

**Construcción de un instrumento de verificación para la atención a pacientes por medio  
de canales no presenciales durante la emergencia sanitaria COVID-19**

**Jaime Fernando Acevedo Villafañe y Luisa Fernanda Martínez Estévez**

**Trabajo de grado para optar el título de Auditoria en Salud**

**Director**

**Catalina Chacón Mejía**

**Magister en política pública**

**Universidad Santo Tomás, Bucaramanga**

**División de Ciencias Económicas, Administrativas y Confiables**

**Facultad de Economía**

**2022**

## Contenido

Introducción .....	8
1. Construcción de un instrumento de verificación para la atención a pacientes por medio de canales no presenciales durante la emergencia sanitaria COVID-19 .....	10
1.1 Planteamiento del problema .....	10
1.2 Justificación.....	12
1.3 Objetivos .....	15
1.3.1 Objetivo general .....	16
1.3.2 Objetivos específicos.....	16
2. Marco referencial.....	16
2.1 Marco contextual.....	16
2.1.1 Contexto internacional.....	21
2.1.2 Contexto nacional .....	23
2.1.3 Prestación de servicios de salud en épocas de pandemia por COVID-19 en Colombia. .....	24
2.2 Marco teórico .....	26
2.2.1 Tele consulta (generalidades y definiciones).....	26
2.2.2 Definiciones de atención virtual en salud.....	28
2.2.3. Tele consulta en tiempos de pandemia por COVID-19.....	32
2.2.4. Medidas en salud por la pandemia COVID-19 .....	41
2.2.5. Auditoría virtual vs auditoría presencial .....	49
2.2.6. Ventajas y desventajas de la auditoría virtual .....	52
2.2.7. Servicios de salud afectados por COVID-19.....	54

3. Método.....	56
3.1 Tipo y alcance de la investigación .....	56
3.2 Diseño de la investigación .....	59
3.3 Fases de la investigación.....	59
4. Resultados.....	60
4.1 Información estadística de la atención virtual en Colombia .....	60
4.2 Dimensiones, indicadores y variables .....	62
4.2.1 Generalidades de la auditoría virtual .....	64
4.2.2 Sostenibilidad y apropiación de la auditoría virtual .....	67
4.2.3 Lineamientos para la implementación modelo de auditoria virtual en la emergencia sanitaria por COVID-19 .....	68
4.3. Instrumento de auditoria.....	76
5. Conclusiones.....	82
Referencias.....	84

**Lista de tablas**

<b>Tabla 1.</b> <i>Análisis y presentación de los resultados</i> .....	58
<b>Tabla 2.</b> <i>Modelo de preguntas de verificación en la atención no presencial en IPS</i> .....	76
<b>Tabla 3.</b> <i>Modelo de preguntas de verificación en la atención no presencial en EPS</i> .....	81

**Lista de figuras**

<b>Figura 1.</b> <i>Número de Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR) en Colombia</i> .....	14
<b>Figura 2.</b> <i>Porcentaje de Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR) por régimen de afiliación</i> .....	14
<b>Figura 3.</b> <i>Número de Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR) por canal de atención</i> .....	15

### **Resumen**

Debido a la pandemia por COVID-19, los sistemas de salud a nivel mundial se han visto afectados por el colapso de algunos servicios y la interrupción de otros, con la problemática en salud expuesta por la emergencia sanitaria, las políticas gubernamentales en la búsqueda de mitigar el aumento de contagios y el suministro de los servicios de manera accesible y equitativa, los canales no presenciales como la tele consulta, constituyen una buena alternativa para garantizar la continuidad en los servicios de salud, así como al cambio de prácticas tradicionales por nuevas tecnologías y herramientas, en el contexto actual de pandemia, el propósito del presente trabajo es contar con un modelo de preguntas para la verificación y cumplimiento de la prestación de los servicios de salud a través de canales no presenciales, la metodología consiste en la revisión de la literatura existente sobre el tema (Artículos, documentos de página Web y normatividad vigente en Colombia), obteniendo como resultado un instrumento que se adapte a los nuevos requerimientos, facilitando la auditoria de la atención básica en salud y por consiguiente establecer oportunidades de mejora.

*Palabras clave:* auditoria, tele consulta, pandemia, virtual, instrumento

### **Abstract**

Due to the COVID-19 pandemic, health systems worldwide have been affected by the collapse of some services and the interruption of others, with health problems exposed by the health emergency, government policies in search of mitigate the increase in contagions and the provision of services in an accessible and equitable way, non-face-to-face channels such as teleconsultation, constitute a good alternative to guarantee continuity in health services, as well as the change of traditional practices for new technologies and tools, in the current context of a pandemic, the purpose of this work is to have a model of questions for the verification and fulfillment of the provision of health services through non-face-to-face channels, the methodology consists of the review of the existing literature on the subject (Articles, website documents and regulations in force in Colombia), obtaining as a result Adopting an instrument that adapts to the new requirements, facilitating the audit of basic health care and therefore establishing opportunities for improvement.

*Keywords:* audit, teleconsultation, pandemic, virtual, instrument

## **Introducción**

La emergencia sanitaria producto de la pandemia por COVID-19, ha prendido las alarmas en las políticas de salud del mundo, donde ha dejado expuestas problemáticas existentes, así como la profundización de otros principalmente en los países pobres. El común denominador es que ningún sistema de salud estaba preparado para asumir una situación de pandemia.

A lo largo de la historia, las enfermedades infecciosas han acompañado a la humanidad colaborando en su transformación, la peste negra, la viruela, la gripe española entre otras han sido una gran amenaza a medida que la población ha venido creciendo, donde la falta de medicamentos y la poca o nula existencia de vacunas facilitaba que la población muriera muy joven.

Cuando un virus infecta a una persona, comienza a reproducirse rápidamente y empieza a propagarse, generando un gran número de infecciones y en algunos casos la muerte, esta situación ha llevado a que las políticas gubernamentales se orienten a la mitigación y aplanar la curva de contagios, que eviten el colapso de los servicios de salud cuyos recursos son limitados.

La rápida propagación del COVID-19, ha obligado a que la prestación de los servicios de salud evolucione de forma acelerada y se hayan adelantado varios años, en busca de adaptarse a las nuevas necesidades y que contribuyan a evitar la propagación dentro de sus instalaciones, la implementación de la no presencialidad producto de la pandemia no se limita solo al sistema de salud (Inteligencia artificial, aplicaciones en salud, telemedicina, etc.), el sistema financiero desde tiempo atrás se ha venido fortaleciendo en la transformación digital.

Garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud ha sido el objetivo principal en los sistemas de salud, frenando el duro impacto en el sector productivo y económico de la sociedad, en este sentido la auditoría ofrece ventajas pues además de concentrarse en aspectos normativos a cumplir, permite la revisión de otros asuntos o conductas a mejorar diferentes a lo normativo.

Es relevante que una correcta auditoria puede aportar al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, proponiendo soluciones derivadas de procesos críticos y los que puedan surgir por la pandemia, esto hace que la auditoria en salud evolucione orientándose en la verificación de otros canales de comunicación e interacción, profesional en salud y paciente.

Los procesos de auditoría a los servicios de salud han permitido establecer mejoría de las atenciones, motivo por el cual, durante la pandemia y debido a las políticas de aislamiento, mitigación y contención, la atención en salud, tuvo algunos cambios para los cuales no estábamos totalmente preparados.

Esos cambios, deben ser igualmente verificados para el cumplimiento de la función y propósito establecido, a año y medio de pandemia la auditoria se ha retomado ahora con la reactivación gradual de los servicios de salud, pero sin dejar a un lado el esfuerzo de las instituciones para la atención virtual o no presencial a evitando una nueva ola de contagios.

Lamentablemente, no se cuenta con procesos definidos para una auditoria de canales no presenciales en salud, pero lo anterior no significa que no sea importante definirlo en un futuro cercano.

## **1. Construcción de un instrumento de verificación para la atención a pacientes por medio de canales no presenciales durante la emergencia sanitaria COVID-19**

### **1.1 Planteamiento del problema**

Durante la emergencia sanitaria producto de la pandemia por COVID-19, el sistema de salud se encuentra expuesto a un riesgo de colapso por la posibilidad de sobrecarga de demanda hacia los servicios, motivo por el cual se establecieron medidas de mitigación gubernamentales entre las cuales se encuentra fortalecer la atención por medio de los canales virtuales, como la tele consulta.

La tele consulta permite acortar distancias, facilitando el acceso a los servicios de salud de baja complejidad como promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, entre otras, necesarias para la población con aislamiento preventivo obligatorio. Aunque presenta ventajas, también tiene limitantes como el desconocimiento de esta modalidad de atención en salud, la escasa capacitación del personal de salud en el uso de esta herramienta, así como no contar con el recurso tecnológico necesario para llevarla a cabo.

Teniendo en cuenta lo anterior, la auditoría a los servicios de salud debe ser una herramienta que permita la verificación de la prestación de los servicios de salud, el cumplimiento de los estándares de calidad y la satisfacción de los usuarios; por lo que toda atención en salud que se brinde a la población debe estar auditada con el fin de asegurar el cumplimiento de los estándares normativos establecidos y de esta manera contribuir al mejoramiento de la calidad en la prestación de los mismos.

Por consiguiente, la auditoría juega un papel fundamental en la evaluación de la adecuada prestación de servicios de salud por parte de los actores del sistema de seguridad social en salud

por medio de información recolectada a través de un instrumento de evaluación que permita verificar el cumplimiento de los estándares definidos para la tele consulta.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se denomina “pandemia a la propagación mundial de una nueva enfermedad, se produce cuando surge un nuevo virus que se propaga por el mundo y la mayoría de las personas no tienen inmunidad contra él” (Enfermedades Infecciosas, 2010). La actual crisis global de salud que enfrentamos causada por el coronavirus COVID-19, ha sido declarada pandemia, generando una elevada cantidad de muertes en todo el mundo. Está definida por la OMS como una “enfermedad infecciosa que se dio a conocer por primera vez a partir de casos en Wuhan, República Popular de China, el 31 de diciembre de 2019” (OMS, 2019, párr. 1).

Con el surgimiento del COVID- 19, la auditoria a la tele consulta, se constituye como una buena alternativa para garantizar una adecuada prestación de servicios de salud, debido a las limitaciones en cuanto al desplazamiento, el riesgo de exposición y a las restricciones a las auditorías de concurrencia por parte de algunas instituciones de salud.

Por lo tanto, el riesgo de colapso de los servicios de salud, la indisciplina social y la falta de conocimiento sobre el servicio de tele consulta, lleva a que el gobierno tome medidas inmediatas que garanticen la prestación de los servicios básicos de salud, promoviendo que todos los actores del sistema aúnen esfuerzos para el fortalecimiento en la atención a través de otros canales no presenciales.

Sin embargo, no se puede desconocer la problemática existente en la salud en Colombia, donde en algunas ocasiones se debe acceder a ciertos servicios con acciones legales como la tutela. Con el COVID- 19 los canales no presenciales se han vuelto parte fundamental dentro del acceso a los servicios, por lo que se necesita atención para que estos se desarrollen de acuerdo con las

necesidades en salud, dicha situación permite la intervención del área de auditoría por medio de estos canales, donde se podrá realizar seguimiento, logrando oportunidades de mejora y por ende mejores servicios.

De acuerdo a lo anterior la pregunta de guía de investigación es ¿Cuál es el instrumento de verificación que permite auditar algunos aspectos de atención en salud no presencial durante la emergencia sanitaria por COVID-19 y pueda ser aplicado por personal de auditoría?

## **1.2 Justificación**

La problemática actual de la salud en Colombia, en donde cada vez más colombianos a través de acciones jurídicas, como la tutela, buscan acceder de forma oportuna y de calidad a una atención de salud, ha llevado a que en varias oportunidades diferentes sectores replanteen un cambio del modelo actual. La emergencia sanitaria ha apartado por lo menos de modo temporal, el foco de atención de las falencias del sistema de salud, enfocándose solo en el número de contagios, la deficiencia de equipos y la desobediencia social en la implementación de protocolos de bioseguridad. De igual manera, ningún sistema de salud estaba preparado para tal pandemia, dejando nuevamente al descubierto políticas sanitarias deficientes y la poca concientización de la sociedad sobre la prevención.

A este respecto la auditoría juega un papel importante en la identificación de falencias y crea oportunidades de mejora que tiene como único propósito, el beneficio de los usuarios que acceden a un servicio de salud.

Como se ha mencionado anteriormente una adecuada herramienta de auditoría debe estar encaminada hacia los problemas de calidad, permitiendo recoger toda la información necesaria que permita emitir un juicio e implementar acciones de mejora.

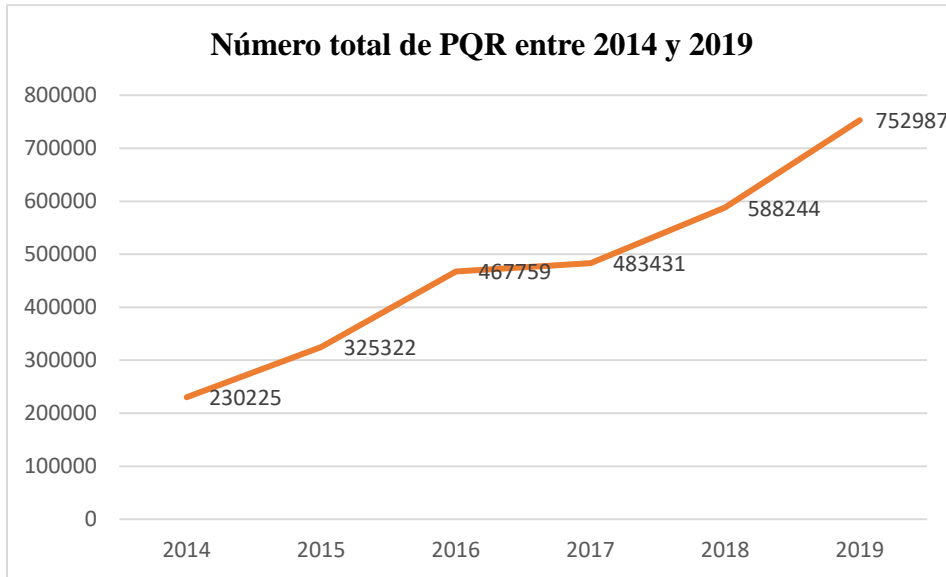
Acorde con lo anterior, es indispensable conocer aquellos aspectos por los que los usuarios radican quejas antes las diferentes entidades de salud y entes de vigilancia.

La superintendencia de salud en un artículo el tiempo.com del 2 de octubre de 2018, en respuesta a un debate de control político en el congreso expone que entre los años 2004 y el 2018 con corte a julio los usuarios han presentado ante la entidad 1'824.000 quejas, peticiones y reclamos contra sus EPS.

La demora en la asignación de citas con especialistas (57.885 quejas este año y 321.588 desde el 2014); la demora o negativa para autorizar imágenes de diagnóstico (15.242 este año y 90.000 desde 2014); la restricción a la libre escogencia de EPS (19.288 en 2018 y 88.423 desde 2014); la falta de oportunidad en la entrega de medicamentos No POS (17.000 y 84.000 casos, respectivamente); son las 4 quejas más recurrentes (tiempo, 2018, párr. 4) Esas cifras son coincidentes con el uso de la tutela para defender los derechos en salud. El año pasado llegaron a la Corte Constitucional 197.655 tutelas de personas que reclamaban algún tipo de tratamiento o medicamento, siendo el segundo derecho más tutelado (32,53 % del total) (tiempo, 2018, párr. 5).

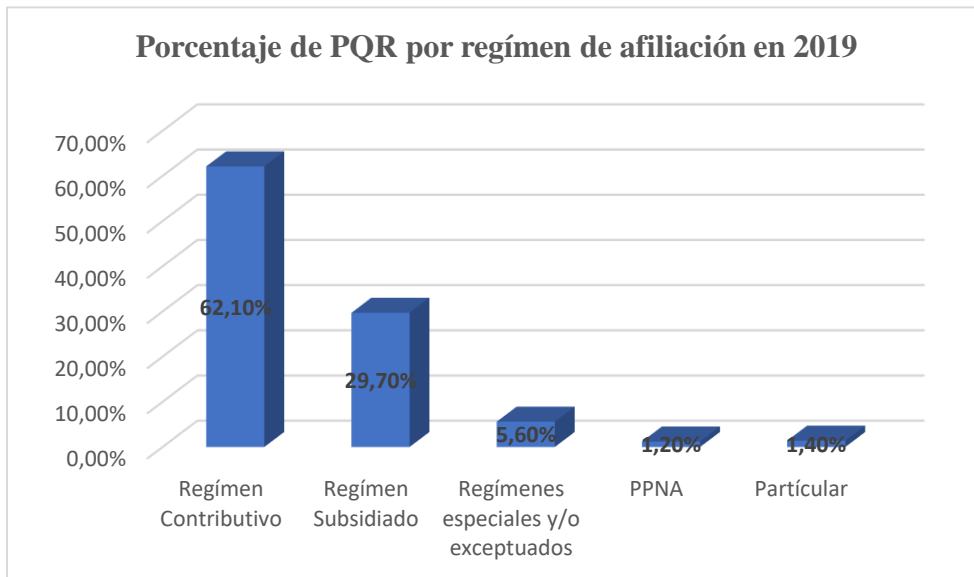
Del mismo modo, en el boletín estadístico de la Supersalud del año 2019 el número total de PQRD (Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias) se ha incrementado significativamente como lo muestra el gráfico 1.

**Figura 1.** *Número de Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR) en Colombia*



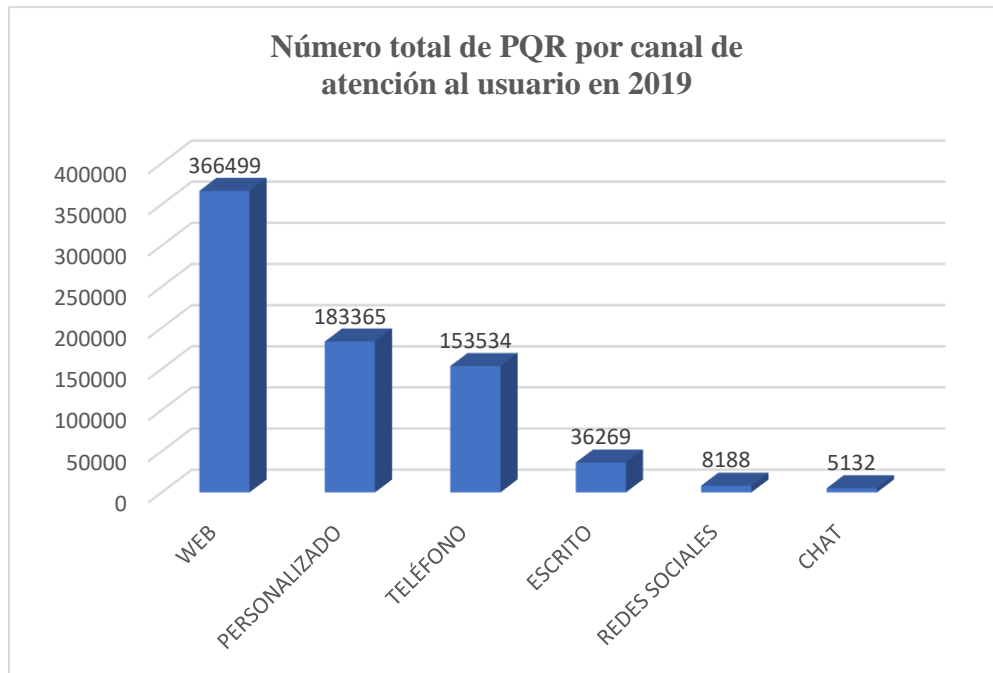
Adaptado de Supersalud Boletín Estadístico (Supersalud, 2019).

**Figura 2.** *Porcentaje de Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR) por régimen de afiliación*



Adaptado de Supersalud Boletín Estadístico (Supersalud, 2019).

**Figura 3.** *Número de Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR) por canal de atención*



Adaptado de Supersalud Boletín Estadístico (Supersalud, 2019).

Dentro los beneficios a obtener con el instrumento de auditoria para la tele consultan se encuentran: garantizar una prestación de servicios con los mismos atributos de calidad que la atención de manera presencial, brindar sugerencias de acuerdo con las desviaciones encontradas, incentivar el uso e implementación de canales no presenciales y contribuir con el cambio de las prácticas tradicionales de las atenciones en salud.

Debido a que no se tiene antecedentes recientes de pandemias y en especial en la era de transformación digital, que como conducta establezcan atención en salud por canales no presenciales, no es muy común evidenciar documentos de auditoria de atenciones virtuales.

### 1.3 Objetivos

### ***1.3.1 Objetivo general***

Crear un instrumento de verificación de calidad que permita auditar la atención en los servicios de tele medicina, tele consulta y tele orientación en la atención en salud no presencial durante la emergencia sanitaria por covid -19 el cual pueda ser aplicado por personal de auditoria

### ***1.3.2 Objetivos específicos***

Realizar una revisión bibliográfica a nivel internacional y nacional acerca de la Auditoria a canales no presenciales en la prestación de los servicios de salud de telemedicina, tele consulta y tele orientación.

Definir los criterios de calidad que deben cumplir los servicios de telemedicina, tele consulta y tele orientación en el marco legal del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

Construir una lista de chequeo como herramienta de auditoría para verificar la prestación de servicios de salud de los canales no presenciales.

## **2. Marco referencial**

### **2.1 Marco contextual**

Una de las consecuencias que trajo la pandemia producto del COVID 19, entre otras, fue la modificación en la prestación de los servicios de salud, donde en algunos países, vieron la necesidad de interrumpir parcialmente los servicios, situación que afectó a la población con comorbilidades (Cáncer, diabetes, hipertensión, etc.) en tratamiento, puesto que el riesgo de enfermar o recaer se incrementa de forma importante.

El temor al contagio, el re direccionamiento del recurso humano en salud para la atención de pacientes COVID 19, la cancelación o inasistencias de citas programadas, la desinformación, al igual que el aumento en la demanda de los servicios de salud, motivan a que los distintos gobiernos busquen e implementen estrategias que permitan garantizar una atención segura durante toda la pandemia, previniendo otra crisis en la salud, como el colapso del sistema, que pueda llevar al aumento importante de la mortalidad no solo producto de la pandemia sino de enfermedades prevenibles, por otro lado, se busca brindar la confianza suficiente para que la población se sienta segura con su sistema de salud al tener sus necesidades esenciales satisfechas.

Actualmente, se evidencia que ningún sistema de salud en el mundo estaba preparado para afrontar una pandemia, donde la prestación del servicio se vería puesta a prueba, no sólo por la carga de contagios de la COVID 19, sino también, debido a la consulta por otras enfermedades, de allí la importancia de un sistema de salud bien organizado que garantice una acceso equitativo y seguro durante la emergencia, que pueda impactar en la disminución de la mortalidad por el COVID 19 así como por otras enfermedades.

La noción de calidad en salud ha estado en constante variación a lo largo del tiempo, considerando que la Organización Mundial de la Salud define el concepto de calidad como:

Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios, diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria optima, teniendo en cuenta los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso (Chertorivski, 2012, p.1).

A su vez, en Colombia se han realizado cambios significativos tomando como base los estándares normativos los cuales pretenden que los servicios de salud contemplen características

de calidad como lo son: cobertura, oportunidad, accesibilidad, eficacia y eficiencia. De este modo, nace el Decreto 1011 del 2006 por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad del sistema general de seguridad social en salud que define 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 (Decreto 1011, 2006, p.2).

Ante la realidad cambiante generada por la pandemia COVID-19, ha surgido la necesidad de garantizar la atención en salud a través de otras modalidades revolucionando las prácticas tradicionales, es así como la telemedicina se convierte en una herramienta de apoyo que permite darle continuidad a la atención en servicios de salud primarios y especializados. Esta modalidad es entendida como:

La provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica (Ministerio de Salud y Protección, 2020, p. 5).

Dentro de las categorías de telemedicina se encuentran:

1. Telemedicina Interactiva: Es la relación a distancia utilizando tecnologías de información comunicación, mediante una video llamada en tiempo real entre un profesional de salud y un usuario para la prestación de servicios.

2. Telemedicina no interactiva: Es la relación a distancia utilizando tecnologías de información comunicación, mediante la comunicación asincrónica entre un profesional en salud y un usuario para la prestación de servicios que no requieren una respuesta inmediata.
3. Tele experticia: Es la relación a distancia sincrónica o asincrónica utilizando tecnologías de información y comunicación, para la provisión de un servicio en salud. Puede darse entre: Dos profesionales; uno atiende al usuario de forma presencial y otro a distancia, Personal de salud no profesional; un técnico, tecnólogo o auxiliar atiende al paciente presencial y un profesional de la salud lo ve a distancia. Profesionales de salud realizan una asesoría o una interconsulta solicitada por el médico tratante teniendo en cuenta las condiciones clínico/patológicas del paciente.
4. Tele monitoreo: Es la relación entre un profesional de salud de un prestador de servicios y un usuario en cualquier lugar en el que se encuentre, a través de una infraestructura tecnológica que recopila y transmite a distancia datos clínicos para que el prestador realice seguimiento y revisión clínica y de una respuesta de acuerdo con estos datos.
5. Prestador remitir: Prestador que cuenta con la tecnología de información y comunicación que le permite enviar y recibir información para prestar servicios o ser apoyado por otro prestador.
6. Prestador de referencia: Prestador que cuenta con el talento humano de salud capacitado y con las tecnologías de información y comunicación suficientes y necesarias para brindar a distancia el apoyo en cualquiera de las fases de atención en salud requerido por un usuario o uno o más prestadores remitores (Resolución 2654, 2019, p.4).

De acuerdo con lo anteriormente mencionado, la evaluación y auditoría a esta modalidad de atención genera nuevos retos para el auditor que respaldado por la normatividad debe verificar

que se garantice la prestación de servicios de salud con calidad. Es así como en el contexto de la auditoría en salud, el decreto 1011 de 2006 que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, y reconoce “la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en 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.”

Así mismo, entre los tipos de auditoría se encuentran:

1. Autocontrol: es aquella que desarrolla habilidades en cada miembro de la institución para formar, implementar, evaluar y ajustar los procesos que constituyen su quehacer diario, para que estos sean realizados de acuerdo con los criterios establecidos por la normatividad vigente.
2. Auditoría interna: este tipo de auditoría muestra cómo se evalúa la institución en sí misma, debe ser realizada por una instancia externa al proceso que se audita. Se orienta principalmente a que la institución consolide conductas de autocontrol y autorregulación.
3. Auditoría externa: este tipo de auditoría evalúa la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol con el fin de garantizar el cumplimiento de estándares de calidad, debe realizarse por personal externo a la institución, lo cual da lugar a mayor objetividad y aprendizaje. (Decreto 1011, art. 33 de 2006, p.11).

De este modo, la evaluación de los servicios de tele medicina constituye un factor fundamental desde su comienzo, implementación y alcance, puesto que permitirá medir sus resultados e implementar planes de mejoramiento continuo.

### ***2.1.1 Contexto internacional***

Existe evidencia que, en tiempos remotos, la auditoría se utilizó por los gobernantes para controlar la economía, registrando las cuentas con el fin de evitar desfalcos. La auditoría como profesión fue reconocida por primera vez bajo la ley británica de sociedades anónimas de 1862 y el reconocimiento general tuvo lugar durante el período de mandato de la ley “Un sistema metódico y normalizado de contabilidad era deseable para una adecuada información y para la prevención del fraude” (Astrid., 2007, pág. 51).

Según la revista ciencia y cuidado volumen 4 No. 4 Universidad Francisco de Paula Santander

La auditoría en salud nace con la misma profesión médica, debido a la necesidad de evaluar y mejorar cada vez los procedimientos y técnicas establecidas para dar solución a los problemas de salud del ser humano, se puede decir que la auditoría médica tiene dos orígenes, uno, es el método científico que permitía a los profesionales determinar la calidad de los medicamentos, técnicas y procedimientos realizados y, el modelo de la actividad industrial , como la gestión de la calidad total, o el mejoramiento continuo de la calidad, los cuales permitían mejorar cada vez la administración de las instituciones de salud (Astrid., 2007, p. 52).

Algunos datos sobre el desarrollo que ha tenido la auditoría en salud a nivel mundial son:

Hacia el año 1910 fue instaurado el primer programa de auditoría médica por Flexner, en 1951 se crea la comisión conjunta de acreditación de hospitales en Norteamérica y para el año de 1960 se inician los programas de evaluación de calidad en salud por parte del seguro social mexicano.

En la década de los 60 en Argentina debido a la expansión de obras sociales, se hace necesario el control de la calidad de la atención médica, igualmente la cantidad de prestaciones y la verificación de la facturación.

Para el año 1965, en España se inicia la acreditación de los hospitales, en 1983 se exige por parte del gobierno poner en marcha programas de garantía de la calidad en Canadá. Así mismo, en el año 1985 se crea la sociedad internacional de garantía de la calidad de la atención médica.

La auditoría en los servicios de salud juega un papel clave en la respuesta a las posibles falencias que se puedan presentar, en todas aquellas estrategias implementadas por los gobiernos para la contención y mitigación del COVID 19, de igual manera, es una realidad que este virus ha llegado para quedarse y mientras se busca hacer frente a esta situación, los resultados de las auditorías brindarán información para la toma de decisiones en cuanto a cobertura del aseguramiento, prestación de los servicios de salud con calidad, al igual que anticipar los posibles nuevos riesgos.

Factores como la corrupción, poca planeación, privilegios, politización en el sistema de salud nuevamente se hacen visibles en los países de América Latina:

“En Argentina, Ecuador y Perú, los escándalos tumban a ministros de Salud. En Brasil, hubo al mismo tiempo escasez y desperdicio de vacunas. Y en otros países de la región recién llegan las primeras dosis” (Lissardy, 2021, párr. 1).

“Cuando México protestó la semana pasada en Naciones Unidas por el "acaparamiento" de vacunas en los países ricos, puso el foco sobre algo reconocido por la Organización Mundial de la Salud: la alarmante brecha en la distribución global de las dosis” (Lissardy, 2021, párr. 3).

“El ministro ecuatoriano de Salud, Juan Carlos Zevallos, dimitió a su cargo este viernes, en medio de investigaciones por el envío de parte de las primeras dosis de vacunas a un geriátrico privado donde estaba su madre” (Lissardy, 2021, párr. 3).

A pesar de las distintas legislaciones para disminuir la brecha en la desigualdad en los servicios de salud y combatir la corrupción, lamentablemente estas prácticas aún persisten, motivo por el cual la auditoría, continúa siendo una gran herramienta para la identificación, brindando las recomendaciones que permitan actuar en la contención de todas esas desviaciones favoreciendo de forma directa a los usuarios del sistema de salud.

La acción de prevenir permite tomar todas las precauciones necesarias que eviten un daño, ante la posibilidad de que alguna situación suceda y a medida que las problemáticas en salud no se resuelvan, estas se agravan y sumado a la tolerancia de algunos entes de control se seguirán repitiendo impunemente. Es importante que la auditoría sea proactiva y evolucione, en un mundo cambiante siendo la auditoría virtual parte de esta nueva modalidad.

La auditoría en salud, debe estar preparada y ser sostenible en esta “nueva normalidad”, así mismo, debe ser dinámica para adaptarse a las nuevas decisiones gubernamentales y normativas, aceptando el desafío de estos cambios, entre los cuales se encuentra la tecnología, como ejemplo en los últimos años se ha expandido a diferentes campos de la sociedad y el campo de la auditoría no ha sido la excepción, contar con un programa especializado de auditoría puede verse reflejado en una mejor productividad y eficiencia en la revisión de los distintos procesos en una organización.

### ***2.1.2 Contexto nacional***

Colombia no ha sido ajena al desarrollo de la auditoría, donde el instituto de seguros sociales, entre 1983 y 1987, empezó el análisis de la calidad en los servicios de salud. En 1991 con la reforma constitucional (Artículos 209 y 2969) se estableció el deber de la administración pública, para diseñar y aplicar métodos y procedimientos de control, cuya calidad y eficiencia será evaluada por la contraloría General de la Nación. Con la ley 87 de 1993 se implementa, desarrolla y consolida las auditorías internas del sector estatal que tienen como su filosofía y enfoque el de retomar del sector privado la práctica de la auditoría, el control interno y otras herramientas de tipo gerencial.

Ya con la ley 100 de 1993, se inició un proceso de mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios de salud donde la auditoría cumple un papel protagónico en la verificación permanente del cumplimiento de los estándares de calidad establecidos por el gobierno nacional.

Con el fin de cumplir con el artículo 153 de la ley 100 de 1993, donde se establece la calidad como fundamento del servicio público, las instituciones prestadoras deben estar acreditadas ante las entidades de vigilancia.

### ***2.1.3 Prestación de servicios de salud en épocas de pandemia por COVID-19 en Colombia.***

El 11 de marzo de 2020, la organización Mundial de la salud (OMS) declaró el brote de enfermedad por coronavirus COVID 19 como una pandemia, debido a su rapidez de propagación y la escala de transmisión, instando a los países a adoptar acciones urgentes. Del mismo modo, la Organización Mundial de la Salud declara a nivel mundial la emergencia sanitaria y social, situación que requiere de acciones inmediatas no solo de los gobiernos, sino de las personas y empresas.

Conforme a lo anterior, el gobierno de Colombia a través del Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Resolución 0000380 del 10 de marzo de 2020, entre otras, adoptan medidas sanitarias de aislamiento y cuarentena por 14 días a las personas que arribaran a Colombia de países como Francia, Italia, España y República Popular de China, países donde ya se percibían las consecuencias de la pandemia.

El Ministerio de Salud y Protección Social con la Resolución 385 del 12 de marzo de 2020, declara el estado de emergencia sanitaria por causa del coronavirus en todo el territorio nacional hasta el 30 de mayo de 2020 y se adoptan medidas encaminadas a prevenir y controlar la propagación del COVID 19, con lo que se espera una alta demanda de unidades de cuidados intensivos e intermedios, situación que lleva a fortalecer y reorganizar los servicios de salud, que permitan garantizar los derechos fundamentales a la vida y a la salud.

Motivo por el cual, las secretarías de salud departamentales o distritales o las direcciones territoriales de salud, ante la necesidad de ampliar los servicios de salud, durante la emergencia sanitaria, por medio de mecanismos ágiles, los prestadores de servicios de salud que se encuentren inscritos en el REPS (Registro Especial de Prestadores), puedan expandir los servicios para la atención a la población afectada por el coronavirus. De igual modo, se hacen algunas modificaciones para que las entidades territoriales y las Entidades Promotoras de Salud (EPS), puedan contratar con instituciones prestadoras de servicios de salud privadas, sin previa autorización del Ministerio de salud y protección social (Literal del artículo 14 y el artículo 20 de la ley 1122 de 2007), puesto que puede afectar la celeridad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud.

El artículo 2 de la ley 419 de 2010, establece los lineamientos para el desarrollo de la telesalud en Colombia y la define como “el conjunto de actividades relacionadas con la

salud, servicios y métodos, los cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y telecomunicaciones. Incluye entre otras, la telemedicina y la teleeducación en salud” (Ley 419, 2010, p.1). Con esta modalidad se busca garantizar la atención a larga distancia (Atención remota de la población), por medio de videos o imágenes, permitiendo a la población que por condiciones geográficas o económicas se dificulta el acceso a los mismos, y de igual forma, contribuye brindando información para el cumplimiento del aislamiento preventivo obligatorio.

## **2.2 Marco teórico**

### ***2.2.1 Tele consulta (generalidades y definiciones)***

A principios del siglo XIX con la aparición del telégrafo permitió la comunicación a grandes distancias, donde por su velocidad sirvió en telemedicina en situaciones militares. En la guerra civil de los Estados Unidos, el telégrafo fue empleado para la solicitud de suministros, al igual que para comunicar los muertos y heridos en el campo de batalla, lo cual, también lo hace probable para a consultas médicas. A comienzos del siglo XX, con la masificación del servicio de teléfono se facilitó la comunicación entre médico y paciente, permitiendo también la comunicación entre médicos para el intercambio de conceptos e información.

El uso de la telemedicina en la transmisión de vídeo, imágenes y datos médicos solo se inició a finales de 1950 y principios de 1960, en la universidad de Nebraska con la transmisión de exámenes neurológicos. La radiología fue la primera especialidad médica en utilizar plenamente la telemedicina, para la transmisión digital de las imágenes radiológicas.

Con la aparición del internet en la década de 1990, la telemedicina tuvo un cambio significativo como herramienta para la educación al paciente, transmisión en tiempo real y mediciones de signos vitales. Con la primera intervención quirúrgica hace 19 años donde un cirujano manipulando de forma remota el brazo de un robot, realizó la extracción de la vesícula biliar en un paciente de 68 años. Dicho procedimiento, que pudiera decirse rutinario, no tendría el despliegue de los medios de comunicación si no es porque este se realizó a 14000 Km de distancia, entre Nueva York y Estrasburgo.

Lo anterior, es solo un ejemplo de las grandes posibilidades que brinda para la medicina las tecnologías de la información y las comunicaciones. La historia ha demostrado que los distintos desarrollos tecnológicos siempre de alguna forma han estado ligados con la telemedicina (Telégrafo, teléfono, radio, televisión y enlaces satelitales).

Con miras a mejorar la prestación del servicio de salud en los lugares de difícil acceso se han implementado políticas públicas en Colombia, tales como la resolución 1448 del 2006 expedida por el Ministerio de Protección Social, la cual “busca regular la prestación de servicios de salud bajo la modalidad de Telemedicina, garantiza su calidad y establece las condiciones de habilitación de obligatorio cumplimiento para las instituciones que prestan servicios de salud tanto entidades remisoras como centros de referencia” (Resolución 1448, 2006, p.1).

Así mismo, en el año 2007, la ley 1122, establece que “La nación y las entidades territoriales promoverán los servicios de telemedicina para contribuir a la prevención de enfermedades crónicas, capacitación y a la disminución de costos y mejoramientos de la calidad y oportunidad de prestación de servicios” (Ley 1122, 2007, p.1).

Hacia el año 2009, se expide la ley 1341 “Por la cual se definen principios y conceptos sobre la sociedad de la información y la organización de las Tecnologías de la información y las

Comunicaciones – TIC-. El Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, apoyará el desarrollo de la Telesalud en Colombia, con recursos del Fondo de las TIC y llevando la conectividad a los sitios estratégicos para la prestación de servicios por esta modalidad, a los territorios apartados de Colombia” (Ley 1341, 2019, p.1).

De igual forma, en el año 2010 se establecieron los lineamientos para el desarrollo de la telesalud en Colombia, con la ley 1419, la cual “tiene por objeto desarrollar la TELESALUD en Colombia, como apoyo al Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad, calidad y los principios básicos contemplados en la presente ley” (Ley 1419, 2010, p.2).

En atención a la población colombiana en zonas apartadas del país, con dificultad en cuanto al acceso a los servicios básicos de salud, el gobierno nacional a través del

Ministerio de salud y protección social publicó la Resolución 2654 de 2019, la cual fija las disposiciones para la tele salud y establece los parámetros para la práctica de la telemedicina, así como el uso de los medios tecnológicos, la calidad y seguridad en la atención e información de datos (Resolución 2654, 2019.p.10).

### ***2.2.2 Definiciones de atención virtual en salud***

1. Telesalud: es el conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, los cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y telecomunicaciones. Incluye, entre otras, la Telemedicina y la Teleeducación en salud.
2. Tele orientación en salud: es el conjunto de acciones que se desarrollan a través de tecnologías de la información y comunicaciones para proporcionar al usuario información, consejería y asesoría en los componentes de promoción de la salud, prevención de la

enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. El tele orientador en el marco de sus competencias, debe informar al usuario el alcance de la orientación y entregar copia o resumen de la comunicación si el usuario lo solicita.

3. Tele apoyo: el Tele apoyo se refiere al soporte solicitado por un profesional de la salud a otro profesional de la salud a través de tecnologías de la información y comunicaciones en el marco del relacionamiento entre profesionales. Es responsabilidad de quién solicita el apoyo, la conducta que determina para el usuario.
4. Telemedicina: es la provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica.
5. Tele medicina interactiva: es la relación a distancia utilizando tecnologías de información y comunicación, mediante una herramienta de video llamada en tiempo real, entre un profesional de la salud de un prestador y un usuario, para la prestación de servicios de salud en cualquiera de sus fases.
6. Tele medicina no interactiva: es la relación a distancia utilizando tecnologías de información y comunicación, mediante una comunicación asincrónica entre un profesional de la salud de un prestador y un usuario, para la provisión de un servicio de salud que no requiere respuesta inmediata.

Tele experticia: es la relación a distancia con método de comunicación sincrónico o asincrónico para la provisión de servicios de salud en cualquiera de sus componentes, utilizando tecnologías de información y comunicación entre:

1. Dos profesionales de la salud, uno de los cuales atiende presencialmente al usuario y otro atiende a distancia. El profesional que atiende presencialmente al usuario es responsable del tratamiento y de las decisiones y recomendaciones entregadas al paciente y el que atiende a distancia es responsable de la calidad de la opinión que entrega y debe especificar las condiciones en las que se da dicha opinión, lo cual debe consignarse en la historia clínica.
2. Personal de salud no profesional, esto es, técnico, tecnólogo o auxiliar, que atiende presencialmente al usuario y un profesional de la salud a distancia. El profesional que atiende a distancia será el responsable del tratamiento y de las recomendaciones que reciba el paciente, y el personal de salud no profesional que atiende presencialmente al usuario será el responsable de las acciones realizadas en el ámbito de su competencia.
3. Profesionales de la salud que en junta médica realizan una interconsulta o una asesoría solicitada por el médico tratante, teniendo en cuenta las condiciones clínico-patológicas del paciente.

Tele monitoreo: es la relación entre el personal de la salud de un prestador de servicios de salud y un usuario en cualquier lugar donde este se encuentre, a través de una infraestructura tecnológica que recopila y trasmite a distancia datos clínicos, para que el prestador realice seguimiento y revisión clínica o proporcione una respuesta relacionada con tales datos (Ministerio de Salud, 2020, p.6).

Dentro de los logros de la tele consulta se tienen:

Garantizar la prestación de los servicios de salud constituye un reto constante para los entes gubernamentales, sin embargo, los avances tecnológicos en telecomunicaciones han permitido acoger a un gran número de población que tenía limitaciones para acceder al servicio de salud.

Y, a su vez, la tele salud y la prestación de servicios de salud en la modalidad de tele medicina ofrecen las siguientes ventajas:

Facilita la viabilidad de aplicación de modelos organizativos que favorecen la continuidad, la integralidad asistencial y la atención centrada al entorno del paciente, aplicando conceptos de globalidad e interoperabilidad a las organizaciones sanitarias, dando lugar a nuevas formas de organización y de trabajo en red. (Ministerio de Salud y Protección, 2020, p. 6).

1. Mejora de la calidad asistencial, ya que facilitan el acceso y la disponibilidad de servicios asistenciales en condiciones de calidad
2. Mejora calidad de vida del paciente por la disminución de desplazamientos para la atención ya que permite la atención o monitorización remota con TIC en su domicilio.
3. Mejora la oportunidad y la resolutiveidad de la atención.
4. Facilita la equidad en el acceso a los servicios de salud independientemente de la localización geográfica (acerca la atención especializada a toda la población)
5. Mejora la atención integral y seguimiento tanto de los pacientes crónicos, como los de las enfermedades con baja prevalencia
6. Reduce los tiempos de espera (tanto en la realización del diagnóstico como en el tratamiento), evitando complicaciones por no atención oportuna.
7. Posibilita realizar atención remota de mediana y alta complejidad en la baja complejidad, reduciendo el número de remisiones

8. Disminuye la posibilidad de infección cruzada entre usuarios de los servicios de salud y el personal de salud.
9. Incide en la formación y competencia del talento humano en salud
10. Facilita la educación de pacientes en medicina preventiva y salud pública
11. Descongestiona servicios de urgencias y de consulta externa.
12. Contribuye a la Reducción de movilidad de personas en la ciudad.
13. Responde a las necesidades inmediatas en salud de la comunidad.
14. Es un medio de racionalización de costos en salud
15. Puede abarcar otros servicios de gestión administrativa como entrega de fórmulas o facturación. (Ministerio de Salud y Protección, 2020, p.6).

### ***2.2.3. Tele consulta en tiempos de pandemia por COVID-19***

La pandemia ha obligado a que los proyectos que estaban concebidos para unos años deban implementarse casi de forma inmediata, en todos los ámbitos, incluyendo los servicios de salud, sin estar preparados para asumir el reto que en gran parte de las atenciones en salud debieran ser por canales virtuales, donde la tele consulta haría parte de la actualidad mundial.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que dentro del contexto de la atención por tele consulta, existe una sociedad reacia aún a los cambios y donde la presencialidad hace parte de su entorno cotidiano (bancos, salud, etc.). Además, la limitación para la actualización y adquisición de equipos y recursos tecnológicos ha favorecido que este servicio se vea limitado en cuanto a una mayor cobertura a la población, puesto que no todos cuentan con equipos adecuados como Smartphone, o conectividad a internet, incluso al desconocimiento del manejo de la tecnología y las redes en algunas poblaciones de la tercera edad.

Así mismo, referente al impacto en la parte económica, los pacientes se han visto beneficiados con el ahorro en tiempo y dinero en los desplazamientos, de igual forma la calidad de la atención debe estar garantizada y no está supeditada a la presencia física o no del profesional durante la atención del paciente. Por otra parte, las instituciones de salud pueden a través de estos canales virtuales establecer varias terminales de atención médica, situación que beneficia al usuario. De igual forma podrá traer beneficios al tener la posibilidad de ofertar dichos servicios a diferentes entidades y Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB).

Para entender la importancia de los canales virtuales en la prestación de los servicios de salud en los momentos actuales, es necesario recordar que es pandemia.

De acuerdo con la Organización mundial de la salud OMS se denomina “pandemia a la propagación mundial de una nueva enfermedad, se produce cuando surge un nuevo virus que se propaga por el mundo y la mayoría de las personas no tienen inmunidad contra él” (Enfermedades Infecciosas, 2010, párr. 3).

La crisis actual de salud global que se enfrenta causada por el coronavirus COVID-19, ha sido declarada una pandemia por su rápida propagación, generando una elevada cantidad de muertes en todo el mundo. Está definida por la OMS como una “enfermedad infecciosa que se dio a conocer por primera vez a partir de casos en Wuhan, República Popular de China, el 31 de diciembre de 2019” (OMS, 2019, párr. 3).

Por otra parte, el director general de la OMS consideró que “pandemia no es una palabra para usar a la ligera o descuidadamente. Es una palabra que, si se usa incorrectamente, puede causar un miedo irrazonable o una aceptación injustificada de que la lucha ha terminado, lo que lleva a un sufrimiento y muerte innecesarios”.

“Nunca habíamos visto una pandemia provocada por un coronavirus. Y nunca hemos visto una pandemia que pueda ser controlada, al mismo tiempo”, manifestó (Organización Panamericana de la Salud, [S.O.P], 2019).

La epidemia de COVID-19 fue declarada por la OMS una emergencia de salud pública de preocupación internacional el 30 de enero de 2020. La caracterización ahora de pandemia significa que la epidemia se ha extendido por varios países, continentes o todo el mundo, y que afecta a un gran número de personas (S.O.P., 2019, p. 3).

A partir de la declaración de pandemia, se hace necesario contar con la suficiente información sobre el COVID 19, esta situación permitirá tanto al estado, como a los servicios sanitarios y a la población general, tomar medidas que contrarresten un impacto mayor de la pandemia en la sociedad, razón por la cual se podría comenzar por conocer los mecanismos de transmisión, a este respecto la Organización Mundial de la salud (OMS) expone que las infecciones respiratorias se pueden transmitir a través de pequeñas gotas respiratorias, que tienen un diámetro de 5 a 10 micrómetros ( $\mu\text{m}$ ), y también a través de núcleos goticulares, cuyo diámetro es inferior a 5  $\mu\text{m}$ . De acuerdo con los datos disponibles, el virus de la COVID-19 se transmite principalmente entre personas a través del contacto y de pequeñas gotas respiratorias. En un análisis realizado en China que incluyó a 75 465 casos de COVID-19 no se notificó transmisión aérea.

El contagio a través de gotículas, se puede producir de diversas formas, entre las que se encuentran: por contacto directo, al estar en contacto cercano (a menos de un metro) de una persona infectada con síntomas respiratorios (por ejemplo, tos o estornudos), debido al riesgo de que las mucosas (boca y nariz) o la conjuntiva (ojos) se expongan a partículas respiratorias infecciosas y de forma indirecta, a través de fómites (contacto con superficies que se encuentren en su entorno inmediato o con objetos que haya utilizado) en el entorno inmediato de una persona infectada.

La transmisión aérea del virus de la COVID-19, se realiza de manera diferente que la transmisión por gotículas respiratorias, puesto que la transmisión aérea se realiza por medio de núcleos goticulares (diámetro inferior a 5  $\mu\text{m}$ ) que contienen microbios, los cuales pueden permanecer en el aire durante periodos prolongados y llegar a personas que se encuentren a más de un metro de distancia. Dicha transmisión, podría ser posible en circunstancias y lugares específicos en que se efectúan procedimientos o se administran tratamientos que pueden generar aerosoles (por ejemplo, intubación endotraqueal, broncoscopia, aspiración abierta, administración de un fármaco por nebulización, ventilación manual antes de la intubación, giro del paciente a decúbito prono, desconexión del paciente de un ventilador, ventilación no invasiva con presión positiva, traqueostomía y reanimación cardiopulmonar).

Se han presentado algunas pruebas de que el virus de la COVID-19 puede producir infección intestinal y estar presente en las heces. Sin embargo, solo un estudio ha cultivado este virus a partir de una sola muestra de heces y, hasta la fecha, no se ha notificado transmisión fecal-oral.

Durante la pandemia, se necesita modificar la forma de brindar atención médica a fin de reducir la exposición del personal a personas enfermas, preservar el equipo de protección personal (EPP) y reducir a un mínimo el impacto del aumento repentino del número de pacientes en los establecimientos. Los sistemas de atención médica han tenido que efectuar un ajuste a la forma de realizar el triage, la evaluación y la atención de los pacientes, y recurrir a métodos que no dependan de los servicios presenciales.

Si bien la tecnología de la telesalud y su utilización no son nuevas, su adopción generalizada entre el personal de atención médica y los pacientes más allá de la simple correspondencia telefónica ha sido relativamente lenta. Antes de la pandemia del COVID-

19, las tendencias reflejaban un interés un tanto mayor en utilizar servicios de telesalud tanto por parte del personal de atención médica como por los pacientes. Sin embargo, durante esta pandemia los cambios recientes en las políticas han reducido las barreras al acceso a la telesalud y han promovido su utilización como una manera de prestar atención primaria, para enfermos agudos y crónicos, así como atención con especialistas. Muchas asociaciones médicas profesionales avalan los servicios de telesalud y brindan guía para la práctica médica en este panorama cambiante. La telesalud también puede mejorar los resultados de salud en los pacientes (OMS, 2019, párr. 1).

Con la expedición de la Resolución 385 del 12 de marzo de 2020, del Ministerio de Salud y Protección social, se declara la emergencia sanitaria en todo el territorio de Colombia hasta el 30 de mayo de 2020, adoptando medidas sanitarias para prevenir y controlar la propagación de COVID-19, entre los que se encuentra la suspensión de los eventos con aforo de más de 500 personas, evaluación de los riesgos en actividades o eventos en espacios cerrados o abiertos con concentración inferior a 500 personas, la implementación de medidas de bioseguridad en los establecimientos comerciales y mercados, que faciliten el acceso a sus trabajadores y de la población, la prohibición del tránsito de pasajeros y mercancías de tráfico marítimo internacional, etc.

De igual forma, se adoptan y aplican las medidas preventivas de aislamiento y cuarentena definidas en la Resolución 380 de 2020 por un término de 14 días.

Con la adopción del procedimiento para la atención ambulatoria a la población con aislamiento preventivo obligatorio, durante la emergencia sanitaria por COVID 19 establecida por la resolución 521 de marzo de 2020, se definen algunos conceptos sobre la tele consulta, tales como: Seguimiento telefónico, Seguimiento virtual, tele apoyo, tele orientación en salud y tele

salud, las cuales ya se consideran como medios de atención en salud, con algunas consideraciones para la tele consulta telefónica o virtual para los profesionales de medicina, enfermería y técnicos laborales en auxiliares de enfermería.

Como herramienta, la tele salud y la tele medicina en la atención a domicilio y el seguimiento es una buena alternativa para frenar la propagación del virus. Para la realización de las actividades de tele consulta, en el marco de la pandemia por COVID 19, el ministerio de salud y protección social dentro de sus competencias brindó las pautas para tele salud y tele medicina y ya establece definiciones para otras atenciones virtuales (Telemedicina, telemedicina interactiva, tele medicina no interactiva, tele experticia y tele monitoreo).

La Resolución 536 de 2020 “Por la cual se adopta el plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS COV.2 (COVID.19)”, establece como responsabilidad de la Dirección Territorial de Salud (DTS), las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y los prestadores de servicios de salud, el fortalecimiento y uso de la modalidad de telemedicina como una medida para fortalecer el aislamiento social, garantizar el acceso, mitigar las posibles saturaciones de la capacidad instalada e insuficiencia de talento humano en salud de los prestadores de servicios de salud, proteger grupos de mayor riesgo, y prevenir la transmisión del virus. (Ministerio de Salud y Protección, 2020, p.7)

Con el Decreto Legislativo 358 de 2020 se determinan algunas medidas de tipo temporal, con el fin de garantizar la prestación de los servicios de salud, facilitando modelos de atención que incluyan la tele salud y la prestación de los servicios en la modalidad de telemedicina,

Permitiendo la autorización transitoria para la prestación de servicios de salud por la secretaría de salud departamental o distrital a través del REPS , entre otros, para: i) Adecuar

temporalmente un lugar no destinado a la prestación de servicios de salud, dentro o fuera de sus instalaciones. ii) Prestar servicios en modalidades o complejidades diferentes a las habilitadas dentro de las cuales puede estar la telemedicina iii) Prestar servicios de salud no habilitados. En este decreto también se establecen condiciones temporales para la implementación de plataformas tecnológicas para la telesalud (Ministerio de Salud y Protección, 2020, p.7).

Con el surgimiento del COVID- 19 han surgido limitaciones en cuanto a desplazamiento, riesgo de exposición y restricciones a las auditorias de concurrencia por parte de algunas instituciones de salud, por lo que la auditoría a la tele consulta, puede ser una buena alternativa para garantizar una adecuada prestación de servicios de salud.

Conforme a lo anterior, el riesgo de colapso de los servicios de salud, la indisciplina social y la falta de conocimiento sobre el servicio de tele consultas, lleva a que el gobierno tome medidas inmediatas que garanticen la prestación de los servicios básicos de salud, donde todos los actores el sistema deben aunar esfuerzos para el fortalecimiento en la atención a través de otros canales no presenciales.

Sin embargo, no se debe desconocer la problemática existente de la salud en Colombia, donde en algunas ocasiones se debe acceder a ciertos servicios con acciones legales como la tutela, con el COVID-19 (Ministerio de Protección Social, et al., 2007). Los canales no presenciales se han vuelto parte fundamental dentro del acceso a los servicios, por lo que se necesita atención para que estos se desarrollen de acuerdo con las necesidades en salud. Situación que permite la intervención del área de auditoria donde se podrá realizar seguimiento a dichos canales logrando oportunidades de mejora y por ende mejores servicios.

De acuerdo con las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud publicada en el año 2007 por el Ministerio de Protección Social:

El propósito de la auditoría es convertirse en un instrumento de evaluación y monitorización permanente para lograr calidad dentro de los principios del mejoramiento continuo, siendo conocedora de los procesos prioritarios que la organización debe definir a partir del seguimiento a riesgos en la prestación de servicios, cuya finalidad es proteger a los usuarios de los principales riesgos que se presentan durante el proceso de atención en salud y orientándose al logro de los estándares de acreditación. Sus objetivos de mejoramiento están centrados en el usuario, comparando la calidad observada con la calidad deseada, detectando las desviaciones que se presentan en esta comparación para elaborar, implementar y hacer seguimiento a los planes y actuar para el mejoramiento, de manera que se impacte el cumplimiento de los estándares, para alcanzar niveles de calidad que lleven a mejorar la Salud de los usuarios al menor costo posible (costo-beneficio.) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007, p. 29).

La necesidad del distanciamiento físico y el aislamiento en época del COVID 19, ha llevado a acelerar la implementación o fortalecimiento de herramientas virtuales para garantizar servicios de salud esenciales, el uso de plataforma digitales ha permitido una respuesta rápida a las necesidades de salud de la población, pero del mismo modo colaborar en la capacitación y apoyo del personal de la salud, supervisión y satisfacción del servicio. Pero, por otra parte, estas novedades pueden verse limitadas en algún sector de la población, donde no se tenga acceso a dichas tecnologías o no se tenga conocimiento de su uso.

Otro de los aspectos importantes, para el adecuado empleo de las plataformas digitales es que se encuentren articuladas a todo el esquema y políticas dentro del contexto actual de la

pandemia, motivo por el cual previamente se debe tener conocimiento de la infraestructura y normatividad existentes, tipo de tecnologías, personal capacitado, áreas geográficas, etc. En la actualidad ya es evidente la telemedicina por vídeo chat o mensajes de texto, las líneas telefónicas de apoyo dotadas de personal son solo algunos de los ejemplos.

Del mismo modo, es necesaria la articulación con otras áreas de salud, como la entrega a domicilio de medicamentos, el empleo de redes sociales y aplicaciones digitales para suministrar información al público, atenciones domiciliarias en salud a población de alto riesgo, entrega de resultados de exámenes por correo electrónico, servicios que actualmente han cobrado mayor importancia, evitando el aumento de contagios, además de contribuir a un sistema con mejor respuesta a futuras emergencias.

Durante la epidemia, la atención en salud debe estar encaminada a las necesidades específicas de la población, no solo limitándose a un ciclo de vida, sino abarcando igualmente condiciones médicas especiales, en el caso de las gestantes cualquier afectación en la cobertura de los servicios básicos, podría acarrear complicaciones o hasta la muerte materna o neonatal, además del aumento de embarazos no deseados por interrupción de programas de planificación familiar, situaciones que acarrea atención especial por parte de las políticas de salud en la continuidad de estos programas.

En niños y adolescentes, producto del confinamiento, reducción de la actividad física, la suspensión de las clases presenciales y el distanciamiento físico, se ha observado aumento de las probabilidades de sufrir depresión, ansiedad, aumento del maltrato intrafamiliar, problemas de nutrición especialmente en los niveles económicos escasos donde el comedor escolar ayuda en el balance alimenticio y la interrupción de servicios de salud como vacunación, lo cual traerá consecuencias a largo plazo en la prevención de algunas enfermedades no transmisibles.

La población de mayor edad, corren un mayor riesgo de enfermarse y de igual forma de fallecer producto del COVID 19, especialmente aquella con comorbilidades, resultado de algunos programas de salud que se vieron interrumpidos, inconvenientes con los suministros de medicamentos, al igual que al confinamiento obligatorio y la restricción de la circulación. Involucrar a la familia o cuidadores sobre las medidas preventivas durante la pandemia, la promoción de hábitos saludables y la capacidad de adaptación que se tenga a la novedad de la prestación de servicios de salud permitirá la continuidad y seguimiento de su enfermedad.

#### ***2.2.4. Medidas en salud por la pandemia COVID-19***

Acciones como el aislamiento preventivo a población susceptible al contagio por COVID 19, al igual que otras medidas como el uso de tapabocas, lavar regularmente las manos y mantener el debido distanciamiento, han permitido al gobierno la reactivación gradual de algunos sectores de la economía y en salud la posibilidad de que algunos servicios como

los procedimientos urgentes, prioritarios y programados de los diferentes servicios de internación, quirúrgicos, consulta externa, urgencias, protección específica y detección temprana, y de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, de forma tal, que se garantice la protección y seguridad de los usuarios y del talento humano asociado a la realización de las atenciones. (Ministerio de Salud y Protección, 2020, pág. 12).

De igual manera, las oficinas administrativas de las EAPB se han unido igualmente a esa reactivación económica, pero conservando los lineamientos de bioseguridad de su población, con agendamientos de citas para los distintos trámites administrativos, inversión en la adecuación de las salas de oficina, al igual que el fortalecimiento de los canales virtuales para la radicación y consecución de autorizaciones.

Desde inicios de la pandemia, los diferentes entes territoriales dentro de sus funciones de Vigilancia, Inspección y Control en el Sector Salud han estado atentos a dar cumplimiento con las medidas para la mitigación del riesgo de contagio por COVID 19.

En las últimas semanas la Superintendencia Nacional de Salud realizó 11 visitas a 9 EPS de la capital, con el fin de garantizar y vigilar la adopción de los protocolos e implementación de medidas de seguridad para mitigar la propagación del COVID-19. La visita además de verificar el cumplimiento de los protocolos buscaba identificar las deficiencias que pueden poner en riesgo la prestación de servicios de salud a la población afiliada. Con este fin, se valoró la implementación de estrategias para el ingreso de usuarios, así como el uso y efectividad de los canales de información puestos a disposición de los afiliados en los ya conocidos puntos de información.

Estos fueron algunos de los hallazgos descubiertos por la entidad:

- Deficiencia en los mecanismos habilitados para la entrega de medicamentos a domicilio.
- Debilidades en la adopción de protocolos de bioseguridad en el ingreso de los usuarios a los puntos de atención y deficiencia en la divulgación de medidas que garanticen el distanciamiento social en sus sedes.
- Falta de fortalecimiento en el uso de sistemas no presenciales para adelantar los trámites administrativos, como es el caso de autorizaciones de servicios.
- Falta de mecanismos de información para la consulta de los usuarios.
- Insuficiencia de canales no presenciales para la atención y trámite de las peticiones, quejas, reclamos y denuncias formuladas por sus afiliados.

Posteriormente, las EPS se comprometieron a implementar las instrucciones impartidas por la Supersalud para después ser evaluadas a nivel nacional para garantizar un servicio de salud eficiente.

Finalmente, la Superintendente para la protección del Usuario, Marianella Sierra, concluyó que: “Como resultado de las visitas realizadas, les requerimos a las 9 EPS visitadas, la implementación de planes de mejora expeditos y de impacto que evaluaremos, de no cumplir con las instrucciones impartidas, serán sujetas a eventuales investigaciones administrativas y sanciones” (Vivas, 2020, p. 5).

Sin embargo, a pesar de todas las estrategias encaminadas a evitar la propagación del contagio, aún es evidente el componente cultural arraigado en la población, donde para un cierto grupo de personas es necesaria la actividad presencial para sus diligencias en salud, motivados seguramente por el desconocimiento y manejo de los diversos canales tecnológicos o a su desconfianza de una plena satisfacción de sus expectativas.

Una de las consecuencias que trajo la pandemia producto del COVID 19, entre otras, fue la interrupción parcial de la prestación de los servicios de salud, en algunos países, situación que afectó a la población con comorbilidades (Cáncer, diabetes, hipertensión, etc.) en tratamiento, incrementando de forma importante el riesgo de enfermar o recaer.

El temor al contagio, el re direccionamiento del recurso humano en salud para la atención de pacientes COVID 19, la cancelación o inasistencias de citas programadas, la desinformación, al igual que el aumento en la demanda de los servicios de salud, todas estas implicaciones motivan a que los distintos gobiernos busquen e implementen estrategias que permitan garantizar una atención segura durante toda la pandemia, previniendo otra crisis en la salud como el colapso del sistema que pueda llevar al aumento importante de la mortalidad no solo producto de la pandemia

sino de enfermedades prevenibles, además de brindar la confianza suficiente para que la población se sienta seguro con su sistema de salud donde sus necesidades esenciales son satisfechas.

Debido a que ningún sistema de salud en el mundo estaba preparado para afrontar una pandemia, donde la prestación del servicio se vería puesta a prueba, no solo por la carga de contagios de la COVID 19, sino también por la consulta por enfermedad habitual, se hace importante un sistema de salud bien organizado que garantice un acceso equitativo y seguro durante la emergencia, que pueda impactar en la disminución de la mortalidad por el COVID 19 así como por otras enfermedades.

A medida que evoluciona la pandemia, deben adaptarse las prestaciones de los servicios de salud a estas condiciones según riesgo beneficio, de igual forma, las conductas de salud pública adoptadas para disminuir el contagio deberán flexibilizarse a medida que se vaya controlando el contagio, permitiendo también la reactivación gradual de la prestación de los servicios de salud, pero sin olvidar aquellas estrategias adoptadas y consideradas como beneficiosas y eficaces.

La participación de los diferentes sectores de la sociedad y la adecuada articulación entre ellas son parte esencial, para que aquellas estrategias garanticen el acceso a los servicios de salud a la población más vulnerable, sometida a un mayor riesgo y que permita una adecuada contención contra el COVID 19, por otro lado, se debe tener en cuenta la particularidad de las diferentes zonas para orientar los servicios de salud básicos y con base al análisis de riesgo beneficio obtener una mejor respuesta y satisfacción a las necesidades de las regiones.

Según la Organización Mundial de la salud... los países deben definir cuáles son los servicios de salud esenciales a los que se dará prioridad en función del contexto, de modo que sigan funcionando durante la fase aguda de la pandemia de COVID-19. En las categorías de alta prioridad se incluyen:

1. Los servicios esenciales de prevención y tratamiento de enfermedades transmisibles, incluidas las vacunas;
2. Los servicios relacionados con la salud reproductiva, incluido durante el embarazo y el parto;
3. Los servicios básicos para los grupos de población vulnerables, como los bebés y las personas mayores;
4. El abastecimiento de medicamentos y suministros y el apoyo de los trabajadores de la salud para el tratamiento sin interrupciones de las enfermedades crónicas, incluidas las enfermedades mentales;
5. Los tratamientos de medicina intensiva que deben realizarse en establecimientos sanitarios;
6. La gestión de las dolencias y los cuadros clínicos agudos habituales que requieren intervenciones urgentes; y
7. Los servicios de apoyo, como los servicios básicos de diagnóstico por imagen, de laboratorio o de banco de sangre (Salud O.P., 2020).

...Las estrategias para reanudar los servicios integrales y programados deben someterse periódicamente a una revisión y examen, a medida que evoluciona el brote. Si el uso de los servicios cae significativamente por debajo de los umbrales acordados o de otros indicadores de rendimiento, es necesario activar estrategias específicas, como campañas de comunicación dirigidas a la población sobre cómo reconocer las señales de peligro de un infarto de miocardio o de un accidente cerebrovascular (Salud O.P, 2020, p. 6).

...Una planificación preventiva y eficaz allana el camino para una transformación que deje los sistemas de salud mejor preparados y reduzca los posibles riesgos de futuras alteraciones. Las adaptaciones deben estar destinadas a fortalecer la capacidad de

recuperación de los servicios y a aumentar el potencial de los sistemas de ampliar rápidamente la capacidad de tratamiento de la COVID-19, garantizando al mismo tiempo el acceso seguro a servicios de salud esenciales de alta calidad (Salud O.P., 2020, p. 7).

Dentro de las consideraciones de la Organización Mundial de la Salud

Establece una planificación bien coordinada con un adecuado seguimiento desde los servicios de atención básica que pueda reducir notablemente las estancias en el hospital, por otra parte, cuando sea oportuno y factible deben prestarse a distancia los servicios ambulatorios y la modificación en el direccionamiento en aquellos sistemas de salud para el acceso oportuno a los servicios, donde la atención básica se encuentra integrada con niveles de mayor complejidad, atención domiciliaria y los distintos programas para la atención a pacientes crónicos (OMS, 2020, p 3).

La tele medicina, la realización del triage para definir prioridades de atención, la dispensación de medicamentos sin que el paciente tenga que optar por la presencialidad, la asignación de citas para evitar aglomeraciones y el distanciamiento en los espacios de las instituciones de salud, dentro de las estrategias implementadas para una atención segura a la población (OMS, 2020).

La situación generada por la pandemia por el COVID 19, ha acentuado en algunos países la problemática existente en salud y en especial del recurso humano; a la escasez, la mala distribución y la falta de competencias, se han sumado otros factores como las bajas de los mismos trabajadores de la salud víctimas de contagio, este escenario lleva a que se generen conductas gubernamentales que brinden apoyo a todo el personal de primera línea, tales como horarios de trabajo adecuados, tiempos de descanso acordes, apoyo psicosocial, el suministro de elementos de protección personal, puntualidad en el pago de salarios, etc.

A medida que evoluciona la pandemia, del mismo modo la prestación de los servicios de salud debe adaptarse a estas condiciones según riesgo beneficio de las atenciones, de igual forma, las conductas de salud pública adoptadas para disminuir el contagio deberán flexibilizarse a medida que se vaya controlando el contagio, permitiendo también la reactivación gradual de los servicios de salud, pero sin olvidar aquellas estrategias adoptadas y consideradas como beneficiosas y eficaces.

La participación de los diferentes sectores de la sociedad y la adecuada articulación entre ellos son parte esencial, para que aquellas estrategias garanticen el acceso a los servicios de salud a la población más vulnerable, sometida a un mayor riesgo y que permita una adecuada contención del COVID 19, por otro lado, se debe tener en cuenta la particularidad de las diferentes zonas para orientar los servicios de salud básicos y con base en el análisis de riesgo beneficio obtener una mejor respuesta y satisfacción a las necesidades de las regiones.

Dada las repercusiones económicas que ha traído el COVID 19, el pago de cuota moderadora o copagos para que las personas reciban atención médica, se pudiera considerar barrera de acceso en época de pandemia, dicha situación puede acarrear aumento de la morbilidad y mortalidad que pudieron ser prevenibles, sin olvidar la posibilidad de aumento de contagios y sub registros epidemiológicos por parte de la población que no puede consultar a los servicios médicos, razón por la cual los distintos gobiernos deben garantizar los fondos de financiación para la prestación de los servicios básicos, no terminando ahí su gestión sino también dándolo a conocer a la población.

Aunque no se cuenta con un antecedente presupuestal, todos los actores en salud deben partir de una base tentativa con el fin de que se cuente con los recursos económicos necesarios para los servicios básicos, donde se espera un incremento en el gasto, en comparación con los

ingresos, del mismo modo contar con la cadena de suministro, las campañas de comunicación, el sistema de información, la capacidad de la red de prestadores e insumos, sin descuidar el seguimiento y supervisión constante en el buen uso de los recursos, puesto que esto afecta la prestación de los servicios básicos.

A pesar del concepto que sobre los servicios de salud, tenga parte de la población, estos continúan siendo una opción para el tratamiento de sus afecciones; por lo que durante la emergencia sanitaria por la pandemia por COVID 19, se debe hacer partícipe a la comunidad frente a los cambios que se avecinan mediante una comunicación asertiva y continua, con lo que se promueven comportamientos adecuados, y se dan mensajes claros sobre las políticas sanitarias y su dinámica durante la pandemia creando espacios de confianza frente a los servicios de salud.

Todas las decisiones gubernamentales tienen alguna repercusión en la población y por el contexto actual también en el sistema de salud, razón por la cual deben estar basadas en información precisa y con apoyo de un análisis en el seguimiento de la prestación de los servicios de salud y su repercusión en el control del brote (Recursos, suministros, personal, etc.), además de la implementación de indicadores que se sumen a los ya establecidos logrando el rastreo de la evolución de la pandemia y su impacto.

Otro de los aspectos a tener cuenta en la toma de decisiones, es poder contar con datos minuciosos (Sexo, raza, edad, etc.), pero también se debe conocer el comportamiento de algunos servicios médicos trazadores que ayuden a la detección de cambios y preferencias, pero que permita a su vez comparar con reportes de años anteriores tales como, ocupación de camas UCI, número de consultas ambulatorias, total de muertes, internación hospitalaria, entre otros. Aquí toma gran relevancia la notificación oportuna y de calidad de todo el personal involucrado como fuente primaria de información.

Se requieren esfuerzos adicionales de las instituciones de salud especialmente en zonas apartadas y con limitaciones en cuanto a los sistemas de información, con el fin de contar con la información requerida y de forma oportuna, al mismo tiempo, el proceso de recopilación de datos debe también adaptarse con la pandemia, como lo ha hecho con la suspensión del mecanismo de firma obligatoria por servicios recibidos, colaborando con la disminución del contacto. Por otra parte, según la Organización Mundial de la Salud "...la pandemia de COVID-19 brinda la oportunidad de reforzar las capacidades de vigilancia básicas que pueden aportar beneficios para la salud pública mucho más allá de esta emergencia" (OMS, 2020), pudiendo ser sostenibles en el tiempo.

#### ***2.2.5. Auditoría virtual vs auditoría presencial***

Independiente de la forma en que se pueden desarrollar las auditorías (Presenciales o virtuales), como en todos los ámbitos, habrá sus seguidores como sus detractores, ventajas y desventajas, fortalezas y debilidades, sin embargo, lo importante es que se le brinde al cliente la confianza de que se cumplirá con el proceso auditado, contribuyendo con el mejoramiento de los procesos en una organización, un requisito fundamental es que ambas modalidades cumplan con las diferentes etapas que componen un auditoria.

Desde el punto de vista social, se podría decir que la evolución a la auditoría virtual no presentará mayores obstáculos, en la actualidad las relaciones personales se llevan a cabo por las redes sociales, compras on line, transacciones bancarias digitales, etc., actividades que la pandemia por el COVID 19 ha fortalecido. También se encuentra el temor al contagio, sumado a los distintos picos de infección y la poca cobertura de las vacunas han favorecido a que las auditorias virtuales sean vistas con buenos ojos.

La auditoría virtual debe contar con un proceso definido para la implementación y divulgación de las distintas herramientas tecnológicas, tanto el auditor como el auditado deberán conocer y entender este aspecto, ya que al momento de la auditoria se deben definir los distintos instrumentos para compartir archivos, visualización de la información y el debido acceso a las aplicaciones con las que se llevará a cabo la interacción al momento de desarrollar la auditoria.

¿Pero cómo elegir la modalidad de auditoria más adecuada? Conocer los beneficios y desventajas de cada una puede ayudar al equipo auditor a elegir un determinado modelo. La pandemia por el COVID 19, no puede ser la única razón para esta elección, debido a que hay procesos que deben ser auditados presencialmente, mientras que otros pueden ser virtuales, motivo por el cual aún no se puede pensar que la auditoria virtual pueda reemplazar a la auditoria física, por lo menos no en todos los casos, más bien dentro del enfoque de auditoria una puede ser complemento de la otra, mientras dure la pandemia por COVID-19. Se puede iniciar una auditoria de forma virtual y dejar solo ciertos aspectos muy específicos donde se requiera que el trabajo sea en sitio (Chertorivski, 2012, párr.1).

Aún no está claro, si durante la pandemia es propicio iniciar o dar continuidad a los planes de auditoría, pues debe tenerse en cuenta para definir si realizarlo o mejor posponer, este punto atañe a las dos modalidades de la auditoria y dependerá del plan que se proyecte en el año, con base en las necesidades prioritarias de cada organización, o se debe considerar esperar y dar tiempo a cómo evolucione la pandemia, confiando que cada área cumpla y brinde todo el potencial requerido durante la crisis.

Según la norma internacional ISO 19011:2018 Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión, define:

Auditoría Virtual con interacción humana: son auditorías a distancia (no se realizan en las instalaciones del auditado), donde las actividades de auditoría implican la interacción entre el personal del auditado y el equipo auditor mediante canales de comunicación en tiempo real.

Auditoría Virtual sin interacción humana: son auditorías a distancia sin interacción con las personas que representan al auditado, es decir el auditor no interactúa con el auditado, sino con equipos, infraestructura tecnológica y documentos del auditado, respetando los protocolos de seguridad establecidos.

El tipo de auditoría depende del líder y del plan de auditoría. Dentro del contexto del COVID 19 se podría pensar en una priorización para la realización de auditorías, teniendo en cuenta las necesidades inmediatas, pero también normativas, en busca del cumplimiento de la atención de los servicios de salud básicos y complementarios, al igual que la gestión para la contención y mitigación de la pandemia, para lograrlo es posible que la auditoría presencial se complemente con la auditoría virtual.

Por otra parte, algunos aspectos a verificar, las entidades responsables definen criterios propios en sus auditorías, que garanticen el cumplimiento de los estándares exigidos, por lo que es necesario no dejar a lado las visitas en sitio, como en las normas ISO.

En salud, la situación no es diferente,

La auditoría virtual también puede ser un aliado, aportando a todos los actores del sistema (proveedores, aseguradoras, prestadores, pacientes) beneficios para el mejoramiento de los diferentes procesos. Pero es importante, analizarlo desde el contexto actual de la pandemia por COVID 19, donde ya se debe pensar o proyectar como serán los servicios de salud en un futuro, donde seguramente persistirán algunos modelos, pero abiertos a las novedades de la atención,

encaminadas a la prestación médica en lugar de residencia tanto en pandemia y post pandemia- (Escuela Europea de Excelencia, 2020).

### ***2.2.6. Ventajas y desventajas de la auditoría virtual***

Debido al contexto mundial por el que estamos pasando, aún se desconoce la duración de la pandemia, de igual forma, tampoco sabemos que más afectaciones traerá, en la actualidad los países están orientados a la vacunación y alcanzar la inmunidad de rebaño, igualmente algunos han adoptado nuevamente por el confinamiento, los cambios han sido muchos y en todos los niveles, situación que nos lleva a adaptarnos a un nuevo estilo de vida.

Conforme a lo anterior, la auditoría virtual ha ganado en los últimos meses grandes adeptos, lo que permitirá continuar siendo un aliado en las organizaciones mejorando sus procesos, pero dentro de la planeación de la auditoría bajo la modalidad virtual, se debe tener en cuenta las fortalezas y limitaciones para llevarla a cabo de forma eficiente. Este aspecto fue planteado en la versión ISO 9001, donde incluye directrices para realizar auditoría remota.

#### *Beneficios según ISO 9001:*

1. Eficiencia en tiempo y costo.
2. Los auditores jóvenes y talentosos se preguntan por qué tienen que ir a una ubicación lejana y de difícil accesibilidad para recaudar datos que podrían estar disponibles en una ubicación en la nube.
3. Esto implica asumir costos de dinero y tiempo para viajes que podrían evitarse. Aun si se trata de utilizar técnicas como realizar entrevistas o formular observaciones, esto se puede realizar a través de aplicativos como Skype.
4. Acceso a ubicaciones difíciles

5. No siempre el costo y el ahorro de tiempo son los únicos factores por considerar. Lugares en donde el ruido y el fragor de la producción interrumpen o dificultan la labor del auditor, por ejemplo, resultan mucho más apropiados para una auditoría remota.
6. En algunos países, también es preciso considerar las condiciones de seguridad o de comodidad de los auditores, sobre todo cuando la tarea puede llevar días o semanas.
7. Aprovechar las funcionalidades de la tecnología
8. Las organizaciones hacen una inversión en tecnología que tiene un costo importante. El objetivo es, por supuesto, obtener el máximo beneficio de esa inversión.
9. Estas organizaciones utilizan sistemas de videoconferencia para mantenerse en contacto con sus sucursales, en algunos casos en el exterior, en temas relacionados con estrategia comercial o el giro ordinario de los negocios.
10. Del mismo modo, aprovechan las bondades del almacenamiento en la nube para compartir información de forma inmediata. En algunas organizaciones, incluso, se utilizan drones para realizar inspecciones remotas o inventarios a distancia.
11. Comodidad de auditores y auditados
12. Cuando se sugiere una auditoría remota en ISO 9001, los auditados apoyan la idea porque esto representa no perder una sala de conferencia para destinarla a los auditores durante una semana, o no tener que disponer de una logística de alimentación y alojamiento que se puede obviar con la auditoría remota (Escuela Europea de Excelencia, 2020).

*Limitaciones según ISO 9001:*

1. Algunos organismos de acreditación no reconocen auditorías remotas
2. Como ya hemos indicado, las organizaciones que trabajan para obtener su certificación no deberían recurrir para ello a este tipo de auditorías. Los organismos de

certificación consideran que no es posible recopilar evidencia de auditoría confiable en las auditorías remotas.

3. Los requerimientos tecnológicos pueden ser un problema para pequeñas organizaciones
4. Conexiones de red deficientes, ausencia de almacenamiento en la nube o falta de confiabilidad en la información recibida, pueden dificultar la tarea o generar dudas insalvables en los auditores. Si una entrevista se interrumpe tras una pregunta crítica, el auditor puede pensar que el entrevistado ha tenido problemas para dar una respuesta veraz.
5. Auditores tradicionales en el equipo
6. No siempre es posible elegir al auditor o a sus asistentes. Por ello, un auditor tradicional, formado a la antigua, puede ofrecer resistencia a desarrollar la tarea en forma remota.
7. Falta de capacitación o experiencia del auditor
8. La auditoría remota en ISO 9001 requiere de un auditor experimentado y capacitado. Y es crucial que el equipo de auditores tenga los conocimientos necesarios para realizar la auditoría haciendo uso de la tecnología.
9. Para determinadas ocasiones la auditoría remota puede no ser lo recomendable, para otras puede suponer ventajas muy interesantes. Por ello, es aconsejable tener presente que existe esta opción (Escuela Europea de Excelencia, 2020).

### ***2.2.7. Servicios de salud afectados por COVID-19***

De acuerdo a la OMS (Organización Mundial de la Salud) “el 90% de los países han sufrido interrupciones de sus servicios de salud esenciales desde el inicio de la pandemia de COVID-19”, información suministrada por 105 países, entre los meses de marzo y junio 2020, viéndose más

afectados los países más pobres debido a que la interrupción se ha dado en servicios críticos (Cáncer-VIH), teniendo en cuenta lo anterior, esta pandemia debe llevar al análisis de modelos de salud que respondan a las necesidades de la población y a una respuesta a las emergencias.

De la misma forma, la OMS advierte los servicios que se vieron afectados significativamente:

Según los datos proporcionados por informantes clave, los países experimentaron en promedio interrupciones en el 50% de un conjunto de 25 servicios indicadores. Los servicios que sufrieron interrupciones con mayor frecuencia fueron los de inmunización rutinaria y servicios periféricos (70%), los servicios prestados en centros (61%), el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades no transmisibles (69%), la planificación familiar y la anticoncepción (68%), el tratamiento de los trastornos de la salud mental (61%), y el diagnóstico y tratamiento del cáncer (55%) (OMS, 2020, párr. 3).

Los países también notificaron interrupciones en los servicios de diagnóstico y tratamiento del paludismo (46%), detección y tratamiento de los casos de tuberculosis (42%) y tratamiento antirretrovírico (32%). Aunque es posible que algunas esferas de la atención de la salud, como la atención dental y la rehabilitación, se hayan suspendido deliberadamente de conformidad con los protocolos gubernamentales, se espera que la interrupción de muchos de los demás servicios tenga efectos perjudiciales en la salud de la población a corto, medio y largo plazo (OMS, 2020, párr. 4).

Los servicios de urgencias que pueden salvar vidas se interrumpieron en casi una cuarta parte de los países que respondieron a la encuesta. Los servicios de las salas de emergencia que funcionan las 24 horas del día, por ejemplo, se vieron interrumpidos en el 22% de los

países, las transfusiones de sangre urgentes se interrumpieron en el 23% de los países, y la cirugía de urgencia se vio afectada en el 19% de los países (OMS, 2020, párr. 5).

Interrupciones debidas a una mezcla de factores relacionados con la oferta y la demanda. El 76% de los países comunicaron una reducción de la asistencia de pacientes a los servicios ambulatorios debido a la menor demanda y a otros factores como el confinamiento y las dificultades financieras. El factor más comúnmente comunicado desde el punto de vista de la oferta fue la cancelación de servicios opcionales (66%). Entre los demás factores indicados por los países figuran la redistribución de personal para prestar servicios de socorro en relación con la COVID-19, la falta de disponibilidad de servicios debido a los cierres y las interrupciones en el suministro de equipo médico y productos sanitarios (OMS, 2020, párr. 6).

Aunque el informe de la OMS no hace referencia a un país en particular, en Colombia la situación no es diferente, congestión en los servicios prioritarios, poca capacidad instalada especialmente en UCI, interrupción de servicios de salud considerados rutinarios, afectación en el suministro y entrega de medicamentos, son solo algunos de los servicios que se han visto afectados por la pandemia por COVID 19.

### **3. Método**

#### **3.1 Tipo y alcance de la investigación**

El presente trabajo es de tipo descriptivo, el cual pretende dar a conocer un modelo de preguntas aplicables a los servicios no presenciales de atención básica en salud haciendo énfasis en programas tales como: medicina, odontología y promoción y prevención a través de los canales virtuales implementados producto de la pandemia por la emergencia sanitaria COVID-19.

De acuerdo con el artículo: “Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño en los *estudios descriptivos*, el investigador se limita a medir la presencia, características o distribución de un fenómeno en una población en un momento de corte en el tiempo, tal sería el caso de estudios que describen la presencia de un determinado factor ambiental, una determinada enfermedad, mortalidad en la población, etc., pero siempre referido a un momento concreto y sobre todo, limitándose a describir uno o varios fenómenos sin intención de establecer relaciones causales con otros factores.” (Jorge Veiga de Cabo, 2008, p. 1)

La recolección de los datos tendrá un enfoque cualitativo, a través de una búsqueda bibliográfica en base de datos de Dialnet, Redalyc, Pubmed, Scielo y la normatividad vigente en Colombia teniendo en cuenta palabras claves como: “concepto de auditoría”, “telemedicina”, “telesalud en Colombia”, “tele medicina futuro”, la búsqueda se realizó en idioma español y se revisaron estudios relacionados con atención en salud de canales no presenciales en tiempos de pandemia por COVID-19.

Según Jiménez-Domínguez (2000) los métodos cualitativos parten del supuesto básico de que el mundo social está construido de significados y símbolos. De ahí que la intersubjetividad sea una pieza clave de la investigación cualitativa y punto de partida para captar reflexivamente los significados sociales. La realidad social así vista está hecha de significados compartidos de manera intersubjetiva. El objetivo y lo objetivo es el sentido intersubjetivo que se atribuye a una acción. La investigación cualitativa puede ser vista como el intento de obtener una comprensión profunda de los significados y definiciones de la situación tal como nos la presentan las personas, más que la producción de una medida cuantitativa de sus características o conducta”. (Lévano, 2007, p. 1)

**Tabla 1.** *Análisis y presentación de los resultados*

Objetivo	Recolección de datos	Procedimiento	Instrumento y fuente de información
Caracterizar la información existente sobre la prestación de servicios de salud a través de canales no presenciales durante la emergencia sanitaria por COVID-19	Cualitativa	Primero, se llevará a cabo la búsqueda de artículos de investigación y normatividad vigente en Colombia, desarrollados entre el año 2019 y 2021 empleando la ficha bibliográfica que reúna información sobre: tele salud, tele medicina, auditoria en salud, pandemia por COVID-19	Ficha bibliográfica
Sistematizar la información existente sobre la implementación de lineamientos de atención en salud a través de canales no presenciales producto de la pandemia por COVID-19		Se realizará un análisis de la información existente, luego se delimitará las líneas de estudio y posteriormente se creará una lista de chequeo aplicable a los programas de atención primaria en salud a través de canales virtuales en el periodo de tiempo mencionado.	

Este estudio busca proponer a través de una herramienta como lista de chequeo, la verificación de la prestación de los servicios de salud a través de canales no presenciales, durante la emergencia sanitaria producto de la pandemia por COVID-19, teniendo en cuenta las características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud (SOGCS). Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de la literatura existente, estudios, documentos, normas y artículos, que permitiera conocer aspectos como antecedentes, evolución y perspectiva de la

auditoria en la atención en salud por canales no presenciales, luego de revisar las palabras claves y términos relacionados, se combinaron los términos de búsqueda, con el operador AND en base a las palabras claves “Concepto de auditoria”, “tele medicina”, “tele salud en Colombia”, “tele medicina futuro”, “auditoria virtual”.

La unidad de análisis de este trabajo corresponde a los artículos y normatividad vigente encontrada sobre atención en salud a través de canales virtuales durante la emergencia sanitaria por COVID-19 que se encuentren referenciados en publicaciones científicas y resoluciones establecidas desde el año 2019.

### **3.2 Diseño de la investigación**

El método utilizado fue una revisión documental, a través de la consulta en artículos, periódicos, revistas y trabajos de grado que brinden orientación hacia los objetivos relacionados en el tema del presente trabajo y permitan la exploración a nuevos campos. La investigación tendrá un enfoque cualitativo donde se quiere abordar un tema dentro de un contexto de pandemia ajustado a las condiciones en particular y teniendo en cuenta la visión no solo de los autores del presente trabajo.

3.3 Fases de la investigación La lista de chequeo dispondrá de preguntas en base a formularios o documentos normativos, ajustados para que puedan ser aplicados al tema del presente proyecto de grado, de igual forma se han sugerido preguntas de propia autoría que se podrían considerar también pertinentes.

De un total de 77 preguntas propuestas a IPS y/o profesional independiente, fueron tenidas en cuenta de la siguiente manera: (1) 1.3% Ley 1438 de 2011, (2) 2.6% Resolución 536 de 2020, 5 (6.4%) Resolución 521 de 2020, (1) 1.3% Decreto legislativo 358 de 2020, 15 (19.5%) Resolución

3100 de 2019, (2) 2.6% Resolución 1995 de 1999 y 51 (66%) sugeridas por los autores del presente trabajo.

De un total de 20 preguntas a canales no presenciales de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (AEPB), 1 (5%) Resolución 3100 de 2019, 19 (95%) sugeridas por los autores del presente trabajo.

## **4. Resultados**

### **4.1 Información estadística de la atención virtual en Colombia**

La pandemia por COVID-19 ha generado incertidumbre en las personas y los sistemas de salud frente a los nuevos retos y modalidades de atención en salud diferentes a la presencialidad con el fin de minimizar el riesgo de transmisión de la enfermedad. Es así como la tele consulta se convierte en la mejor alternativa para que los servicios de salud claves continúen operando sin interrupciones. De igual forma tanto el aislamiento preventivo como el selectivo han permitido avanzar en la atención en salud a través de los canales virtuales.

De acuerdo con lo reportado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS, con corte al 30 de septiembre de 2020, hay en Colombia 2.371 sedes de prestadores inscritos con un total de 9.179 servicios habilitados en la modalidad de telemedicina, ubicados en 400 municipios del país. Por territorios, Antioquia, Bogotá, Valle del Cauca, Atlántico y Cundinamarca, aportan 62.13% de las sedes inscritas y 6.29% de los servicios habilitados en la modalidad de telemedicina.

En lo que respecta al 2020, entre el 1 de enero y el 30 de septiembre se evidenció incremento del 117% en las sedes de prestadores de servicios de salud que ofrecen la modalidad de telemedicina y en 192% en los servicios ofrecidos en esta modalidad.

En orden de demanda, los cinco servicios más habilitados en telemedicina son: medicina interna, psicología, nutrición y dietética, dermatología y diagnóstico cardiovascular, respectivamente (Ministerio de Salud, 2020).

Así mismo, este nuevo reto representa grandes oportunidades con soluciones innovadoras a través del uso de las herramientas tecnológicas. De acuerdo con Márquez, “La telemedicina está en etapas tempranas en Colombia y Latinoamérica. Menos de 1 % de las consultas médicas son realizadas de manera remota actualmente.

Sin embargo, tras el brote de coronavirus, la aceptación de la telemedicina ha aumentado más rápido de lo esperado y los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) están incentivando su uso para contener la expansión del virus”. Además, según Laura Gutiérrez, médica fundadora de Doc Doc, una plataforma de doctores especialistas 24/7, “El marco legal pone a Colombia por delante de muchos países de Latinoamérica facilitando el acceso y la prestación de servicios de salud en cualquiera de sus fases (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación)” datos (Resolución 2654, 2019). Una encuesta realizada este año con más de 2000 persona mostró que el 66 % estaba de acuerdo con usar la telesalud, con un alto nivel de interés en todos los grupos de edad, incluido el 74 % de encuestados de 18 a 44 años, y el 52 % de 65 años y mayores. En total, el 25 % informó que estaría dispuesto a cambiar a su médico de atención primaria por uno que ofreciera telesalud; pero solo el 8 % reportó una experiencia real con una visita de video con un médico.

Otra encuesta realizada en el 2016 por la Asociación Médica Americana (AMA) reportó que solo el 7,9 % de los gastroenterólogos reportan el uso de cualquier tipo de telesalud para interactuar con los pacientes.

Dentro de los cambios que transformarán definitivamente la salud, la telemedicina ocupará un lugar destacado y, en ese posicionamiento, la ampliación y el perfeccionamiento del servicio de tele consulta desempeñarán un papel determinante. La tele consulta, aún percibida como una opción en determinados contextos sociales y geográficos complejos, llegó para quedarse y proporcionar a los pacientes una atención más conveniente y costo-efectiva (Márquez, 2020).

#### **4.2 Dimensiones, indicadores y variables**

Las acciones que desarrolle el Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad de Atención en Salud (SOGCS) se orientaran a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario que van más allá de la verificación de la existencia de la estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerequisites para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud el SOCGS deberá cumplir con las siguientes características: accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad.

La auditoría en salud es considerada como una herramienta para la gestión en salud puesto que forma parte de la gestión gerencial en una organización. Una adecuada auditoría puede mejorar la calidad de los servicios de salud y del mismo modo, ayudar a disminuir los potenciales riesgos en la atención. Debido a la pandemia, las atenciones en salud se han visto obligadas a evolucionar en busca de alternativas que garanticen los servicios de salud sin el riesgo de contagios a la población.

Por otra parte, la tecnología también se ha ganado un espacio significativo durante esta pandemia por COVID 19, facilitando el acceso a los servicios de salud, desde la asignación de una

cita hasta la atención especializada en lugares apartados de la geografía, de igual modo, el campo de la auditoría no ha sido ajena a todos estos avances, donde contar con información rápida y oportuna en salud permite una adecuada toma de decisiones y mejora el seguimiento de todos aquellos lineamientos encaminados al control y mitigación del COVID 19.

Cuando se habla de auditoría en los servicios de salud no se puede dejar a un lado a uno de sus objetivos como lo es la calidad, la cual es definida por el sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en 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”, lo anterior, aún bajo la perspectiva de la atención en salud centrada en el usuario.

La auditoría debe ser considerada inicialmente de autocontrol, donde todos los actores del sistema de salud permiten identificar internamente aquellos aspectos que son susceptibles a mejorar en base a las necesidades del paciente. Todos los integrantes deben ser partícipes activos de las acciones de mejoramiento y aportar ideas desde cada una de sus áreas como un reflejo de una adecuada articulación dentro de cada empresa.

Las acciones de auditoría se desarrollan identificando las oportunidades de mejora, priorizando, haciendo análisis causal, implantando las acciones de mejora y reevaluando, lo cual quiere decir que las acciones de auditoría deben responder a un plan de mejora en el cual la fase de verificar se transforma en actuar en un continuo que repite cuantas veces sea necesario el ciclo de mejora hasta garantizar al usuario la prestación de servicios con calidad. Esta es su relación con el ciclo PHVA (Ministerio de la Protección Social, et al. 2007, p. 22).

En cuanto a la atención centrada en el paciente, la situación de la pandemia por COVID 19, debe brindar la oportunidad de revisar la manera de atender a nuestros pacientes, promoviendo una atención rápida y oportuna, implementando canales virtuales que eviten el desplazamiento de pacientes, atención domiciliaria, seguimiento y atenciones virtuales, deben ser sostenibles en el tiempo.

Lo anterior solo es una parte de todo el insumo para realizar una auditoría cuando existen evidencias de barreras de acceso, inequidad en los servicios, falta de cobertura, gastos excesivos, aumento de quejas de los clientes, alta rotación de recursos humanos y fallas en el suministro de insumos médicos, a puertas de un posible nuevo modelo asistencial.

Es de resaltar que la red ofertada para la prestación de servicios de salud en Colombia debe estar conformada por prestadores (Sedes, IPS y profesionales independientes) que cumplan con los requisitos de habilitación establecidos por la ley, donde es imprescindible que se garanticen los atributos definidos tales como: Accesibilidad, oportunidad, continuidad, pertinencia y seguridad.

#### ***4.2.1 Generalidades de la auditoría virtual***

Anteriormente se han visto los cambios que ha generado el COVID 19 en todos los ámbitos de la sociedad, uno de ellos es la manera de trabajar que de manera acelerada ha pasado a desempeñarse desde el hogar, aunque esta modalidad no es nueva, esta solo se encontraba limitada a un grupo específico de empleados. Lo que ha llevado a que las distintas empresas lleven a cabo un gran esfuerzo que garantice el desarrollo de las funciones del personal, pero ahora desde casa.

En el campo de la auditoría, pasa lo mismo, la adaptación a la nueva realidad y de forma remota, requiere de nuevos desafíos y planeación, sin embargo, no es solo para el auditor sino para el auditado quien también se enfrenta a los nuevos cambios y requerimientos normativos, en

especial en salud. La confidencialidad de la información, así como la disponibilidad de la información y la evidencia que permite el soporte de la auditoría, entre otros, deben de manera paulatina ser susceptibles a ese cambio.

El aislamiento, así como el distanciamiento físico, son algunas de las restricciones que han obligado a la creatividad y a utilizar mucho más la tecnología, sin olvidar que la duración de la pandemia, así como los beneficios que pueda traer el trabajo en casa, podrán llevar a la sostenibilidad de esta modalidad de trabajo de forma permanente. Por otra parte, a pesar del avance de la tecnología y el impacto actual, aún se evidencian fraudes digitales, robos de información personal y poca transformación digital en algunas empresas, llevando a que a corto plazo las distintas organizaciones se orienten en el fortalecimiento de las falencias que se puedan afectar su supervivencia en el medio.

A pesar de los cambios venideros, algunas instituciones preferirán la auditoría de forma presencial, ya sea porque conocen el proceso debido a visitas anteriores, por la disponibilidad documental, falta o insuficiente herramienta tecnológica o porque así lo solicitan, lo que se convierte en un verdadero reto para el proceso de auditoría donde la planeación debe ser tomada en cuenta.

El concepto de auditoría virtual fue introducido en la última edición de ISO 19011:2018, “Las auditorías virtuales se realizan cuando una organización desempeña trabajo o proporciona un servicio usando un entorno en línea que permite a las personas con independencia de la ubicación física, ejecutar procesos (por ejemplo, la intranet de la empresa, una “computación en la nube”). A veces se refiere a la auditoría de una ubicación virtual como auditoría virtual. Las auditorías remotas hacen referencia al uso de tecnología para recopilar información, entrevistar a un auditado, etc., cuando los métodos “cara a cara” no son posibles o deseables”.

“Una auditoría virtual sigue el proceso estándar de auditoría a la vez que se usa la tecnología para verificar las evidencias objetivas.” (Escuela Europea de Excelencia, 2020, párr. 3).

Dentro de las actividades de la auditoría virtual la ISO 19011:2018 expone:

Asegurarse de que el equipo auditor está usando los protocolos de acceso remoto acordados, incluyendo los dispositivos, software, etc. requeridos; si se toman copias de capturas de pantalla de documentos de cualquier tipo, pedir permiso por adelantado y considerar las cuestiones de confidencialidad y seguridad, y evitar grabar a las personas sin su permiso; si sucede un incidente durante el acceso remoto, el líder del equipo auditor debería revisar la situación con el auditado y, si es necesario, con el cliente de la auditoría, y llegar a un acuerdo sobre si la auditoría se debería interrumpir, reprogramar o continuar; usar planos/diagramas de planta de la ubicación remota como referencia; mantener el respeto a la privacidad durante las pausas en la auditoría (Escuela Europea de Excelencia, 2020, párr. 1).

“Es necesario tener en cuenta la disposición de la información y de las evidencias de auditoría, independientemente del tipo de medio, más adelante, una vez que haya pasado la necesidad de su conservación” (Escuela Europea de Excelencia, 2020).

Previo a la auditoría virtual, se debe tener en cuenta los recursos tecnológicos necesarios para llevarla a cabo, por lo que se debe tener en cuenta (ISO 19011:2018):

Asegurarse de que el equipo auditor está usando los protocolos de acceso remoto acordados, incluyendo los dispositivos, software, etc., requeridos:

Realizar verificaciones técnicas antes de la auditoría para resolver cuestiones técnicas;

asegurarse de que se dispone de planes de contingencia y de que se comunican (por ejemplo, interrupción del acceso, uso de tecnologías alternativas), incluyendo la provisión de tiempo adicional para la auditoría si es necesario (Escuela Europea de Excelencia, 2020, párr. 5).

#### ***4.2.2 Sostenibilidad y apropiación de la auditoría virtual***

A más de un año de la pandemia por COVID 19, contexto que ha llevado al cambio de conductas tanto sociales como laborales, es preciso que se revise la proyección y sostenibilidad de la auditoría virtual, tanto a corto como a mediano plazo, aunque los efectos de la auditoría virtual aún están por verse, es de esperar que sean más los beneficios; en este contexto la implementación de una auditoría virtual en una organización, podría verse reflejada en no desplazamientos, uso de herramientas tecnológicas, ahorro de tiempo, disponibilidad de las herramientas de trabajo, etc.

Aunque no se sabe que pasará en el futuro, se puede decir que este modelo de auditoría virtual ha llegado para quedarse, permitiendo a cualquier empresa proyectarse a futuro al igual que evaluar los posibles riesgos, lo anterior con resultados y análisis predictores de las auditorías. Como diversos aspectos del país, también la auditoría pasa por un momento de transición, crisis global, limitaciones en cuanto a tecnología, recursos económicos insuficientes para la inversión en las plataformas digitales, etc., son algunos puntos en los cuales los países deben enfocarse.

Ante la necesidad de garantizar servicios de salud básicos y complementarios, los gobiernos y entes reguladores, además de todos los actores del sistema de salud, deberán volverse más exigentes para garantizar la sostenibilidad del sistema y lograr un impacto en la salud de su población, nuevamente el papel de la auditoría es una herramienta clave para brindar la

información necesaria y brindar la confianza para evolucionar hacia un modelo conforme a estos tiempos, pero también responder a los nuevos retos que se presentan.

Para lograr esos cambios, el proceso de auditoría virtual deberá también priorizar aquellos aspectos donde se evidencien falencias o viejas prácticas en el sistema de salud, sin olvidar su carácter preventivo de anticiparse a cualquier situación que pueda afectar el modelo que se quiera revisar, sin embargo, es de esperar que el modelo antiguo de auditoría persista por un lapso de tiempo, especialmente en instituciones pequeñas. En términos generales no es posible pronosticar el futuro de la auditoría virtual, pero su proyección y sostenibilidad en un mundo cambiante estará supeditado a un esfuerzo coordinado entre instituciones, auditado y auditores.

#### ***4.2.3 Lineamientos para la implementación modelo de auditoría virtual en la emergencia sanitaria por COVID-19***

Conforme a lo anterior, las acciones de la auditoría deben encaminarse a las necesidades de los usuarios para que la atención y la satisfacción de paciente sea producto de una gestión planeada, coordinada y transparente, con miras a un mejoramiento continuo de los procesos de atención.

Para la implementación de un auditoría virtual es importante tener en cuenta que los lineamientos requeridos en muchos sentidos son similares a los de una auditoría presencial, no obstante, en el contexto actual de la pandemia por COVID 19 se hace uso de la tecnología en la verificación de las evidencias del proceso que se audita, y debido a los riesgos de un posible contagio, son evidente las limitantes existentes para llevar a cabo una visita de forma presencial a las distintas instituciones de salud.

Teniendo en cuenta lo anterior, poder contar con un proceso de auditoría virtual de la atención en salud, que contribuya al seguimiento a la prestación de los servicios y a la satisfacción de los usuarios que accedan a las diferentes entidades de salud, sin poner en riesgo al personal auditor como auditado y orientado a un nivel de auditoría externa, donde se reconozca la autonomía institucional de aquellas actividades que generen un impacto positivo en su población sin olvidar los compromisos normativos de obligatorio cumplimiento.

Para una atención en salud con calidad y centrada en el usuario, se debe tener en cuenta dos condiciones que se pueden considerar complementarias: la accesibilidad y la equidad, esta última se ve afectada cuando se percibe comprometido el acceso a un grupo determinado de la población, viéndose reflejada en la no consecución de los resultados en salud esperados como la adherencia y la satisfacción.

Para la consecución de una atención en salud con calidad, no todo debe recaer en la auditoría externa, sino en una política apropiada de autocontrol donde se visualice de forma continua todos los aspectos a mejorar centrado en las necesidades del usuario y al mejoramiento de procesos que involucren a todos los integrantes de la organización.

Otro de los aspectos a revisar en una auditoría externa son los procesos de planificación, ejecución y evaluación de la atención, donde la articulación entre las distintas áreas de salud garantiza la integridad y continuidad en la prestación de los servicios y es ahí donde la auditoría recomendable no sea por áreas independientes una de otra, sino transversal y con la participación de cada integrante involucrado en el proceso.

En la seguridad del paciente como eje primordial de una auditoría de los servicios de salud, pueden verse involucradas para la operatividad, la participación de diversos procesos y de personal

tanto profesional, auxiliar o administrativo aún en atenciones que se consideren sencillas, situación que lleva a que la atención en salud sea considerada de alto riesgo.

Una adecuada implementación de auditoria debe estar encaminada hacia los procesos prioritarios, evaluando su efectividad, orientada al mejoramiento continuo, de igual forma, el diseño del instrumento adecuado que apunte a problemas importantes, teniendo en cuenta aquellas herramientas ya comprobadas y efectivas. Los procesos prioritarios para el programa de auditoría se encuentran los definidos por la norma, los que involucren problemas de calidad que impactan de forma significativa en la salud de la población o la satisfacción y por último aquellas que las organizaciones definan como esenciales.

Aunque este trabajo va encaminado a la verificación en la atención virtual o no presencial en salud implementadas por las IPS en época de la pandemia por COVID 19, no se puede dejar de lado otros procesos de auditoria igualmente importantes como son a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, cuyos procesos prioritarios van encaminados a la suficiencia de la red de prestadores de servicios de salud, sistema de referencia y contra referencia así como el cumplimiento de habilitación de IPS y profesionales independientes.

Dado que lo que se busca con la auditoria en salud es la satisfacción del cliente, se debe también alinear con lo que dicta el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, que tiene como fundamento al usuario, lo que se vuelve una exigencia la evaluación de los procesos de atención en salud, pero estos no pueden llevarse a cabo solo teniendo en cuenta una visión retrospectiva que permita conocer la percepción del usuario quien ha recibido un servicio (Quejas, encuestas), sino a través de las acciones preventivas entender las necesidades y expectativas que esperan recibir los usuarios.

Para la evaluación de los procesos prioritarios objeto de la auditoría, se podrá emplear la herramienta que se considere, siempre y cuando se respeten los criterios de validez, que este basado en la evidencia, confiabilidad, que se encuentre documentada y cuente con el principio de evaluación por pares, adicionando aspectos como acceso, oportunidad en la prestación del servicio, calidad de la información que se suministra y trato de la atención por parte del personal.

Según lo encontrado en las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, un buen programa de auditoría entre las partes se basará en los siguientes objetivos:

1. Definir claramente la calidad deseada y cómo esta será entendida.
2. Concertar las metodologías de evaluación de la calidad que se llevarán a cabo, que respeten los planteamientos de validez y confiabilidad expresados en estos lineamientos, así como la evaluación por pares.
3. Fijar qué sistema de monitorización se va a seguir.
4. Establecer los indicadores y eventos trazadores que se evaluarán.
5. Utilizar la información para retroalimentarse.
6. Construir confianza mutua, basada en el mutuo beneficio.
7. Por otra parte, para no caer en confusiones, debemos también conocer cuales actividades no componen la auditoría para el mejoramiento de la calidad, citadas de igual manera en las pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud:
8. Revisiones del cumplimiento de requisitos de la estructura o de la existencia de procesos que dupliquen la habilitación y no estén de manera explícita centrados en la funcionalidad de procesos prioritarios.

9. La revisoría de las cuentas médicas y de hospitalización, ni el manejo de las glosas. Es importante por parte del líder auditor y su equipo analizar en qué medida las causas que originan esas glosas están relacionadas con la calidad, para iniciar ciclos de mejoramiento que conlleven a acciones correctivas que se reflejen en la mejora de la calidad de la atención.
10. Autorización de servicios, aun cuando las fallas de calidad detectadas durante este proceso pueden constituir insumo para las acciones de auditoría.
11. Interventoría de contratos, pero los hallazgos de la auditoría sí pueden constituir un valioso insumo para el interventor formarse una idea del grado en el cual lo contratado se está brindando con las especificaciones de calidad requeridas.
12. Auditoría de Sistemas de Gestión de la Calidad (ISO 19011), la cual, aunque no es opuesta y sí es convergente con los propósitos de la auditoría para el mejoramiento de la calidad, no la sustituye.
13. Actividades de vigilancia y control.

Ahora bien, respecto a las putas para tener en cuenta en una auditoría se debe tener en cuenta que el objetivo de realizar auditoría a una organización va más allá del cumplimiento de estándares internacionales. Se trata de una herramienta que permite identificar falencias y generar procesos de mejora continua que permitan brindar una atención en salud con calidad.

De acuerdo con la norma internacional “ISO 19011 los pasos para realizar una auditoría comprenden:

Realización de la revisión de la información documentada a fin de: reunir información para comprender las operaciones del auditado y preparar las actividades de auditoría y los documentos de trabajo de auditoría aplicable, por ejemplo, sobre procesos, funciones y establecer una visión

general de la extensión de la información documentada para determinar la posible conformidad con los criterios de auditoría y detectar las posibles áreas de inquietud, como deficiencias, omisiones o conflictos.

**Planificación de la auditoría:** los objetivos de la auditoría, el alcance de la auditoría, incluyendo la identificación de la organización y de sus funciones, así como los procesos que van a auditarse, los criterios de auditoría y cualquier información documentada, las ubicaciones (físicas y virtuales), las fechas, el horario y la duración prevista de las actividades de auditoría que se van a llevar a cabo, incluyendo las reuniones con la dirección del auditado, la necesidad de que el equipo auditor se familiarice con las instalaciones y procesos del auditado (por ejemplo, realizando una visita a las ubicaciones físicas, o revisando las tecnologías de la información y las comunicaciones).

**Preparación de la información documentada para la auditoría:** listas de verificación físicas o digitales, detalles de muestreo de auditoría, información audiovisual.

**Realización de la reunión de apertura:** Dar a conocer el propósito de la reunión de apertura, confirmar el acuerdo de todos los participantes (por ejemplo, auditado, equipo auditor) sobre el plan de auditoría, presentar al equipo auditor y sus roles, asegurarse de que se pueden realizar todas las actividades de auditoría planificadas.

**Revisión de la información documentada durante la auditoría:** La información documentada pertinente del auditado debería revisarse para determinar la conformidad del sistema con los criterios de auditoría, sobre la base de la documentación disponible y reunir información para apoyar las actividades de auditoría.

**Recopilación y verificación de la información:** entrevistas, observaciones, revisión de la información documentada.

Generación de hallazgos de la auditoría: se proporciona orientación adicional sobre la identificación y evaluación de los hallazgos de la auditoría.

Preparación para la reunión de cierre: Revisar los hallazgos de la auditoría y cualquier otra información apropiada recopilada durante la auditoría frente a los objetivos de esta.

Realización de la reunión de cierre: Advertir que la evidencia de la auditoría recopilada se basó en una muestra de la información disponible y no es necesariamente totalmente representativa de la eficacia global de los procesos del auditado, la manera en que deberían tratarse los hallazgos de auditoría basándose en el proceso acordado, las posibles consecuencias de no tratar adecuadamente los hallazgos de auditoría, la presentación de los hallazgos y conclusiones de la auditoría de tal manera que se comprendan y se reconozcan por la dirección del auditado.

Preparación y distribución del informe de la auditoría: Los objetivos de la auditoría; el alcance de la auditoría, particularmente la identificación de la organización (el auditado) y de las funciones o procesos auditados; la identificación del cliente de la auditoría; la identificación del equipo auditor y de los participantes del auditado en la auditoría; las fechas y ubicaciones donde se realizaron las actividades de auditoría; los criterios de auditoría; los hallazgos de la auditoría y las evidencias relacionadas; las conclusiones de la auditoría; una declaración del grado en el que se han cumplido los criterios de la auditoría; cualquier opinión divergente sin resolver entre el equipo auditor y el auditado (Ministerio de la Protección social, 2007, p. 1).

A su vez se encuentra que en las herramientas utilizadas en los procesos de auditoría permiten organizar, simplificar y analizar la información recopilada con el objetivo de establecer oportunidades de mejora en sus procesos, productos o servicios. “Dichas herramientas son útiles para: Definir concretamente los problemas o áreas de oportunidad dentro de la empresa, proponer,

debatir y acordar posibles soluciones y llevar a cabo análisis con datos concretos y verificables.” (Camelo, 2017, p. 26).

Una de las herramientas más utilizadas al momento de realizar una auditoría es la hoja de verificación (hoja de control, planilla de inspección u hoja de recogida de datos), también llamada hoja de registro, sirve para reunir y clasificar los datos e informaciones según determinadas categorías, mediante la anotación y registro de sus frecuencias bajo la forma de datos y, al mismo tiempo, observar cuál es la tendencia central y la dispersión de los mismos, es decir, no es necesario esperar a recoger todos los datos para disponer de información estadística. (Camelo, 2017, p. 32).

Su finalidad es que las hojas de registro recaban datos para que puedan ser fácilmente analizados con el fin de detectar patrones de comportamiento.

Los pasos para su construcción son:

1. Decidir sobre el evento o problema que va a ser observado.
2. Desarrollar definiciones de tipo operacional.
3. Decidir cuándo se recolectarán los datos, y por cuánto tiempo.
4. Diseñar el formulario. Hacerlo de tal manera que los datos puedan ser registrados mediante el marcado de una X, una marca de chequeo, por ejemplo “ü)” o símbolos similares; todo lo anterior con el objetivo de que los datos no deban ser nuevamente copiados para el análisis.
5. Escribir leyendas para todas las celdas del formulario.
6. Probar la hoja de verificación de inspección por un periodo corto de tiempo para estar seguro de la recolección de los datos apropiados y es fácil de utilizar.

7. Cada vez que el evento estudiado o el problema ocurra, se registra el dato en la hoja de verificación. (Camelo, 2017, pág. 32).

### 4.3. Instrumento de auditoría

Con lo anteriormente expuesto, se considera que la herramienta que se quiere diseñar en el presente trabajo debe ser de fácil comprensión para que pueda ser diligenciada tanto por personal del área de la salud, profesionales, así como para técnicos con conocimientos de auditoría, o personal entrenado por la misma institución, motivo por el cuál este trabajo no está encaminado hacia el acto médico donde la revisión necesariamente debe ser por profesional médico.

El instrumento de auditoría después de una revisión documental y normativa, queda compuesto por preguntas que han sido adaptadas al objetivo del presente trabajo, tomando como base la Resolución 2003 de 2014, Resolución 3100 de 2019, los lineamientos de Telesalud y telemedicina para la prestación de servicios de salud en la pandemia por COVID-19 del ministerio de salud y protección social y las Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en salud, por último, preguntas que se consideran puedan ser oportunas de incorporar.

La tabla 2, sugiere un modelo de preguntas para la verificación de atención no presencial en salud teniendo en cuenta las expectativas del cliente externo de lo que debe ser una atención virtual en salud y con base en la normatividad vigente del país

**Tabla 2.** *Modelo de preguntas de verificación en la atención no presencial en IPS*

<b>Modelo de preguntas de verificación en la atención no presencial en IPS</b>				
<b>Criterios de evaluación</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>N/A</b>	<b>Observaciones</b>
1.2 ¿Se tiene definido procedimiento que permita verificar derechos de los usuarios y suplantaciones?				
1.3 Describa las opciones con la que cuenta la IPS para el proceso de asignación de citas (líneas telefónicas, chats, y otros)				

**Modelo de preguntas de verificación en la atención no presencial en IPS**

<b>Criterios de evaluación</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>N/A</b>	<b>Observaciones</b>
1.4 ¿Se dispone de horario de asignación de citas AM y PM, especifique como la IPS socializa el horario?				
1.5 ¿La institución ofrece ayuda u orientación a usuarios para acceder a los servicios no presenciales?				
1.6 ¿Si la solicitud de la cita fue telefónica cuantos intentos requirió antes de la contestación?				
1.7 ¿Cuánto tiempo transcurrió entre la solicitud de la cita y su asignación?				
1.8 ¿Cuánto tiempo transcurrió para que fuera atendido?				
1.9 ¿Si la solicitud fue por página Web, es de fácil identificación la ventana para la asignación de citas?				
1.10 ¿Se evidencia en la página Web tutoriales en línea que permita al usuario navegar de forma fácil y rápida?				
1.11 ¿Ante fallas en el sistema para la asignación de citas, la IPS dispone de soporte técnico?				
1.12 ¿El sistema identifica fallas o errores de los datos ingresados por el usuario?				
1.13 ¿Se brinda al usuario algún tipo de recordatorio de citas?				
1.14 ¿La agenda de citas se diligencia de forma simultánea a su asignación?				
1.15 ¿La IPS facilita la reprogramación y cancelación de citas?				
1.16 ¿La IPS realiza seguimiento a la accesibilidad? ¿Se encuentra socializado?				
1.17 ¿Existen agendas para los diferentes programas de P y P?				
1.18 ¿Se dispone de agendas de tele orientación que brinde información al usuario y oriente sobre la necesidad de que la atención sea virtual o presencial?				
1.19 ¿Cuenta con disponibilidad de citas de seguimiento a urgencias?				
1.20 Verifique los mecanismos con lo que la IPS informa a los usuarios los mecanismos virtuales a través de los cuales pueden atender las solicitudes de los usuarios.				
1.21 ¿Se encuentra documentado y socializado al personal responsable el proceso de atención de urgencias en tiempo de pandemia por COVID 19?				
1.22 ¿Se evidencia equidad en el acceso a los servicios de salud a toda la población?				
1.24 ¿Se evidencia la autorización transitoria para la prestación de los servicios de salud por la secretaría de salud departamental o distrital?				

**Modelo de preguntas de verificación en la atención no presencial en IPS**

<b>Criterios de evaluación</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>N/A</b>	<b>Observaciones</b>
1.25 ¿Se evidencia visitas por parte de la secretaría de salud departamental o distrital con el fin de corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas para el servicio y la modalidad?				
Oportunidad				
2.1 ¿Cuál es la oportunidad de citas? (Médicas, odontológicas, P y P).				
2.2 ¿La IPS realiza seguimiento a la oportunidad?				
2.3 ¿La IPS dispone de suficiencia de personal para la libre escogencia del usuario?				
2.4 ¿La oportunidad de citas por página Web es concordante con la oportunidad reportada telefónicamente?				
2.5 ¿En cuanto a las citas pérdidas o con inasistencia, la IPS dispone de algún tipo contingencia para reducir las fugas?				
2.6 ¿Se evidencian quejas de usuarios con respecto a la oportunidad?				
2.7 ¿La IPS tiene definido en el modelo de atención en salud las pautas de oportunidad en los servicios de salud?				
Atención en salud				
3.1 ¿El paciente es atendido a la hora citada? Evalúe.				
3.2 ¿El rendimiento de la tele consulta es el adecuado?				
3.3 Verifique la cordialidad en el trato de la tele consulta. Indague con usuarios.				
3.4 ¿Se evidencia interés en la solución del motivo de la tele consulta? Indague con usuarios.				
3.5 ¿La información proporcionada al usuario es satisfactoria y da solución al motivo de la tele consulta? Indague con usuarios.				
3.6 ¿Se tiene definidas los procedimientos para la implementación de la tele consulta?				
3.7 ¿Se dispone de un programa de capacitación, seguimiento y evaluación de competencias del recurso humano a cargo de la tele consulta?				
3.9 ¿Se llevan a cabo acciones o auditorias de seguimiento y monitoreo al programa de tele consultas?				
3.10 ¿Tipo de modalidad de telemedicina ofertada por la IPS?				
3.11 ¿Se cumple con los criterios según la modalidad de tele consulta que se presta?				
3.12 ¿Ante fallas en el sistema, la IPS dispone de soporte técnico?				

**Modelo de preguntas de verificación en la atención no presencial en IPS**

<b>Criterios de evaluación</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>N/A</b>	<b>Observaciones</b>
3.14 ¿Se evidencia mejora de la atención integral y seguimiento a los pacientes de programas? Describe lo observado.				
3.15 ¿Se presta el servicio de atención domiciliaria a pacientes en aislamiento o con infección confirmada de COVID-19?				
3.16 ¿Cuándo se prescriben medicamentos cuando la atención es por telemedicina, esta es enviada escaneada y firmada por el médico tratante?				
3.17 ¿Es evidente el uso del consentimiento informado en las atenciones virtuales?				
3.18 ¿Se evidencia recomendaciones al paciente por parte de la IPS previa a la tele consulta?				
3.19 ¿Se cuenta con los datos de contacto de los pacientes (Teléfono, correo electrónico), ¿programados para tele consulta?				
<b>Historia Clínica</b>				
4.1 ¿En la historia clínica describe si la atención en salud realizada correspondió a una tele consulta?				
4.2 ¿Todos los pacientes atendidos por tele consultan tienen historia clínica?				
4.3 ¿Los datos mínimos de identificación del paciente se encuentran consignados en la historia clínica?				
4.4 ¿Se encuentra registro del medio virtual empleado en la tele consulta? Especifique la respuesta.				
4.5 ¿Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando este indicado?				
4.6 ¿Las cancelaciones o reprogramaciones de las tele consultas no efectivas están consignadas en la respectiva historia clínica?				
4.7 ¿Se tiene definido plan de contingencia para el registro de información en la historia clínica en los casos de falla del sistema?				
4.8 ¿Se garantiza una copia de seguridad de los registros de la historia clínica?				
4.9 ¿Se garantiza la reserva, conservación y confidencialidad de la historia clínica?				
4.10 ¿Se evidencia seguimiento posterior a la atención por tele consulta?				
4.11 ¿Se encuentra registro en la historia la frecuencia y momento (Día y hora) para realizar el control telefónico de seguimiento, posterior a una atención de urgencia?				
<b>Continuidad</b>				
5.1 ¿Hay seguimiento por parte del personal de Salud a los pacientes que acuden a los distintos programas de la IPS?				

<b>Modelo de preguntas de verificación en la atención no presencial en IPS</b>				
<b>Criterios de evaluación</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>N/A</b>	<b>Observaciones</b>
5.2 ¿Se garantiza la continuidad del tratamiento de acuerdo a lo consignado en la historia clínica?				
5.3 ¿Realizan demanda inducida a los diferentes programas?				
5.4 ¿La IPS cuenta con la Matriz de programación de la población susceptible de programar?				
5.5 ¿Existe un funcionario responsable del proceso de Referencia y contra referencia?				
5.6 ¿Se evidencia medición de oportunidad de cada una de las especialidades de tele consultas ofertadas?				
5.7 ¿La información proporcionada al usuario es clara y comprensible para la continuidad del tratamiento? Indague con usuarios.				
5.8 ¿Existe proceso documentado y socializado de Referencia y Contra referencia?				
5.9 ¿Se evidencia prestación ininterrumpida, constante y permanente (Virtual o presencial)?				
5.10 ¿Se evidencia articulación EPS/IPS para garantizar la continuidad de los servicios de salud (Virtual o presencial)?				
5.11 ¿Registra el canal por donde se brinda al usuario información de los medicamentos prescritos de la tele consulta?				
5.12 ¿Describa el proceso definido para el reclamo de medicamento por parte del usuario? (Presencial, cita previa, domicilio)				
5.13 ¿Se evidencia aplicación de modelos organizativos que favorecen la continuidad y la integralidad asistencial y la atención centrada al entorno del paciente?				
5.14 ¿Se evidencia reducción de los tiempos de espera para el inicio del tratamiento, evitando posibles complicaciones?				
5.15 ¿Se involucra la gestión administrativa en los procesos virtuales de atención (Entrega de fórmulas o facturación)?				

La tabla 3, sugiere un modelo de preguntas para la verificación de atención no presencial en las EPS, teniendo en cuenta las expectativas del cliente externo de lo que debe ser una atención virtual en salud y en base a la normatividad vigente del país.

**Tabla 3.** *Modelo de preguntas de verificación en la atención no presencial en EPS*

<b>Modelo de preguntas de verificación en la atención no presencial en EPS</b>				
<b>Criterios de evaluación</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Na</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Accesibilidad</b>				
1.1 ¿La EPS dispone de canales virtuales para brindar información a los usuarios? Describa lo observado.				
1.2 ¿Los canales virtuales disponen de indicaciones para orientar a los usuarios durante la consulta?				
1.3 ¿Se dispone de información relacionada con el COVID-19 (Fechas y puntos de vacunación, etc.)?				
1.4 ¿Se evidencia actualización periódica por parte de la EPS de la información publicada en los canales virtuales?				
1.6 ¿Se dispone de plan de contingencia para brindar información a usuarios que no dispongan de aparatos inteligentes?				
1.7 ¿Existe socialización a los usuarios sobre los servicios que ofrece los canales no presenciales de la EAPB? Describa lo observado.				
1.8 ¿La EAPB cuenta con punto de atención virtual 24 horas?				
1.9 ¿Las plataformas virtuales dispuestas por la EAPB cuentan con un menú completo según las necesidades de los usuarios?				
2.0. ¿La EAPB dispone de agendamiento virtual a usuarios que requieran de asistencia presencial a oficinas?				
2.1 ¿La EAPB dispone de agendamiento de acuerdo a la etapa definida para vacunación COVID-19?				
2.2 ¿Se dispone de canales virtuales para la consulta de resultados de imágenes diagnósticas?				
2.3 ¿Se dispone de canales virtuales para la descarga de los resultados de laboratorio?				
2.4 ¿La EAPB para sus usuarios de programas especiales dispone de plataformas virtuales para la renovación periódica de las fórmulas de medicamentos?				
2.5 ¿Se evidencia articulación EPS/IPS para garantizar la continuidad de los servicios de salud (Virtual o presencial)?				

<i>Modelo de preguntas de verificación en la atención no presencial en EPS</i>				
<b>Criterios de evaluación</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Na</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Oportunidad</b>				
2.1 ¿El tiempo de respuesta a las solicitudes distintas a las PQR radicadas por los canales no presenciales es oportuna? Describa el proceso auditado.				
2.2 ¿El tiempo de respuesta de los canales virtuales según el tipo de PQR es oportuna?				
<b>Atención en salud</b>				
3.1 ¿Las EAPB dispone de canales virtuales para IPS para la gestión de autorizaciones, ¿anulación, urgencias, traslados, etc.?				
3.2 ¿La EAPB brinda información sobre campañas de P y P, jornadas o de programas especiales a través de los canales virtuales?				
3.3 ¿La EAPB cuenta con canales virtuales para que el profesional durante la consulta disponga de resultados de laboratorio o de imágenes diagnósticas?				
3.4 ¿El profesional dispone de herramientas virtuales para la renovación periódica de fórmulas de medicamentos, sin la necesidad de la asistencia del usuario?				

Debido a las medidas y restricciones gubernamentales para evitar el contagio por COVID-19, pico de contagio y a la limitación en la cobertura del plan nacional de vacunación, las instituciones prestadoras de salud acatando esas medidas han restringido el acceso a personal ajeno a la institución y las que no intervengan directamente en los procesos organizacionales, motivo por el cual no es posible aplicar los ítems de evaluación de los canales virtuales de forma presencial.

### 5. Conclusiones

La pandemia por COVID-19 ha fortalecido la implementación de servicios de salud mediante canales virtuales o no presenciales, motivo por el cual las auditorías continúan siendo un aliado en la toma de decisiones en una organización, donde los instrumentos de medición a implementar deben contener estándares definidos para una atención en salud no presencial.

La información de auditorías a canales virtuales en época de pandemia es muy limitada, a pesar de que algunas modalidades de tele medicina ya se encuentran implementadas desde hace varios años, el control y mitigación de contagios por COVID-19, deberá cambiar los procesos de auditoría permitiendo generar o ajustar las herramientas de evaluación existentes en base a las necesidades actuales que garantice de igual manera con los atributos de calidad de la atención en salud.

La limitación del acceso a las diversas instituciones de salud acatando normativas gubernamentales en la emergencia sanitaria, no permitió la implementación del producto en la verificación de la atención en salud por canales no presenciales y en consecuencia la no obtención de información concluyente.

Desde el punto de vista metodológico, es importante mencionar las limitaciones encontradas al momento de realizar la búsqueda de información bibliografía referente a implementación de auditorías virtuales en canales no presenciales, situación que invita a continuar explorando y profundizando en aspectos sobre el seguimiento y evaluación de atenciones por canales distintos a los presenciales.

Los canales virtuales se han convertido en una herramienta eficaz y costo –efectiva, para el acceso a los servicios de salud en áreas geográficas remotas y de difícil acceso.

La transformación digital debe ser prioridad de los distintos actores de la salud con el fin de ser competitivos e innovadores en esta nueva realidad de atención en salud, donde la auditoría contribuirá con las oportunidades de mejora.

### Referencias

- A. Rezi and M. Allam,. (1995). Techniques in array processing by means of transformations . En *Control and Dynamic Systems Vol. 69* (págs. 133-180). San Diego: Academic Press.
- American Psychological Association. (s.f.). *Style and Grammar Guidelines*. Recuperado el 17 de enero de 2020, de Apastyle: <https://apastyle.apa.org/style-grammar-guidelines>
- Astrid., M. A. (2007). LA AUDITORIA, concepto actual o antiguo. *Ciencia y cuidado*.
- cáceres-méndez, e. a., castro-díaz, s. m., & gómez-restrepo, c. (2011). Telemedicina: historia, aplicaciones y nuevas herramientas en el aprendizaje. *Redalyc*.
- Calidad, S. O. (2007). *Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atencion en Salud*.
- Cari Almazan, A. K. (2012). Estrategias, implementacion y evaluacion de proyectos TIC en el ambito de la salud. *Universitat Oberta de Catalunya*, 74.
- Colombia, C. (2010). lineamientos para el desarrollo de la Telesalud en Colombia. *Diario Oficial*.
- Colombia, c. d. (2009). *ley 1341 del 30 de julio del 2009*. Bogota.
- Colombia, C. d. (13 de Diciembre de 2010). *Ley 1419*.
- Colombia, C. d. (13 de Diciembre de 2010). *LEY 1419 DE 2010*.
- Colombia, C. d. (s.f.). *LEY 1419 DE 2010*.
- CRAI USTA Bucaramanga. (2020). *Informe de recursos y servicios bibliográficos*. Bucaramanga: Universidad Santo Tomás.
- Excelencia, E. E. (2020). Obtenido de AUDITORÍA REMOTA EN ISO 9001: BENEFICIOS Y Limitaciones: <https://www.escuelaeuropeaexcelencia.com/2020/03/auditoria-remota-en-iso-9001-beneficios-y-limitaciones/>
- excellence, I. (2019). *Directrices para la auditoría de los Sistemas de Gestion*.

- Gallegos, S., Cano, L., & Mejia, A. (3 de Julio de 2020). *Orientaciones para la restauración de los servicios de salud en las fases de mitigación y control de la emergencia sanitaria por covid-19 en colombia.* Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/PSSS05.pdf>
- Jaime Guerrero, F. R. (2007). *Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la atención en salud.* Bogotá: Ministerio de salud y protección social .
- Jorge Veiga de Cabo, E. d. (2008). Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Scielo.*
- Lévano, A. C. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Scielo.*
- Lissardy, G. (2021). Corrupcion. *NEWS BBC.*
- Marquez, J. R. (2020). Teleconsulta en la pandemia por coronavirus: desafíos para la telemedicina pos-COVID-19. *sociaciones Colombianas de Gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología.*
- Marquez, J. R. (2020). Teleconsulta en la pandemia por Coronavirus: desafíos para la telemedicina pos-COVID-19. *sociaciones Colombianas de Gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología.*
- Mazo, C. (22 de Octubre de 2020). *La Republica.* Obtenido de Auditorias virtuales: retos y beneficios: <https://www.larepublica.co/analisis/carlos-mazo-3077743>
- Mazon, A. (abril de 2019). *Índice de calidad de la asistencia médica según la percepción de estudiantes universitarios, Santo Domingo 2019.* Obtenido de <http://www.ciget.pinar.cu/ojs/index.php/publicaciones/article/view/491>

Miao, L. L. (November 8-12). A specification based approach to testing polymorphic attributes.

*Formal Methods and Software Engineering: Proceedings of the 6th International Conference on Formal Engineering Methods, ICFEM 2004.* Seattle, WA, USA,.

Minsalud. (28 de 10 de 2020). Durante la pandemia se consolidó la telemedicina en el país. Bogotá, Colombia.

Minsalud. (2020). *Durante la pandemia se consolidó la telemedicina en el país.* Bogotá.

Minsalud. (2020). *Telesalud y telemedicina para la prestación de servicios de salud en la pandemia por COVID-19.* Bogotá.

Olivella, A. M. (7 de Noviembre de 2014). *Consultorsalud.* Obtenido de Consultorsalud: <https://consultorsalud.com/telesalud-en-colombia/>

OMS. (24 de Febrero de 2010). *Organizacion Mundial de la Salud.* Obtenido de Enfermedades cubiertas por el grupo de alertas y respuestas mundiales: [https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently\\_asked\\_questions/pandemic/es/](https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/es/)

OMS. (17 de Enero de 2019). *Preparacion y respuestas ante emergencias.* Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>

OMS. (2020). *Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la covid 19.*

OMS. (31 de agosto de 2020). *Según una encuesta mundial de la OMS, el 90% de los países han sufrido interrupciones de sus servicios de salud esenciales desde el inicio de la pandemia de COVID-19.* Obtenido de <https://www.who.int/es/news/item/31-08-2020-in-who-global-pulse-survey-90-of-countries-report-disruptions-to-essential-health-services-since-covid-19-pandemic>

Ormany Soriano Torres, L. M. (2010). *Telemedicina: ¿futuro o presente?* Scielo.

Salud, O. M. (2019). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud.

Salud, O. P. (2019). *Organizacion Panamericana de la Salud*.

Salud, O. P. (17 de Junio de 2020). *La COVID-19 afectó el funcionamiento de los servicios de salud para enfermedades no transmisibles en las Américas*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/noticias/17-6-2020-covid-19-afecto-funcionamiento-servicios-salud-para-enfermedades-no>

SOCIAL, M. D. (8 de mayo de 2006). *RESOLUCIÓN NÚMERO 1448 de 8 de Mayo DE 2006*. Bogota. Obtenido de Resolución número 1448 de 8 de Mayo DE 2006.

social, M. d. (2006). Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Ministerio de la proteccion social*, 17.

SOCIAL, M. D. (2007). *Ley numero 1122 DEL 2007*. Bogota.

Social, M. d. (2007). *Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atencion en Salud*. Bogotá.

social, m. d. (2018). *RESOLUCIÓN NÚMERO 3280 DE 2018*. *Ministerio de salud y proteccion social*.

social, M. d. (julio de 2020). *Orientaciones para la restauracion de los servicios de salud en las fases de mitigacion y control de la emergencia sanitaria por covid-19 en colombia*.

Social, M. d. (2020). *Telesalud y telemedicina para la prestación de servicios de salud en la pandemia por COVID-19*. Bogotá.

Sole, A. C. (2006). *Instrumentación Industrial*. Mexico: Alfaomega.

Rueda Olivella, A. M. (7 de noviembre de 2014). *Telesalud en Colombia*. Consultorsalud, <https://consultorsalud.com/telesalud-en-colombia/>.

tiempo, E. (2018). El top de las quejas de los colombianos contra las EPS. *el tiempo.com*.

V, S. E. (s.f.).

Velasquez, P. (8 de Octubre de 2019). *Parámetros para la telemedicina en colombia – resolución 2654 DE 2019*. Obtenido de Consultorsalud: <https://consultorsalud.com/parametros-para-la-telemedicina-en-colombia-resolucion-2654-de-2019/>

Vivas, M. (2020). Mejorar los canales de atención y entrega de medicamentos ordenó la supersalud a las EPS. *Consultorsalud*.

Vivas, M. (22 de mayo de 2020). *Mejorar los canales de atención y entrega de medicamentos ordenó la Supersalud a las EPS*. Consultorsalud. <https://consultorsalud.com/mejorar-los-canales-de-atencion-y-entrega-de-medicamentos-ordeno-la-supersalud-a-las-eps/>

Wigner, E. P. (2005). Theory of traveling wave optical laser . *Phys. Rev.*, 134, A635-A646.