad.*
- *Análisis de riesgo de la población con enfoque diferencial*
- *Caracterización y clasificación del riesgo de las personas*
- *Conformación de grupos de riesgo*
- *Planeación de la atención según grupos de riesgo con enfoque diferencial*
- *Implantación de intervenciones hacia la apropiación social del riesgo*
- *Intervención sobre la apropiación individual del riesgo*
- *Definición de rutas integrales de atención en salud para los diferentes grupos de riesgo*
- *Modificación del riesgo a través de acciones costo efectivas aplicadas por personal de salud y prestadores de servicios*
- *Clasificación y seguimiento según métodos de diferenciación según riesgo y tipo de intervención clínica*
- *Monitoreo y seguimiento de intervenciones y sus efectos*
- *Orientación del gasto hacia la prevención efectiva*
- *Vigilancia de la gestión del riesgo*
- *Gestión de la calidad de los procesos de atención*
- *Coordinación administrativa- técnica de los servicios*

En este sentido la Gestión Integral del Riesgo definida en el MIAS, es una estrategia que se opera de manera intencionada, con procesos y protocolos definidos de intervención, sistemas de clasificación de riesgos y sistemas de monitoreo y evaluación de resultados. Por este motivo se requiere de un líder coordinador e integrador de los procesos mencionados que logre direccionar los esfuerzos salud hacia los objetivos propuestos dentro del marco del modelo integral de salud. Los auditores médicos son las personas idóneas para desempeñar estas funciones dentro de las diferentes entidades que

conformar el Sistema de salud, aprovechando al máximo los conocimientos adquiridos durante su formación profesional en los ámbitos de pregrado y posgrado y la aplicación de los mismos en el óptimo desempeño de sus funciones como gestores de riesgo, basados en competencias, de las que se tratara en el siguiente capítulo. (31)

CAPITULO 4. PERFIL DEL CARGO DEL AUDITOR MEDICO EN EL MARCO DE LA LEY ESTATUTARIA BASADO EN COMPETENCIAS

Para definir el perfil del cargo del auditor médico como gestor del riesgo en salud, tanto en el ámbito asegurador como de prestación de servicios de salud, se hace necesario reconocer algunos de los contenidos de la Ley Estatutaria en Salud y la Política de Atención Integral en salud, en particular aquellos relacionados con la calidad e idoneidad del profesional médico, entre otros:

“Los establecimientos, Servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de Calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los Servicios y tecnologías ofrecidos”

Se puede identificar dentro de lo establecido en la política PAIS, algunas deficiencias en materia de formación del recurso humano en salud, precisándose de la siguiente forma, “las competencias y perfiles del recurso humano formado para garantizar el servicio primario en salud son insuficientes para potenciar mayor capacidad resolutive, profundizando la baja respuesta institucional y generando represamiento de demandas en salud (...)”. (32)

Basado en los argumentos definidos por el MSPS, se considera importante elaborar y estructurar un perfil del auditor médico de manera integral, acorde a los lineamientos contenidos en la Ley estatutaria, los cuales serán desarrollados en este capítulo, precisando para ello, las competencias y funciones a cumplir por el profesional de la auditoria médica, en su rol como gestor del riesgo en salud dentro del marco de la política PAIS y el modelo de atención MIAS.

4.1 Marco Teórico sobre la definición de Competencias

Una competencia es un patrón de conducta de una persona relacionado con su rendimiento superior en un puesto de trabajo dentro de una organización. Este concepto incluye conductas desde el *hacer, el pensar y el sentir*. De esta manera siempre se incluyen: *la intención, la acción y el resultado*.

Las competencias profesionales son los atributos de la persona que abarcan un conjunto de conocimientos, destrezas y aptitudes brindando la capacidad de realizar las actividades correspondientes a una profesión conforme a los niveles esperados de un puesto de trabajo específico.

Las competencias se desarrollan a través de las experiencias de aprendizaje a distintos niveles desde el saber (los conocimientos adquiridos), saber hacer (las técnicas o procedimientos aprendidos) y el ser (desde las actitudes o valores adquiridos por cada persona). Se considera que todas las competencias son aprendidas y desarrollables, aunque en distinto grado. (33)

4.2 Modelo de Estructuración del Perfil de cargo por competencias.

Para la elaboración del perfil de cargo del auditor médico como gestor de riesgo en salud en el presente trabajo se empleará del modelo de competencias de La Fundación Chile-FCH, el cual clasifica las competencias en función de su naturaleza, contexto en que se desarrollan y usos más frecuentes. Asimismo, define los tipos de competencias de la siguiente manera:

- **Competencias básicas:** Son aquellas que se desarrollan principalmente en la educación inicial de cada persona (básica, secundaria, educación superior) y que comprenden aquellos conocimientos y habilidades que permiten progresar en el ciclo educativo e integrarse a la sociedad. Tradicionalmente se incluyen en estas competencias las habilidades en las áreas de lenguaje y comunicación, aplicación numérica, solución de problemas, interacción con otros y manejo creciente de tecnologías de información.

- **Competencias de empleabilidad:** Son aquellas capacidades requeridas específicamente para ingresar, mantenerse, desarrollarse y desempeñarse dentro del campo laboral. Incluyen las competencias básicas, pero en este caso aplicadas a la “demanda compleja” que constituye integrarse al mundo del trabajo. La competencia básica de comunicación oral y escrita, por ejemplo, deviene en competencia de empleabilidad cuando es aplicada para preparar un currículum vitae o cuando se asiste a una entrevista de trabajo.
- **Competencias conductuales:** Son aquellas que explican desempeños superiores o destacados en campo laboral y que generalmente se verbalizan en términos de atributos personales. Ejemplo de competencias conductuales son *la orientación al logro, la pro actividad, la flexibilidad, la innovación*, entre otras.
- **Competencias funcionales o técnicas.** Son aquellas requeridas por una persona para desempeñar las actividades dentro de sus funciones laborales, según los estándares y calidad esperados y establecidos por la empresa. Estas incluyen conocimientos, habilidades y actitudes medibles dentro de las funciones del cargo que ocupa. Pueden subdividirse en dos categorías: transversales y específicas:
 - *Las competencias funcionales transversales.* son aquellas relevantes a una gran cantidad de ocupaciones o funciones laborales dentro de un sector productivo de una institución. Un ejemplo son las competencias funcionales de gestión y aseguramiento de calidad, relevantes para todo trabajador responsable de los recursos financieros, humanos o materiales, y para toda la organización que ha adoptado un modelo de gestión centrado en la calidad de servicios.
 - *Las competencias funcionales específicas* están circunscritas a determinados puestos de trabajo y/u ocupaciones; por ejemplo, gestionar las cohortes de pacientes con base en unas condiciones de salud específica cómo pueden ser pacientes con enfermedades huérfanas. (34)

4.3 Diseño del Perfil del cargo, basado en competencias, para el auditor medico como gestor del riesgo en salud y sus funciones

La gestión integral del riesgo en salud demanda la utilización eficiente de todas las competencias del profesional en auditoria medica líder de este proceso dentro de las instituciones de salud, lo cual implica la puesta en marcha de sus conocimientos, habilidades, actitudes y aptitudes, llevándolas al máximo desempeño para resolver las diversas situaciones de salud del individuo, su familia y comunidad en el contexto de la Gestión Integral del Riesgo y las Rutas Integrales de Atención en salud dentro del marco del Modelo de Atención Integral en Salud- MIAS.

El perfil del cargo del profesional de la auditoria médica contiene las competencias transversales y específicas del mismo, teniendo en cuenta que para alcanzar la idoneidad profesional frente a una intervención específica, es crucial la integración equilibrada entre las mismas.

4.3.1 Misión del Cargo- Propósito

Garantizar la efectividad de la gestión del riesgo asignado, por medio del diseño, Implementación, seguimiento y control de un modelo de atención para la prestación de servicios de salud integrales, de calidad y costo/efectivos.

4.3.2 Competencias

4.3.2.1. Competencias básicas y de empleabilidad

COMPETENCIA	DESCRIPCION
Actitud de supervisión	Vigila el estricto cumplimiento y apego a las disposiciones jurídicas y administrativas.
Objetividad	Interviene en los procesos de gestión del riesgo en salud sin involucrarse de forma personal, evitando juicios que no respondan estrictamente al propósito de las acciones propias de su cargo. Para ello debe sujetarse a los procesos de planeación previstos, de contratación realizada y de ejecución evidenciada.
Creatividad	Es innovador en el momento de planear estratégicamente las actividades y acciones necesarias para la implementación del proceso de gestión de riesgos al interior de las instituciones donde desempeña sus labores.
Ética profesional	Aplica el conjunto de principios, valores y normas definidos desde el marco contractual y las políticas institucionales.
Apertura al cambio	Ser flexible en el momento de interpretar y ajustar sus acciones a la realidad cambiante de las instituciones de salud, los esquemas normativos en Colombia, el recurso humano, las nuevas tecnologías y avances en conocimientos científicos sobre el manejo de las enfermedades de la población.
COMPETENCIAS CONDUCTUALES	DESCRIPCION
Comunicación directa	Muestra habilidades para comunicar ideas e información a su equipo de trabajo, de manera precisa y acorde con las situaciones presentadas en el entorno laboral, dejando constancia por escrito de los planes de acción y su seguimiento, recomendaciones, retroalimentación y sugerencias al personal a cargo, así como la presentación de informes de gestión a sus jefes inmediatos.
Pro actividad	Anticipa actitudes y acciones a los hechos en pro de los procesos institucionales
Orientación al logro	Fomenta en los equipos de trabajo a su cargo un enfoque hacia la obtención de resultados en salud costo-eficientes, mediante la aplicación de las estrategias de identificación, clasificación y asignación de la población afiliada en grupos de riesgo y condiciones de salud específicas, favoreciendo las intervenciones requeridas.

Orientación hacia el cliente	Empoderamiento del caso del paciente en búsqueda de una solución a la problemática de salud que se presente mediante estrategias y acciones de seguimiento y demanda inducida diseñadas en conjunto con el asegurador y su red de prestadores.
Trabajo en equipo	Promueve acciones para alcanzar una comunicación efectiva y permanente con el personal a su cargo y con los equipos de trabajo de la red de prestadores y aseguradores en un esfuerzo conjunto para lograr una atención con calidad, continuidad y seguridad.
Liderazgo	Demuestra habilidad para integrar ideas del personal a su cargo y dirigir las acciones de gerenciamiento realizadas por el equipo multidisciplinario para obtener resultados eficientes.
Aprendizaje y desarrollo	Disposición e interés permanente hacia la transferencia y adquisición de nuevos conocimientos, demostrando interés en compartir, guiar, orientar o entrenar al equipo de trabajo, para fortalecer sus acciones, a través del, análisis de casos individuales y colectivos en salud y sus resultados, permitiendo intercambiar experiencias entre equipos de trabajo de los distintos prestadores de la red de atención y el ente asegurador para lograr un aprendizaje conjunto que permita la implementación de barreras de seguridad en función de prevenir futuras fallas en el proceso de atención en salud.

4.3.2.2. Competencias Funcionales (Técnicas)

4.3.2.2.1 Competencias Funcionales Transversales

CRITERIO	RESPONSABILIDAD	FUNCIONES ESPECIFICAS
Profesionalismo	Asumir el rol como gestor del riesgo con base a principios éticos y la normatividad legal vigente	○ Ejerce según sus competencias, con pertinencia clínica y uso racional de tecnologías, buscando el beneficio de los grupos de riesgo que gestiona. ○ Trabaja en equipo para alcanzar los objetivos comunes relacionados con la salud individual o colectiva de la población, en un escenario de respeto mutuo. ○ Coordina equipos multidisciplinarios, interdisciplinarios e interprofesionales, para la obtención de resultados en salud, desde criterios técnicos, humanos y éticos.
Reconocimiento del contexto	Actuar en coherencia con las necesidades de la población colombiana, y de responsabilidad del asegurador y del	○ Reconoce las características y responsabilidades del asegurador dentro del marco normativo, objetivos, estructura y organización del SGSSS. ○ Participa en el diseño y evaluación de programas de salud, acordes con las características y necesidades

CRITERIO	RESPONSABILIDAD	FUNCIONES ESPECIFICAS
	prestador, según las características y objetivos del Sistema de Salud.	poblacionales. ○ Identifica problemáticas en salud y propone acciones para mejorar calidad de vida de individuos y colectivos.
Ética y humanismo	El profesional se desempeña con compromiso y responsabilidad ética y social, en el cumplimiento de las normas, principios y valores que regulan el ejercicio de su profesión.	○ Establece comunicación asertiva con el individuo, la familia, la comunidad y demás profesionales del equipo de trabajo para promover el cuidado de la salud población. ○ Gestiona eficientemente la información, según principios éticos, técnicos y legales vigentes, respetando la privacidad del paciente ○ Promueve la equidad en la entrega de los servicios de salud ○ Comunica los hallazgos y resultados, generando acciones que aseguren intervenciones oportunas
Gestión del riesgo y de la enfermedad	Gestionar el riesgo en salud presente en la población, así como los recursos para la administración del aseguramiento y la adecuada y oportuna prestación de servicios de salud dentro del contexto de salud integral, actuando siempre en beneficio del usuario, las comunidades y el desarrollo de la profesión.	○ Participa en el diseño de la prestación de servicios de salud con enfoque en identificación temprana de riesgos, con base en criterios de suficiencia, calidad, oportunidad y costo beneficio para la población y el SGSSS. ○ Identifica los problemas de salud del paciente en los ámbitos político, social administrativo y técnico-científico, lo cual permite priorizar, buscando mecanismos de intervención ○ Promueve acciones que fortalezcan los servicios de salud y la gestión del riesgo a través del diseño y ajuste del modelo integral de atención ○ Evalúa los componentes de la calidad de los servicios de salud, de acuerdo con resultados en salud esperados y criterios de calidad y eficiencia establecidos.
Gestión del conocimiento	Gestionar conocimientos para la comprensión y solución de las necesidades y problemas de salud individual y colectiva, que procuren el mejoramiento de la administración y/o de	○ Aplica métodos científicos y asume un pensamiento crítico para resolver problemas relacionados con la salud individual y colectiva. ○ Promueve en sus equipos de trabajo la actualización constante en temas clínicos y normatividad vigente, asegurando la toma decisiones frente al estado de salud de la población a su cargo, basadas en la mejor literatura técnico/científica disponible.

CRITERIO	RESPONSABILIDAD	FUNCIONES ESPECIFICAS
	la prestación de los servicios de salud y el desarrollo de la profesión	○ Genera espacios de aprendizaje para la intervención de situaciones propias de su entorno de desempeño.

4.3.2.2.2 Competencias Funcionales Específicas

CRITERIO	RESPONSABILIDAD	FUNCIONES ESPECIFICAS
Planeación de la atención	Diseñar el Modelo de Atención para el grupo de riesgo (GR) asignado, articulando las estrategias del aseguramiento y de la prestación.	○ Realizar el análisis de las variables demográficas relacionadas con el grupo de riesgo, la demanda de servicios, la integración clínica de la atención, la calidad de la atención, y criterios de viabilidad. ○ Realiza análisis de riesgo de la población con un enfoque diferencial y por ciclo vital. ○ Caracterizar y clasificar el riesgo de los pacientes conformando grupos de riesgo (cohortes) para facilitar y garantizar las intervenciones en salud. ○ Determinar los enfoques más costo efectivos para el manejo del GR asignado de acuerdo con la medicina basada en la evidencia disponible ○ Definir las rutas de atención específica para cada GR, sus aspectos críticos y sus mecanismos de control. ○ Elaborar los planes de acción para controlar y minimizar el riesgo presente en los distintos GR según los análisis de la información obtenida en los ítems anteriores ○ Establecer las responsabilidades y las competencias de cada uno de los niveles de atención y de los profesionales del equipo responsable en la operación de la gestión del riesgo. ○ Participar en el desarrollo y actualización de los protocolos y guías de práctica clínica (GPC) para las patologías trazadoras del grupo de riesgo. ○ Promover la utilización de las ayudas diagnósticas con base en criterios de racionalidad técnico/ científica y efectividad ○ Establecer las actividades a ejecutar en cada programa: frecuencia de atención con los profesionales, ayudas diagnósticas, y todos los requerimientos pertinentes para el cumplimiento de las guías de práctica clínica

CRITERIO	RESPONSABILIDAD	FUNCIONES ESPECIFICAS
		- GPC. ○ Desarrollar el procedimiento y las actividades de seguimiento a los eventos evitables y a los resultados en salud de cada cohorte ○ Definir las variables trazadoras de seguimiento a cada grupo de población y/o cohorte ○ Desarrollar el instrumento de evaluación del Programa.
Planeación de la atención	Planear, organizar y gestionar, de acuerdo a las prevalencias del grupo de riesgo, la red de atención que garantice la cobertura, integralidad y calidad en la prestación de los servicios.	○ Establecer las políticas, normas y características de la red de prestadores que responda a las necesidades establecidas en el Modelo de Atención del programa. ○ Definir los resultados esperados, acuerdos de servicio y de gestión para el desarrollo de los contratos con la red, ajustado a los resultados esperados y garantizar que estos, por medio de anexos, hagan parte integral de los contratos. ○ Garantizar que la contratación de la red responda a las necesidades del modelo de atención. ○ Definir los indicadores y la metodología de evaluación de la red de prestadores.
Promoción y prevención	Planear, organizar y gestionar las estrategias de promoción y prevención del Grupo de Riesgo.	○ Definir los riesgos potenciales de cada GR, susceptibles de intervención prioritaria. ○ Establecer las estrategias de tamizaje poblacional e individual. ○ Elaborar métodos de clasificación y seguimiento de los pacientes según su riesgo específico de base y participar en la definición del tipo de intervención clínica requerida. ○ Generar mecanismos para la identificación de la población a riesgo desde la afiliación y comunicarlos al prestador asignado, así como la remisión oportuna por parte de los profesionales asistenciales, a los programas establecidos (por ejemplo: obesidad, Enfermedad renal) ○ Identificar las fuentes de información y los mecanismos para realizar las búsquedas activas de la población de riesgo y los procedimientos de intervención (aplicativo

CRITERIO	RESPONSABILIDAD	FUNCIONES ESPECIFICAS
		de historias clínicas, módulo de hospitalizaciones: auditoria concurrente) ○ Definir y asegurar las variables que deben estar en la historia clínica, para garantizar la identificación del riesgo de la población e todos los niveles de atención (por ejemplo: métodos de planificación familiar, tabaquismo, sedentarismo) ○ Identificar los riesgos psicosociales de la población de riesgo que afecte la adherencia a los tratamientos. ○ Caracterizar a la población que tiene problemas de adherencia y comorbilidades asociadas, a través de las cohortes establecidas (por ejemplo, cáncer de cuello uterino y mama, enfermedades huérfanas, VIH) ○ Definir mecanismos de seguimiento a la población hospitalizada para establecer la posible causa del empeoramiento de la enfermedad (por complicaciones, fallas en el seguimiento, no adherencia a los controles o al tratamiento) para realizar acciones correctivas y garantizar la integración clínica entre los distintos niveles básicos de atención. ○ Apoyar el desarrollo de herramientas tecnológicas que faciliten la identificación y el seguimiento de la población de riesgo. ○ Orientar el gasto hacia la prevención efectiva.

CRITERIO	RESPONSABILIDAD	FUNCIONES ESPECIFICAS
Diagnóstico y tratamiento	Buscar mecanismos y desarrollar acciones que garantice el tratamiento integral y continuo a las personas con base en la evidencia científica y riesgos en salud, optimizando el trabajo interprofesional y las tecnologías de la Información y comunicación.	○ Orientar a los equipos multidisciplinarios de manejo a grupos de riesgo sobre las formas de intervención según la severidad del diagnóstico y la evaluación del riesgo-beneficio y costo-beneficio de la intervención. ○ Orientar la intervención integral de las enfermedades prevalentes en las personas según ciclo vital y contexto familiar y comunitario. ○ Definir la necesidad de movilizar otros recursos del sistema para garantizar las intervenciones requeridas por el paciente, en el marco de su autonomía y autorregulación profesional. ○ Comunicar oportunamente al personal de salud los requerimientos específicos sobre la intervención de las condiciones de salud del paciente. ○ Implementar procesos de seguimiento de riesgos por parte del equipo de salud ○ Realizar acción de vigilancia sobre el manejo terapéutico instaurado, para que este sea realizado con indicaciones precisas y oportunas, atendiendo las características, necesidades y expectativas del individuo, la familia y la comunidad. ○ Comunicar interacciones medicamentosas, duplicidad de terapias y efectos adversos de los tratamientos con el fin de minimizar el daño en el paciente.
Seguridad y calidad de la Atención.	Coordinar con los equipos de auditoría institucional los métodos de seguimiento y control de la seguridad y calidad de la atención de los usuarios dentro del grupo de riesgo.	○ Definir los parámetros de calidad de la atención y las actividades del programa: consulta con médico general, especialistas, otros profesionales de la salud, ayudas diagnósticas y mecanismos de referencia y contra referencia. ○ Definir una metodología de evaluación del proceso de atención y de retroalimentación a la red de prestadores para generar mejoramiento continuo y gestión del conocimiento de las lecciones aprendidas ○ Analizar los resultados de las evaluaciones de desempeño de la red de prestadores y establecer planes de mejora con sus respectivos seguimientos ○ Evaluación de adherencia a guías clínicas y protocolos de atención por parte de los profesionales asistenciales.

CRITERIO	RESPONSABILIDAD	FUNCIONES ESPECIFICAS
		○ Análisis de las hospitalizaciones evitables, complicaciones, eventos adversos y resultados en salud de cada persona en el GR. ○ Diseñar estrategias de mejora acordes al análisis de los casos. ○ Ejecutar acciones de fármaco - vigilancia para minimizar el riesgo de terapias duplicadas e interacciones medicamentosas.
Educación	Planear, organizar y gestionar las estrategias de entrenamiento a profesionales, educación a usuarios y a la comunidad.	○ Identificar necesidades de capacitación ○ Desarrollar y operar el plan maestro de capacitación y entrenamiento para equipos multidisciplinarios. ○ Fomenta la utilización de estrategias educativas para promover estilos de vida saludable en las personas, la familia y la comunidad. ○ Fomentar el autocuidado en salud, a través de estrategias educativas al paciente y su núcleo familiar, que permita su participación en la toma de decisiones frente a las mejores opciones de tratamiento. ○ Desarrollar estrategias de transformación cultural en la prestación de servicios con enfoque de derechos en la atención con el usuario ○ Desarrollar indicadores de logros para medir las estrategias de capacitación. ○ Brinda el apoyo a los profesionales de atención primaria en la Interpretación de resultados de las pruebas diagnósticas que se requieran para la valoración integral de las condiciones de salud de los pacientes y la toma de decisiones frente a la condición de salud del paciente ○ Orientar la valoración y el seguimiento del paciente por otros profesionales desde criterios de oportunidad, calidad y seguridad en la atención.

CRITERIO	RESPONSABILIDAD	FUNCIONES ESPECIFICAS
Rehabilitación	Obtener la mayor recuperación de una persona en los aspectos funcional, física y mental, para promover su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás miembros de la comunidad.	○ Orientar el curso de rehabilitación integral en los pacientes que lo requieran con base en la red de prestadores de salud dentro de las rutas integrales de atención en salud previamente definidas. ○ Optimiza los recursos disponibles para la rehabilitación del paciente.
Seguimiento	Planear, organizar y gestionar las estrategias del sistema de vigilancia para el grupo de riesgo	○ Establecer todas las posibles fuentes de información del GR (RIPS, ordenamientos, aplicativo de historias clínicas, módulo de gestión hospitalaria) ○ Determinar los indicadores colectivos del GR para análisis y seguimiento ○ Realizar acciones de seguimiento de intervenciones realizadas por el personal de salud y sus efectos en el paciente. ○ Vigilar y controla la gestión del riesgo realizada por los equipos de salud ○ Determinar los eventos centinelas a vigilar de cada GR. ○ Establecer la metodología de notificación, consolidación y vigilancia de la trazabilidad de la atención de los eventos centinela ○ Establecer los mecanismos y técnicas para el análisis individual de casos, comunicación de lesiones aprendidas y compromisos de mejoramiento.

5. CONCLUSIONES

El papel que juega el auditor médico no se aleja de la concepción de la auditoria que realiza otros profesionales en otros sectores, en particular en cuanto a procesos de planeación, definición de objetivos, evaluación e informes, siendo estos un instrumento de planes de mejoramiento continuo y de intervención oportuna y anticipada ante posibles riesgos existentes.

El papel de auditor médico en el contexto de la ley estatutaria debe estar enmarcado en la gestión del riesgo, de acuerdo con criterios establecidos y procesos a ser desarrollados según criterios médicos, técnicos, de programas y contenidos acorde a situaciones de intervención definidas por grupos de población y riesgo. El auditor médico debe pasar de ser el verificador de hechos cumplidos, a ser participe activo de los procesos de planeación, organización de los servicios, y verificación de resultados de los estados de salud de la población, generando acciones e intervenciones de forma continua.

En su rol como gestor de riesgo en salud el auditor médico verifica la aplicación del modelo de salud por procesos de atención, identificándose en forma temprana los riesgos a los que están expuestos los usuarios de los servicios, proponiendo acciones de intervención oportuna a través de los programas preventivos, de control necesarios para el restablecimiento de las condiciones de salud de la población.

6. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- (1) Constitución Política de Colombia, 1991 Art.11.
- (2) Constitución Política de Colombia, 1991 Art.49
- (3) Ministerio de Salud, Ley 1122 de 2007 referente a SSGGT
- (4) Ministerio de Salud, Resolución 2003 del 2014
- (5) Ministerio de Salud, Ley 1751 del 16 de febrero de 2015
- (6) Ministerio de Salud, Ley 1751 del 2015 artículo 2
- (7) Ministerio de Salud, Ley 1751 del 2015 artículo 8
- (8) Ministerio de Salud, Resolución 0429 de 2016
- (9) Organización Mundial de la salud. Temas de salud: sistemas de salud. [Internet]. 2017, consultado el 31 Mayo 2017. Disponible en: http://www.who.int/topics/health_systems/es/
- (10) Dirección General de Evaluación del Desempeño [Internet]. México D.F. consultado 31 de mayo de 2007. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/marco/marco_objetivos.htm
- (11) Acosta Ramírez N. Reforma colombiana de salud basada en el mercado: una experiencia de “Managed care y managed competition”. Centro de proyectos para el desarrollo, Cendex [internet]. Página 1. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/cendex/pdf/DT%20004-03.pdf>
- (12) Constitución Política de Colombia, 1991. Art.11
- (13) Constitución Política de Colombia, 1991. Art.48
- (14) Constitución Política de Colombia, 1991. Art.49
- (15) Acosta Ramírez N. Reforma colombiana de salud basada en el mercado: una experiencia de “Managed care y managed competition”. Centro de proyectos para el desarrollo, Cendex [internet]. Página 1. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/cendex/pdf/DT%20004-03.pdf>

- (16) Meza Carvajalino C.A. La eficiencia en la provisión de servicios públicos en salud y sus fallos de mercado. Revista Equidad y Desarrollo N° 6: 51-66 1 julio - diciembre 2006
- (17) Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Art 229. Diario oficial: 41.148 del 23 de Diciembre de 1993.
- (18) Ministerio de salud y la protección Social. Decreto 1011 del 3 de abril del 2006. Art 2.
- (19) Ministerio de salud y la protección Social. Decreto 1011 del 3 de abril del 2006. Art 3.
- (20) Ministerio de salud y la protección Social. Decreto 1011 del 3 de abril del 2006. Art 33
- (21) Ministerio de salud y la protección Social. Decreto 1011 del 3 de abril del 2006. Art 34.
- (22) El pulso. Ley 1438: algunos cambios al sistema para aumentar su eficiencia. Disponible en: <http://www.periodicoelpulso.com/html/1103mar/debate/debate-10.htm>)
- (23) Álvarez F. Auditoria clínica y auditoria medica. Vlex Colombia open [internet]. Consultado el 01 junio 2017. Pág. 67-72. Disponible en: <https://app.vlex.com/#vid/auditor-nica-dica-72820797>
- (24) Gestión de enfermedad: definiciones, dificultades y futuras direcciones, Alison Pilnick² Robert Dingwall³ Ken Starkey, disponible en: <http://www.amr.org.ar/amr/wp-content/uploads/2015/09/n80a383.pdf>
- (25) Acemi. Hacia un modelo de gestión Integral del riesgo en salud. [Internet]. 4 de Marzo de 2016. Consultado el 05 jun 2017. Disponible en: <http://www.acemi.org.co/index.php/acemi-defecto/10-actualidad/comunicados/742-gestion-integral-de-riesgo-en-salud-2>
- (26) Rivadeneira. A. G. Marco conceptual y legal sobre la gestión de riesgo en Colombia: Aportes para su implementación. Monitor estratégico. Número 5. Enero-junio del 2014. Pdf. 8 p
- (27) Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social &. (NaN). Política de Atención Integral en Salud “Un sistema de salud al servicio de la gente”.97 p. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>)

(28) Ministerio de Salud, Ley 1751 del 2015.art. 2, 5, 6, 8, 20.

(29) Ministerio de Salud y la Protección Social. Colombia. Ley estatutaria de salud. Antecedentes, alcance, características y retos [internet]. Consultada el 05 jun 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Ley-estatutaria-de-salud.aspx>)

(30) Congreso de la República de Colombia. Ley 1753 del 09 junio del 2015. Plan de Desarrollo 2014 – 2018

(31) Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social & . (NaN) . Política de Atención Integral en Salud “Un sistema de salud al servicio de la gente” . 97 p. Recuperado de : <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>)

(32) Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud “Un sistema de salud al servicio de la gente”. 97 p. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

(33)Diseño del perfil del cargo basado en competencias. William Hoyos Torres. REVISTA Universidad EAFIT. Vol. 46. No 159. 2010. Pp. 11-30. Disponible en: <http://publicaciones.eafit.edu.co/index.php/revista-universidad-eafit/article/view/1063/957>

(34) Fundación Chile. Competencias laborales para chile. 1999-2004. 147 p. [internet] consultado el 07 jun 2017. Disponible en: <https://fch.cl/recurso/educacion/competencias-laborales-para-chile-1999-%C2%96-2004/>