

**EL AUDITOR EN SALUD EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RED
HOSPITALARIA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19**

**AUDREY NIETO PERALTA
BEATRIZ ELENA LEÓN ZULUAGA
IVÁN RENE PERTUZ CARABALLO**

Monografía de Grado

Asesora: NEILA BERROCAL NARVAEZ

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESP. AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD
MONTERÍA - CÓRDOBA
2022**

Nota de aceptación

Jurado

Jurado

Montería, 2022

Dedicatoria

El presente trabajo investigativo lo dedicó principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mis padres, Carlina Caraballo y Enrique Pertuz por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Ha sido un orgullo y un privilegio ser su hijo.

A mis hermanas y hermanos por estar siempre presentes, acompañándome y por el apoyo moral, que me brindaron a lo largo de esta etapa de mi vida.

Y por último a todas las personas que me han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

Iván

Agradecer en primer lugar al dador de la vida nuestro padre celestial, a mis hijos Gabriela y Esteban, a mi esposo Wilfer, a mi madre Julia por impulsarme, apoyarme y ser ese estímulo para lograr esta nueva meta en esta etapa de mi vida.

Audrey

A Dios gracias por que ha sido mi guía y me ha permitido culminar cada propósito. A mis padres Mariela Zuluaga y Eduardo León por ser mi roca y

*apoyo incondicional, al igual que mis abuelos Antonio y Bertilda. A mis hermanos Andrés y Ricardo por impulsarme y animarme a seguir adelante.
Al resto de mi familia por contribuir en este proceso.*

Beatriz

Agradecimientos

Agradecemos a Dios por bendecirnos, darnos la vida y por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Agradecemos a nuestros docentes de la facultad de ciencias de salud, en el programa de posgrado, auditoria de la calidad en salud, de la Universidad de Córdoba, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra formación profesional, de manera especial, a la docente Neila Esther Berrocal Narváez tutora de nuestro proyecto de investigación quien ha guiado con su paciencia, y su rectitud como formadora de profesionales.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	7
Abstract	8
INTRODUCCION.....	9
1. OBJETIVOS.....	13
1.1. GENERAL	13
1.2. ESPECÍFICOS.....	13
2. METODOLOGIA	14
2.2. ENFOQUE.....	15
2.3. TÉCNICA.....	15
2.4. POBLACIÓN.....	17
2.5. MUESTRA	17
2.6. ORGANIZACIÓN	17
2.7. ASPECTOS ÉTICOS.....	18
2.8. ASPECTOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL Y DERECHOS DE AUTOR 18	
3. MONOGRAFIA.....	19
3.1. MEDIDAS SANITARIAS Y DE EMERGENCIA SANITARIA IMPLEMENTADAS EL MINISTERIO DE SALUD PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA RED HOSPITALARIA DURANTE LA PANDEMIA POR VIRUS DEL COVID-19.....	19
3.2. CAPACIDAD INSTALADA DE LOS PRESTADORES DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES COVID POSITIVOS.....	22
3.3. ROL DEL AUDITOR EN EL FORTALECIMIENTO DE LA RED HOSPITALARIA DURANTE LA PANDEMIA POR VIRUS DEL COVID-19	24
4. CONSIDERACIONES FINALES	34
5. CONCLUSIONES	37
6. RECOMENDACIONES	39
7. BIBLIOGRAFÍA	40

Resumen

La pandemia del coronavirus supuso un reto sumamente fundamental para las instituciones de salud en el mundo y para el caso de Colombia dicha situación no fue diferente. Para lograr contrarrestar todos los elementos generados por parte de la crisis sanitaria se hizo necesario por parte del gobierno nacional la adopción de medidas sanitarias que permitieran gestionar de manera adecuada los centros hospitalarios y toda la red que hace parte del sistema de salud. Dentro de estos elementos también desempeñó un papel fundamental el auditor en salud, por lo que el trabajo monográfico presentado se centró en explorar las medidas sanitarias y de emergencia sanitaria implementadas por el Ministerio de salud para el fortalecimiento de la red hospitalaria durante la pandemia por virus del COVID-19. Así mismo se describió la capacidad instalada de los prestadores públicos y privados implementados en pacientes covid positivos para finalmente analizar el rol del auditor en el fortalecimiento de la red hospitalaria durante la pandemia por virus del COVID-19. Todo esto haciendo uso de una metodología descriptiva bajo la técnica de revisión bibliográfica donde se pudieron encontrar una serie de resultados alrededor de la gestión administrativa y sanitaria del gobierno nacional, así como las estrategias en materia de prevención, mitigación y vacunación actualmente se encuentran implementadas. Donde se pudo concluir que el gobierno nacional atendiendo las recomendaciones de la OMS desarrolló de manera efectiva una serie de estrategias y acciones para hacer frente a la pandemia del COVID-19 en cada una de las etapas relacionadas con dicha pandemia.

Palabras Claves: *Auditor, Salud, Pandemia, Coronavirus, Hospitales, Colombia.*

Abstract

The coronavirus pandemic posed an extremely fundamental challenge for health institutions in the world, and in the case of Colombia, this situation was no different. In order to counteract all the elements generated by the health crisis, it became necessary for the national government to adopt health measures that would allow the proper management of hospital centers and the entire network that is part of the health system. Within these elements, the health auditor also played a fundamental role, so the monographic work presented focused on exploring the health and emergency health measures implemented by the Ministry of Health to strengthen the hospital network during the virus pandemic. of COVID-19. Likewise, describing the installed capacity of public and private providers implemented in positive covid patients to finally analyze the role of the auditor in strengthening the hospital network during the COVID-19 virus pandemic. All this using a descriptive methodology under the bibliographic review technique where a series of results could be found around the administrative and health management of the national government, as well as the strategies in terms of prevention, mitigation and vaccination are currently implemented. Where it was possible to conclude that the national government, following the recommendations of the WHO, effectively developed a series of strategies and actions to deal with the COVID-19 pandemic in each of the stages related to said pandemic.

Keywords: *Auditor, Health, Pandemic, Coronavirus, Hospitals, Colombia.*

INTRODUCCION

Debido a la pandemia y al acelerado contagio de la población desde el Ministerio de Salud toman las medidas necesarias para frenar el contagio y tratar la enfermedad con la creación de decretos y resoluciones, entre ellos la resolución 507 de 2020, 666 de 2020 que permitieran mitigar el riesgo de contagio, aumentar la red hospitalaria y brindando las acciones y medidas necesarias de protección para la primera línea de atención.

Esto durante los diferentes picos de la pandemia, he aquí donde el rol del auditor tanto interno como externo, permite identificar estas grandes deficiencias en capacidad instalada de los centros de salud, la falta de insumos y suministros, el proceso de referencia y contrarreferencia de pacientes y la necesidad de ampliar y subsanar esta problemática (1).

Los modelos de trabajo de la auditoría, tanto concurrente, como de cuentas medicas entre las IPS (Instituciones Prestadoras de Salud), ESE (Empresa Social del Estado), EPS (Entidades Promotoras de Salud) y demás actores del sistema debido a la pandemia, se hizo necesario el apoyo de las herramientas tecnológicas para realizar el trabajo, donde esto represento un cambio significativo en la gestión de los actores que en si buscan es la calidad en los servicios de salud.

De acuerdo a lo establecido por la resolución 429 del 2016 las Redes Integradas de Servicios de Salud se define como el conjunto articulado de organizaciones funcionales de servicios hospitalarios, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial, con una organización funcional que

comprende un componente primario y un componente complementario; bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutive a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud (2).

En lo contemplado por el cumplimiento de la normatividad en Colombia la salud es considerada como un derecho fundamental establecido por la ley 1751 del 2015. Con esta ley se busca solucionar los problemas de la atención relacionado con la calidad, oportunidad y los accesos en salud, buscando tener un mayor alcance al regular los ámbitos de la práctica profesional en relación con la autonomía y la relación médicos – paciente (3). Se crean las Entidades Promotoras de Salud como aseguradoras que afilian a la población al sistema de salud, estableciendo que a través de dichas entidades se garantice la prestación del plan de salud (3).

Según lo mencionado “Las redes se presentan como una opción de mejora en la oportunidad y continuidad de los servicios de salud contribuyendo a la eficiencia hospitalaria al generar mayor oportunidad de los diferentes servicios para los pacientes, lo que permite evidenciar una mayor diligencia en los procesos administrativos, impactando en la salud de los pacientes a través de mayor disponibilidad de camas, equipos entre otros necesarios para la población en general” (3).

La pandemia y la falta de camas hospitalarias e insumos por el virus del COVID -19 cobraron importancia en la medida que hace que el modelo de atención en salud no responda a las necesidades de la población conllevando a la congestión en los servicios. Tanto así, que autoridades territoriales se vieron en la obligación de establecer planes de acción dirigidos a mejorar los atributos de eficiencia, acceso y oportunidad en la atención de salud (4).

Debido a la falta de cama para atender el alto número de pacientes con esta patología el Ministerio de Salud implemento estrategias para subsanar esta problemática de salud pública a nivel nacional (4). Cabe resaltar el papel fundamental que juegan las EPS y la transformación que tuvieron en la prestación de servicios, los modelos de calidad y la recolección de información, donde se implementaron la utilización de herramientas tecnológicas.

El auditor en salud jugó un papel importante en la pandemia por Covid 19, porque se encargó de realizar seguimiento y estudio continuo al flujo de paciente, a la atención de los mismos, así como si la infraestructura estaba adecuada para una atención óptima, gracias a esta labor y al alto número de pacientes se logró evidenciar las deficiencias del sistema con respecto a la capacidad instalada de estos centros de salud y se establecieron Programas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC). Debido a esto el Ministerio de Salud con el apoyo del gobierno nacional permitieron ampliar de manera positiva la capacidad instalada de las instituciones tanto del primer nivel como segundo y tercer nivel de complejidad presentes a nivel nacional (5).

La siguiente monografía analizara el papel fundamental que jugaron los auditores entorno a la pandemia por el virus del COVID 19 en Colombia y como desde la auditoria se logra identificar las falencias presentadas en los centros prestadores de servicios de salud y la necesidad de fortalecer la red hospitalaria del país debido al alto número de pacientes contagiados (5).

Este trabajo deja denotar la deficiencia de la red hospitalaria en el territorio colombiano, donde a grandes rasgos se hizo evidente la necesidad de ampliar la capacidad instalada tanto de camas UCI, equipos de dotación de las mismas, y la ampliación de centros de salud y la creación o transformación de hospitales de campaña en el país (6).

1. OBJETIVOS

1.1. GENERAL

Analizar el rol del auditor en salud en la implementación de la red hospitalaria durante la Pandemia por COVID-19.

1.2. ESPECÍFICOS

- Identificar las medidas sanitarias y de emergencia sanitaria implementadas por el Ministerio de Salud para el fortalecimiento de la red hospitalaria durante la pandemia por virus del COVID-19.
- Describir la capacidad instalada de los prestadores públicos y privados implementados en pacientes Covid positivos.
- Analizar el rol del auditor en el fortalecimiento de la red hospitalaria durante la pandemia por virus del COVID-19.

2. METODOLOGIA

2.1. TIPO DE ESTUDIO

En primera instancia el tipo de trabajo a realizar es una monografía de compilación, donde tal como su nombre lo indica hace referencia a un estudio monográfico de recolección y compilación de información de fuentes secundarias. Ahora, teniendo en cuenta la finalidad del estudio a realizar y su enfoque el tipo de investigación que se plantea en el mismo es de carácter descriptiva. Como se sabe la investigación descriptiva analiza las características de una población o fenómeno sin conocer las relaciones entre ellos. La investigación descriptiva define, clasifica, divide o resume. Por ejemplo, a través de medidas de posición o de propagación. Sin embargo, no se trata de analizar el porqué del comportamiento de unos hacia otros (6). En este caso tenemos que recurrir a otras técnicas como la correlación o la investigación explicativa.

La investigación descriptiva se encarga de precisar las características de la población estudiada. Esta metodología se enfoca más en el “qué” que en el “por qué” del tema de investigación. En otras palabras, su objetivo es describir la naturaleza de un segmento demográfico sin centrarse en por qué ocurre un fenómeno particular. Es decir, "describe" el tema de investigación sin explicar "por qué" ocurre (7).

2.2. ENFOQUE

Cuando hablamos de enfoque de investigación nos referimos al tipo de estudio clasificado en cuantitativo, cualitativo o mixto; y abarca el proceso de investigación en todas sus fases: desde la definición del tema y el planteamiento del problema de investigación, pasando por el desarrollo de la perspectiva teórica, la definición de la estrategia metodológica, hasta la recolección, análisis e interpretación de los datos (8).

Así, la elección del enfoque de investigación nunca se reduce al azar o al capricho, sino a las decisiones del investigador en función de la construcción del problema y de los objetivos del estudio. Si bien muchas veces la atención se centra en la metodología y el llamado marco metodológico, la definición del enfoque de investigación debe adoptarse plenamente, entendiendo que también se ajusta a criterios epistemológicos; es decir, a perspectivas amplias sobre el trabajo académico y la forma en que se lleva a cabo el proceso de investigación (9).

El enfoque de investigación cualitativa se enmarca dentro del paradigma científico naturalista, también conocido como naturalista-humanista o interpretativo, como señala Barrantes (2014), cuyo interés radica “en el estudio del sentido de las acciones y de la vida social” (p. 82). .

2.3. TÉCNICA

Para el caso de la técnica relacionada con la investigación, se planea usar la revisión documental o bibliográfica. Esta es una técnica de observación complementaria en caso de explicación de acciones y programas. La revisión

documental da una idea de la evolución y características de los procesos, así como de la información que ha sido confirmada o cuestionada (6)

Para la investigación bibliográfica es necesario tener un criterio amplio en la elección de palabras clave que puedan estar relacionadas con el tema que se investiga. Se deben seleccionar fuentes potenciales de interés en nuestro tema, es decir, solo estudios o artículos que estén estrechamente relacionados con la pregunta de investigación (7). Es necesario saber encontrar las referencias: si no están disponibles en las bibliotecas accesibles al investigador, acudir al préstamo interbibliotecario.

Cada investigador debe evaluar si los artículos seleccionados en la búsqueda bibliográfica son relevantes para el tema de investigación seleccionando los textos relevantes y pertinentes. Descartar artículos irrelevantes o irrelevantes. Durante el proceso de encontrar información y relacionarse con sus fuentes, es importante leer artículos relevantes e identificar material importante del cual tomar notas

La revisión bibliográfica, como momento esencial de toda investigación científica, implica la aplicación de todo un método real para estructurar la investigación, la selección, el tratamiento y la inserción de las bases teóricas del problema, el objeto y el campo. en torno al cual se construye el marco teórico. No es raro que este sea un proceso que se dé sin orden y sin consulta, por lo que es importante que todo investigador sepa cómo aplicar estos elementos para fundamentar de manera eficaz, eficiente y efectiva su investigación (6).

2.4. POBLACIÓN

Se tomó como población para esta monografía un total de 50 referencias bibliográficas, de las cuales, 3 fueron libros, 30 artículos en Google académico, 7 en Scielo y 10 resoluciones, decretos y normatividad correspondiente al tema en estudio, hallados en la página del Ministerio de Salud y Protección Social. La búsqueda de la información, se realizó a partir de los siguientes descriptores de Ciencias de la Salud: Auditor, Covid 19, Salud, Estrategias, Pandemia, Hospitales. Combinándolos con la ayuda de operadores booleanos “AND” y “OR”, “NOT” en los idiomas de inglés y español. Para la consolidación del estado actual del conocimiento del tema de estudio, se realizó una revisión bibliográfica, durante el período comprendido entre los años 2019 a 2022.

2.5. MUESTRA

De las referencias bibliográficas consultadas, para la realización de esta monografía se tomó una muestra de 30 referencias, correspondiente a 5 artículos de la base de datos Scielo, 19 en Google académico y 6 referencias de la normatividad, guías y lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

2.6. ORGANIZACIÓN

El trabajo desarrollado se encuentra estructurado en tres capítulos los cuales cada uno corresponde a un objetivo específico, con lo que se lograr dar una respuesta y enfoque a cada de uno de los mismos, así como al objetivo general que persigue el trabajo, producto de la problemática presentada.

2.7. ASPECTOS ÉTICOS

Esta monografía está basada en la Resolución 008430 de 1993 la cual establece las “*normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*”, clasificándola como una investigación sin riesgo, de acuerdo al artículo 10 de la misma resolución, debido a que se emplearon métodos de investigación documental retrospectivo, en los que no se realizó ninguna intervención. Los contenidos corresponderán a información veraz, en cumplimiento de los principios de beneficencia, confiabilidad y presentará utilidad principalmente al campo de las ciencias de la salud. Además, serán respetados los derechos de propiedad intelectual.

2.8. ASPECTOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL Y DERECHOS DE AUTOR

La propiedad intelectual de la monografía corresponde a los investigadores Audrey Nieto Peralta, Beatriz Elena León Zuluaga E Iván Rene Pertuz Caraballo. Así como también la responsabilidad por las opiniones, análisis y comentarios incluidos en la investigación. Se respetan los derechos de autor de los contenidos que se citan en el estudio.

3. MONOGRAFIA

3.1. MEDIDAS SANITARIAS Y DE EMERGENCIA SANITARIA IMPLEMENTADAS EL MINISTERIO DE SALUD PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA RED HOSPITALARIA DURANTE LA PANDEMIA POR VIRUS DEL COVID-19

Las medidas adoptadas hasta el momento en la República de Colombia se pueden dividir en tres fuentes principales, a saber: 1. Medidas de emergencia sanitaria y sanitaria, 2. Medidas de emergencia social, económica y ambiental y 3. Orden público y otras medidas ordinarias. Lo anterior es sin perjuicio del reconocimiento de que existen estrechas relaciones entre cada uno de estos conjuntos de normas. A continuación se detallan las estrategias clave para hacer frente a la crisis sanitaria del COVID-19 (10).

A partir del 1 de mayo de 2022, en las comunidades donde el 70 % de la población esté vacunada con un calendario de vacunación completo, incluido el 40 % con un recordatorio, ya no será necesario usar una máscara en un ambiente cerrado. Se mantiene el uso de la mascarilla en: centros asistenciales, residencias de mayores, transporte. En los recintos cerrados de las instituciones educativas podrán prescindir del uso de la mascarilla a partir del 15 de mayo (11). Asimismo, se suprimirá el requisito de carné de vacunación para participar en eventos públicos o privados.

Se encontró que para minimizar los impactos negativos en la salud, las organizaciones e instituciones en los sectores público y privado deben: promover el lavado y desinfección de manos apropiado y constante en los lugares de trabajo; brindar información clara y oportuna sobre las medidas para prevenir y contener el

COVID-19; Informar cualquier síntoma sospechoso o contacto con alguien diagnosticado con la enfermedad; proporcionar capacitación en prevención de COVID-19 para trabajadores de migración, salud, saneamiento y limpieza; y reportar inmediatamente cualquier caso sospechoso al Ministerio de Salud o a la Dirección Territorial de Salud de su jurisdicción (12).

El gobierno nacional también ordenó incluir como esenciales los medicamentos no disponibles y los reactivos de diagnóstico in vitro necesarios o relacionados con la prevención, diagnóstico y tratamiento de la COVID-19. Además de dar prioridad a la tramitación de solicitudes de registro sanitario y aceptar, aprobar o convalidar certificados de otorgamiento de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) emitidos por organismos PIC-S (Esquema de Cooperación de Inspección Farmacéutica) (13).

Primero, el Gobierno Nacional compró 20 millones de dosis de vacunas contra el COVID-19 para 10 millones de colombianos a través de Covax y 41,5 millones de dosis para 25.250.000 personas a través de mecanismos bilaterales; alcanzar un total de 61,5 millones de dosis para vacunar a 35.250.000 millones de personas. La primera compra se distribuyó de la siguiente manera: 10 millones de dosis de Pfizer para 5 millones de personas, 10 millones de dosis de AstraZeneca para 5 millones de personas, 9 millones de dosis de Janssen para 9 millones de personas, 10 millones de dosis de Moderna para 5 millones de personas y 2,5 millones de dosis de Sinovac para 1.250.000 personas (14).

El Ministerio de Salud ha elaborado una guía sobre la prevención del COVID-19 en personas con discapacidad mayores de 70 años con fuerte dependencia funcional, para personas con discapacidad psicosocial, intelectual, visual, auditiva, física y sordociega; así como para sus personas de referencia. Además, 3.000 psicólogos

y psiquiatras voluntarios se ofrecieron a asesorar a las personas que lo solicitaran (15).

Algunas de las medidas tomadas contra el sector salud se relacionan con la creación de nuevos espacios hospitalarios en el país, la optimización de las unidades de cuidados intensivos y unidades intermedias, y la regulación gubernamental de las transferencias directas de recursos. y autoridades locales. Entra en funcionamiento la telemedicina en Colombia, se fortalecen medidas para proteger y comercializar el talento humano en salud, y se declara la pandemia de COVID-19 como enfermedad profesional, trayendo importantes beneficios a los trabajadores de la salud de los países, entre otros (16).

Ante el incremento en el número de contagios y muertes en los primeros días de 2021, el Ministerio de Salud y el Ministerio del Interior han emitido la circular conjunta 001 para focalizar las nuevas medidas en las comunidades severamente afectadas. Con esto en mente, el COVID-19 ha establecido diferentes lineamientos para lugares con más del 70%, 80% y 85% de ocupación en unidades de cuidados intensivos (UCI) (13).

El Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia ha implementado PRASS, el Programa Sostenido de Pruebas Selectivas, Rastreo y Aislamiento, que se basa en gran medida en el rastreo y aislamiento de contactos de casos probables o sospechosos. del COVID-19, ágil y oportuna, para ser implementada en todo el territorio nacional. El objetivo principal de PRASS es frenar la propagación de COVID-19 y romper las cadenas de transmisión. Controlar el contagio, permitir la apertura económica y social del país y pasar del confinamiento general al aislamiento selectivo (17).

El gobierno nacional ha recomendado a varios municipios del país que entre el 5 y el 19 de abril de 2021, dependiendo del grado de ocupación de las unidades de cuidados intensivos (UCI), tomen las siguientes medidas: 1) Levantar medidas e introducir restricciones a la movilidad nocturna entre medianoche y 5 a. m.; 2) Entre 70% y 79% Definición de medidas de pico y balizamiento y definición de restricciones de movilidad nocturna entre las 22:00 y las 23:00 horas. y 17:00 horas; y 3) entre el 80% y el 85% fijan medidas de pico y de identificación entre las 20:00 y las 20:00 horas y fijan restricciones de movilidad nocturna. y 17:00 (18).

El Departamento de Salud y Protección Social recibe diariamente dotación de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de Proveedores de Salud (IPS) a través de la aplicación SegCovid. Estos datos agregados se publicarán en su sitio web y se deben usar para mostrar la ocupación de la UCI como la única fuente. Para fines de datos abiertos, análisis, investigación y complementarios, el departamento proporciona datos personales a los Institutos Nacionales de Salud (INS), que recopila datos hasta hace dos semanas. Por lo tanto, esta información nunca debe usarse para estimar la ocupación actual o reciente de la UCI (19).

3.2. CAPACIDAD INSTALADA DE LOS PRESTADORES DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES COVID POSITIVOS.

El porcentaje de ocupación de camas en unidades de cuidados intensivos (UCI) es uno de los indicadores estratégicos establecidos por el gobierno nacional para monitorear la situación de la pandemia en Colombia y estudiar la atención de pacientes muy complejos. Este indicador relaciona el número de camas de UCI ocupadas con el número de camas activadas o autorizadas temporalmente con base en el Decreto 538 de 2020, que otorgó ciertas facultades especiales para el

manejo y contención de la pandemia; Se ha aprobado una medida de permiso temporal además del procedimiento para activar camas de cuidados intensivos (20).

Los más de 1.600 establecimientos de salud tienen que ingresar diariamente en el registro especial de prestadores de servicios cuántas camas están ocupadas y con qué cuadros clínicos; De esta forma, la cartera de salud monitorea la disponibilidad a nivel de país, departamento y distrito. El momento de mayor presión para el país en cuanto a la disponibilidad de camas UCI fue durante el tercer período pico (última semana de junio de 2021) cuando se alcanzó el 88% de ocupación con 13.105 camas activadas. Sin embargo, entidades como Bogotá, Antioquia y partes del Eje Cafetero lograron tasas de ocupación entre 90 y 95% durante este tercer pico (19).

Actualmente, las camas de ingreso temporal representan el 42% para casos de cuidados críticos y el 11% para hospitalizaciones. Sin embargo, esta expansión fue dinámica, dependiendo de la situación epidemiológica del COVID-19 en cada zona, que fue asincrónica en toda Colombia; Algunos departamentos experimentaron picos muy tempranos, por ejemplo en los departamentos de la región Caribe. Al 31 de enero de 2022, había una tasa de disponibilidad de camas de UCI del 36 % con una tasa de ocupación del 64 % y una tasa de disponibilidad de camas de hospital del 34 % con una tasa de ocupación del 66 %. En ambos casos con un aumento sostenido de la ocupación por el Covid en las últimas tres semanas, principalmente en la unidad de cuidados intensivos (20).

Esta combinación de aprobación del servicio y aprobación temporal nos ha permitido lograr un aumento del 105% en camas UCI entre camas aprobadas y aprobadas temporalmente, una expansión muy importante, se ha duplicado la oferta e incluso aumentado un 20%. Ampliación de camas de cuidados intermedios y ampliación del 18% de camas de hospitalización. El país cuenta actualmente con

más de 10.900 camas de unidades de cuidados intensivos (UCI) activadas y activas para brindar servicios en este nivel de complejidad (18).

3.3. ROL DEL AUDITOR EN EL FORTALECIMIENTO DE LA RED HOSPITALARIA DURANTE LA PANDEMIA POR VIRUS DEL COVID-19

La investigación sobre el auditor en salud en el fortalecimiento de la red hospitalaria debido a la pandemia por COVID-19, permite conocer cómo se fortaleció la red hospitalaria, las intervenciones realizadas y la toma de decisiones para llevar a cabo este fortalecimiento. El auditor de salud tomó un rol fundamental empezando por la verificación y validación de las herramientas tecnológicas utilizadas durante el periodo de pandemia por el nuevo virus SARS cov 2 (COVID-19) y los picos que se presentaron, permitieron dar un enfoque del auditor tanto interno como externo que lograron las articulaciones entre los centros de remisión, EPS, las secretarías de salud departamentales y municipales y a nivel nacional el Ministerio de Salud para la atención de pacientes tanto COVID-19 y demás patologías presentes.

Con todo esto se logró tener una visión amplia del papel fundamental del auditor y las gestiones realizadas por este para mejorar la calidad en los servicios prestados a los pacientes y sus familias, para así identificar las deficiencias presentadas en pandemia logrando informar y establecer solución a la problemática que se estaba viviendo debido a la pandemia, con esta investigación se lograra determinar el impacto y la importancia de los auditores en salud con respecto al fortalecimiento de la red hospitalaria y como se adaptaron a los cambios en los modelos de trabajo con herramientas tecnológicas.

El rol de auditor fue fundamental para velar por la prestación de servicios de salud para una mejor calidad, eficiencia y eficacia, donde los recursos financieros que se destinaron en la pandemia se utilizaran de la mejor manera, que mientras el tiempo transcurría las entidades prestadoras de servicios y las aseguradoras aplicaran las disposiciones dispuestas por el ministerio de salud en sus decretos y resoluciones para así dar solución a la problemática vivida en cada pico pandemia.

Las medidas que se llevaron a cabo para fortalecer la red hospitalaria también se encontraban avaladas y guiadas por los auditores en salud, acciones como el duplicar camas UCI, capacidad para realizar pruebas, adquisición de reactivos, elementos de protección personal y ventiladores, debido a que no se contaba con la capacidad instalada para atender el número de casos o pacientes con COVID-19 (2020).

Se improvisaron espacios físicos para habilitar hospitales de campaña con el objetivo de incrementar la capacidad de atención hospitalaria, mejorar las redes de gases medicinales, aumentar la disponibilidad de camas y optimizar los espacios físicos al abordaje de la pandemia y los picos que se presentaron en el transcurso del año 2020 y 2021 (20).

Todas estas intervenciones de eficiencia operativa como la revisión de la capacidad instalada de la red hospitalaria en cuanto a camas, equipos de UCI presentes y habilitadas, que conllevaron a reducir las intervenciones, aplazar procedimientos quirúrgicos para tener espacios físicos disponibles

Para ayudar a los países a trazar el camino correcto frente a estos desafíos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha actualizado su guía de planificación operativa para equilibrar los requisitos de una respuesta directa al COVID-19 con la necesidad de continuar brindando servicios de salud esenciales. mitigar el riesgo de

un bloqueo del sistema. Esto incluye un conjunto de respuestas de emergencia específicas que los países deben considerar a nivel nacional, regional y local para reorganizar y mantener el acceso a servicios de salud esenciales de calidad para todas las poblaciones (21).

Los países deben determinar qué servicios esenciales priorizar en sus esfuerzos por mantener la prestación de servicios y realizar cambios estratégicos para garantizar que las poblaciones obtengan el máximo beneficio de sus recursos cada vez más escasos. También deben cumplir con los más estrictos requisitos de precaución, particularmente en relación con las prácticas de higiene y la provisión de cuidados adecuados, particularmente en relación con los equipos de protección personal. Esto requiere una planificación sólida y una acción coordinada entre los gobiernos y las organizaciones de salud y sus gerentes (22).

Algunos ejemplos de servicios esenciales son las inmunizaciones de rutina, los servicios de salud reproductiva, incluida la atención durante el embarazo y el parto, la atención de niños pequeños y ancianos, el tratamiento de enfermedades mentales, enfermedades no transmisibles y enfermedades infecciosas como el VIH, la malaria y la tuberculosis, hospital de cuidados intensivos tratamiento, tratamiento para condiciones de salud urgentes y servicios auxiliares tales como imágenes de diagnóstico básico, servicios de laboratorio y banco de sangre (23). Los sistemas de salud bien organizados y preparados podrán continuar brindando acceso equitativo a la prestación de servicios esenciales durante una emergencia, limitando así la mortalidad directa y evitando la mortalidad indirecta innecesaria.

Las pautas enfatizan la importancia de mantener la información actualizada, lo que requiere una comunicación frecuente y transparente con la sociedad y una fuerte participación de la comunidad para que el público pueda seguir teniendo la

confianza de que el sistema satisface de manera segura sus necesidades esenciales y el riesgo de infección controla las instalaciones de atención médica. . Esto ayudará a garantizar que las personas sigan buscando ayuda cuando la necesiten y sigan los consejos de salud pública (14).

La mayoría de los servicios de atención aguda y de emergencia deben continuar durante la pandemia de COVID-19 debido a su naturaleza extremadamente urgente y su potencial para prevenir la muerte y la discapacidad en todas las etapas de la vida. Garantizar que los trabajadores de la salud de la comunidad estén capacitados y equipados para hacer frente a condiciones agudas es fundamental, ya que las restricciones de movimiento, las recomendaciones para limitar las reuniones en persona en las instalaciones y las preocupaciones sobre la seguridad de la atención en las instalaciones trasladarán cada vez más la atención aguda a la comunidad (24).

Es probable que los trabajadores de la salud se enfrenten a un número cada vez mayor de pacientes en estado crítico, incluidos pacientes con problemas respiratorios y compromisos de COVID-19 y pacientes que sufren otras condiciones de emergencia indirectamente relacionadas con el contexto de la pandemia. : Las interrupciones en el tratamiento de enfermedades crónicas contribuyen a las exacerbaciones agudas (p. ej., asma o ataque cardíaco), mientras que el acceso limitado y la demora en la búsqueda de atención médica provocan síntomas posteriores y más graves (p. ej., sepsis por infección localizada o shock por lesión o embarazo y sangrado relacionado) (14).

Para el caso específico de Colombia el Ministerio de Salud estableció una serie de acciones claves para a mitigación contra el COVID-19 como lo es en primera medida el evaluar el marco legal y regulatorio relacionado con cualquier medida de salud

pública que pueda proponerse durante la respuesta: aislamiento o cuarentena, restricciones de viaje, cierre de instituciones educativas, prohibición de reuniones masivas. Establecer una comunicación constante con el Ministerio de Relaciones Exteriores y Migración de Colombia respecto de los viajeros provenientes de zonas de riesgo y sistematizar la información para los viajeros provenientes de países donde se han presentado casos de coronavirus (25).

Evaluación de las capacidades existentes en el país para la prevención, preparación, respuesta y recuperación ante la emergencia del COVID-19. Capacidad de los proveedores de salud del país para enfrentar el brote, enfocándose en aquellos con servicios prioritarios para la detección y tratamiento de casos de COVID-19: emergencia, cuidados intensivos, hospitalización, medicina interna, pediatría, consulta prioritaria, laboratorio clínico, etc. y los consumibles y equipos médicos necesarios (26). Esto va acompañado del reconocimiento de recursos y fuentes de financiamiento para construir capacidades de prevención, preparación, respuesta y recuperación con base en las necesidades identificadas.

Identificación de oportunidades de diagnóstico de COVID-19 presentadas en Laboratorios de Salud Pública (LSP), laboratorios clínicos, centros de investigación y universidades. Mantener una comunicación permanente con la oficina de la OPS/OMS para apoyar y coordinar los procesos y procedimientos, y las acciones de cooperación relacionadas con los procesos de notificación y confirmación de casos sospechosos de acuerdo con la red regional de laboratorios definida por la OPS/OMS para este fin (15).

Intensificar la difusión de mensajes clave relacionados con la prevención del COVID-19, su tratamiento en el hogar y la detección de señales de alerta vigentes del programa y las definidas según el comportamiento de la enfermedad y sus

características clínicas y datos epidemiológicos, así como el protocolo desarrollado para la Organización y establecimiento actualizado de un centro de referencia telefónica o línea de consejería comunitaria que brinda recomendaciones claras sobre medidas de prevención y control de enfermedades (16).

Políticas para hacer cumplir las medidas de distanciamiento social: cierre de escuelas, prohibiciones de reuniones masivas, eventos masivos, restricciones al transporte público o viajes, y otras medidas para combatir la morbilidad social, como Familiares para los casos que puedan surgir y sus personas de contacto. Brindar apoyo técnico a los actores del SGSSS para brindar asesoría en medidas de promoción, prevención, manejo clínico y control de la salud (18).

Diseñar lugares de almacenamiento o sistemas para el manejo y distribución de los insumos, equipos médicos y medicamentos necesarios y, en coordinación con las autoridades sanitarias de las diferentes autoridades sanitarias territoriales, asignar de igual manera lugares altamente referenciados previamente definidos por los órganos de la MSPS y asegurar , que exista un stock adecuado de medicamentos y dispositivos médicos, en particular los utilizados como EPI, en todo momento durante la pandemia (27).

Evaluación de los sistemas de información existentes en el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) para el seguimiento de tecnología, dispositivos médicos y medicamentos entregados a los establecimientos territoriales de salud. Para ello fue necesario realizar la proyección de recursos e inversiones del sector salud para asegurar las actividades de la línea de reducción de transmisión en la comunidad durante la emergencia provocada por el COVID-19 de acuerdo a las necesidades identificadas (18).

Evaluar las capacidades de respuesta de la red de servicios de prevención, preparación y respuesta ante emergencias ante el COVID19 del país, identificando las brechas existentes y las necesidades de preparación. También alentar el desarrollo e implementación de modelos de atención para proveedores de atención médica y pagadores que incorporen modalidades de telemedicina: telemedicina y atención domiciliaria para mejorar el acceso, la oportunidad y la resolución de la atención de los casos de COVID-19 (11).

Establecer criterios de inclusión en función de las camas disponibles y priorizar los casos graves en los que el tratamiento pueda ser más beneficioso. Para ello, ha sido necesario determinar los servicios sanitarios esenciales que deben seguir prestándose durante la pandemia y que serán suspendidos temporalmente, y desarrollar protocolos de ingreso, derivación y contrarreferencia según su clasificación, respetando las normas habituales. precauciones durante la transmisión y en cada momento (28).

Otro elemento fundamental de las estrategias nacionales fue el involucramiento de los Oficiales de Riesgos Laborales, EPS, IPS en la publicación de lineamientos a través de documentos técnicos publicados por la Secretaría de Salud y Protección Social. Así, fue posible identificar al personal clave de los servicios esenciales así como sus funciones y responsabilidades durante una pandemia. A su vez, IPS, EAPB y gobiernos locales fiscalizan para asegurar que los actores del SGSSS estén cumpliendo con los lineamientos y protocolos emitidos por la Secretaría de Salud y Protección Social para la prevención y tratamiento del COVID-19 (28).

En cuanto a las acciones de comunicación, una directriz o acción clave fue informar al país de manera transparente sobre la enfermedad (qué es, cómo se transmite, cómo puede llegar al territorio nacional, cómo se previene, cómo un paciente con la

enfermedad qué persona que presenta los síntomas y signos debe hacer lo que debe hacer en la IPS según el protocolo clínico para el manejo de estos pacientes). Además, contribuir al desarrollo de políticas de protección de los trabajadores ocupacionalmente expuestos y de los distintos actores del sistema (25).

En el caso de la fase de contención, una de las tareas fundamentales fue elaborar una guía operativa para identificar los roles y responsabilidades de todas las entidades dentro y fuera del sector en la gestión de la respuesta a una pandemia, que incluye un análisis organizacional a través de diagramas de flujo, mecanismos y áreas, responsables de operar los sistemas de alerta temprana y respuesta de emergencia de COVID-19, los mecanismos de evaluación rápida de riesgos y los mecanismos de recuperación temprana (25).

Por otra parte, la contratación de personal gestor comunitario de salud (a que se refiere la resolución 3100 de 2019) por parte de los prestadores (equipos multidisciplinarios de atención) y EPS (equipos de gestión de riesgos) con acompañamiento de la autoridad local en todos los ámbitos territoriales, estas acciones de promoción de la salud , prevención, comunicación y gestión de riesgos, canalización y detección temprana en entornos de la vida cotidiana (29).

En la misma línea está la promoción de medidas de distanciamiento social: cierre de escuelas, prohibiciones de reuniones masivas, reuniones masivas, restricciones al transporte público o al ejercicio, y otras medidas sociales para el control de la morbilidad, como el cambio de hábitos laborales y el control de enfermedades (médicas y no). -médico), personalmente, familiares para casos sospechosos y su contacto en el domicilio (30).

Desarrollo de un plan para generar la capacidad de la red de proveedores de atención médica en función de las necesidades identificadas, que incluya:

Coordinación y planificación de recursos. Para hacer esto, la red de proveedores de atención médica tuvo que prepararse para: brindar atención médica, organizar las derivaciones de pacientes y las derivaciones de acuerdo con el riesgo y las necesidades de atención específicas, lo que llevó a acuerdos institucionales con PHI del sector privado para coordinar y aumentar la capacidad de prestación de servicios de salud (18).

En cuanto al personal de salud, se ha vuelto necesario definir un plan para garantizar la seguridad y el bienestar de todos los empleados desplegados en todos los servicios. De igual forma, establecer mecanismos para garantizar el acceso del personal a los servicios de salud, alimentación e higiene, bienestar, apoyo psicológico, seguridad del personal, así como evacuación médica, y evaluar las necesidades de personal adicional e identificar las funciones que puedan ser requeridas en caso de que el personal o los voluntarios puedan respaldado por un aumento repentino de la demanda (18).

Finalmente, como parte de las estrategias de comunicación, el Ministerio de Salud ha buscado garantizar que las personas capacitadas puedan desarrollar actividades proactivas de concientización pública en una combinación de plataformas, incluidas las redes sociales y los medios de comunicación tradicionales, y mediante el uso de idiomas locales relevantes y tecnologías Identificar en este personal la capacidad de comunicar incertidumbres y transmitir conocimientos complejos en lenguajes y formatos comprensibles, así como proceder a la adecuación sociocultural de los mensajes comunicativos para la prevención, manejo y control del COVID-19 y otros patógenos (25).

Cumplimiento de procedimientos y protocolos, cumplimiento de funciones, mecanismos operativos y comunicaciones internas verticales y horizontales del

Centro Nacional de Respuesta a Emergencias (COEN) - Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGR). También tamizaje para detección de COVID-19 en casos sospechosos, contactos sintomáticos de casos probables y confirmados (cuando la capacidad de respuesta esté limitada por talento humano, insumos o reactivos, priorizar la realización de pruebas en establecimientos de salud y grupos vulnerables. En ambientes cerrados solo los primeros sospechosos sintomáticos). Así como la prevención y control de infecciones en todos los servicios de salud incluyendo: IPS, hospitales y servicios alternativos de salud desplegados como parte de la respuesta de emergencia, ambulancia comunitaria y servicios de ambulancia, servicios de atención a largo plazo y laboratorios clínicos (31).

El papel del auditor fue importante durante la pandemia por covid-19 para planificar, gestionar y actualizar planes de auditoría a corto plazo. Para así anticiparse y contrarrestar los riesgos emergentes para brindar servicios con calidad.

4. CONSIDERACIONES FINALES

Es claro que la pandemia del COVID-19 en Colombia marco un antes y después dentro del sistema de salud del país y la forma en cómo se encuentra preparado para dar respuesta a las necesidades en materia de salud que se presenten. Ahora, por otro lado vale la pena destacar que las acciones y medidas desarrolladas a lo largo de esta pandemia que aun continua a la fecha de presentación de esta investigación demuestran la necesidad no solo del auditor en salud como actor fundamental para la implementación de estas estrategias, si no tambien las condiciones y características de las estrategias en sí mismas.

Se debe a su vez entender que la auditoría de salud es un sistema de estandarización de procesos que tiene como objetivo evaluar no solo la gestión de los profesionales que brindan un servicio de salud a un usuario que lo necesita y que afecta su calidad de vida, sino también un conjunto de elementos cuyo fin es brindar lo mejor posible. calidad de servicio con recursos limitados. En Colombia, el tema del sistema de salud muchas veces ha sido tratado como una preocupación centrada en garantizar el derecho a la vida, lo cual se encuentra reflejado en la constitución política del país, razón por la cual se ha encargado de crear un completo marco normativo que elimina la apariencia de desventajas previene hechos que no sólo ponen en peligro la salud de la víctima, sino también la aparición

de segundas víctimas, reduciendo los trabajadores calificados que tanto necesita el país.

Por la complejidad que puede surgir de la evaluación de los sistemas de salud en cuanto a los procesos de prestación de servicios, así como la estructura, la tecnología, en definitiva, los factores que pueden jugar a favor o en contra de que los pacientes acudan a una consulta médica. institución en busca de respuestas a los problemas que les preocupan y que podrían verse envueltos como protagonistas de un evento indeseable como la pandemia del coronavirus que está afectando a las poblaciones del mundo y del país. Actualmente, la implementación de los sistemas de gestión de prevención y control del Coronavirus (SARS-CoV-2) en toda la estructura comercial global hace imperativo que el mercado cuente con auditores expertos en los sistemas de gestión de evaluación. Es obligatorio realizar auditorías periódicas según los lineamientos de la norma ISO 19011 en cualquier sistema de gestión de prevención y control del coronavirus para garantizar que no existan riesgos de contagio y propagación del virus.

Sin duda, la pandemia provocada por el COVID-19 ha puesto a prueba la resiliencia de la humanidad y la audacia de cualquier gobierno para hacer frente a una de las catástrofes públicas más graves de los últimos años. En consecuencia, también se ha puesto a prueba la coherencia, fortaleza y capacidad del talento humano y el funcionamiento general del Departamento de Salud y Atención Social y el sector en su conjunto. Además de las medidas adoptadas frente a la pandemia de COVID-19, el Ministerio de Salud y Protección Social ha cumplido con su mandato de elaborar lineamientos sectoriales, fiscalizar la gestión territorial y elaborar lineamientos en materia de salud. y abrir espacios de diálogo e interacción con los ciudadanos para que puedan participar activamente en la elaboración de planes y políticas de salud críticos.

Estrategias como (i) el cumplimiento de las medidas de prevención y control para reducir el riesgo de contaminación para la población; (ii) el establecimiento de una estrategia comunitaria que garantice la educación de la ciudadanía frente al COVID-19; (iii) Fortalecer la capacidad de diagnóstico de los organismos promotores de la salud, compensadores, dispensarios y departamentos y distritos según su jurisdicción; (iv) fortalecer la gestión de la salud pública y la vigilancia epidemiológica; (v) revisar la necesidad de establecer cercos epidemiológicos físicos por localidad o conglomerado; (vi) fortalecer la atención domiciliaria, la telemedicina y la teleconsulta ambulatoria; (vii) fortalecimiento de la red hospitalaria; (viii) la adopción de programas de protección para grupos de alto riesgo de complicaciones relacionadas con el Sars CoV 2 y de alto riesgo de contagio; (ix) fortalecer las estrategias de comunicación de riesgos; (x) el cumplimiento de los protocolos de bioseguridad; (xi) Articulación de las autoridades responsables del manejo, control y contención de la epidemia.

Para la universidad es un tema a tener en cuenta para futuras investigaciones, debido a que es virus nuevo que afecto en diferentes ámbitos la vida humana.

5. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos para el trabajos investigativo se pueden detallar las siguientes conclusiones

- Las estrategias y medidas para enfrentar la pandemia del coronavirus por parte del gobierno nacional de Colombia se centraron en tres pilares fundamentales que fueron las medidas de emergencia sanitaria y sanitaria, las medidas de emergencia social, económica y ambiental y las medidas de orden público y otras medidas ordinarias
- Algunas de las medidas tomadas contra el sector salud se relacionan con la creación de nuevos espacios hospitalarios en el país, la optimización de las unidades de cuidados intensivos y unidades intermedias, y la regulación gubernamental de las transferencias directas de recursos. y autoridades locales.
- .El momento de mayor presión para el país en cuanto a la disponibilidad de camas UCI fue durante el tercer período pico (última semana de junio de 2021) cuando se alcanzó el 88% de ocupación con 13.105 camas activadas. Sin embargo, entidades como Bogotá, Antioquia y partes del Eje Cafetero lograron tasas de ocupación entre 90 y 95% durante este tercer pico

- El auditor en salud tuvo un papel fundamental dentro del desarrollo y análisis de las necesidades que tenían las instituciones de la red hospitalaria, así como los elementos de gestión de recursos y la verificación del cumplimiento de requisitos necesarios.
- Los países deben determinar qué servicios esenciales priorizar en sus esfuerzos por mantener la prestación de servicios y realizar cambios estratégicos para garantizar que las poblaciones obtengan el máximo beneficio de sus recursos cada vez más escasos

6. RECOMENDACIONES

Entre las recomendaciones que ese establece alrededor de la investigación desarrollada, las cuales están orientadas a nuevos investigadores así como el grupo de trabajo son las siguientes

- Continuar la investigación tomando en cuenta otros elementos de atención alrededor del auditor en salud, esto a través de una metodología de estudio basada en fuentes primarias y con análisis de datos de campo que ayuden a comprender de mejor forma las actividades desempeñadas por el auditor de salud dentro de la pandemia del coronavirus en Colombia y como sus acciones se consideraron claves para una mejor gestión de las redes hospitalarias del país.
- Establecer acciones concretas que puedan desarrollarse a raíz de la investigación realizada en torno a la generación de soluciones o estrategias aplicativas para entidades del sector salud a nivel local, tomando como referencia el aprovechamiento de los aspectos del papel del auditor en salud y su rol crucial para mejorar los procesos de gestión de redes hospitalarias e instituciones médicas.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Ulchur Mejía AN, Orejuela Palacios DL. Pertinencia del perfil ocupacional del administrador en salud y las necesidades para la vinculación en las instituciones prestadoras de servicios de salud de Cali. 2021;
2. Protección M de S y. Resolución 429 de 2016. Minist Salud y Protección Soc [Internet]. 2016;2015:2014–8. Available from:
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución 0429 de 2016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_0429_de_2016.pdf)
3. Calderón J. Autonomía médica y ley estatutaria de salud. Acta médica Colomb. 2015;40(1):51–3.
4. Ministerio de salud y protección social. Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARV-CoV-2. Psss01 [Internet]. 2020;marzo 31(Versión 1):1–30. Available from:
[https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos y procedimientos/PSSS01.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos_y_procedimientos/PSSS01.pdf)
5. OMS. Decreto 682 de 2018. Por el cual se sustituye el Capítulo 3 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del

Sector Salud y Protección Social. 2005;1–25. Available from:
[http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO 682 DEL 18 DE ABRIL DE 2018.pdf](http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20682%20DEL%2018%20DE%20ABRIL%20DE%202018.pdf)

6. Sampieri RH. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw Hill México; 2018.
7. Vargas MG, Higuera CG, Muñoz DAJ. El estado del arte: una metodología de investigación. Rev Colomb Ciencias Soc. 2015;6(2):423–42.
8. Fernández Collado C, Baptista Lucio P, Hernández Sampieri R. Metodología de la Investigación. Editor McGraw Hill. 2014;
9. Flores MD, Franco MEVE, Ricalde DC, Garduño AAL, Apáez MR. Metodología de la investigación. Editorial Trillas, SA de CV; 2013.
10. Colombia OIM. Boletín Programa Migración & Salud: Actividades de preparación y respuesta a la COVID-19, agosto-septiembre 2020. 2021;
11. Varela KLC. Medidas tomadas por el Gobierno Nacional en la protección del derecho al trabajo durante el estado de excepción debido a la emergencia sanitaria por COVID 19 y su impacto en la Nación. Rev Doctrin Dist. 2021;1(03).
12. Pérez Infante D. Análisis de las medidas, excepciones y regulaciones implementadas por el Invima durante la emergencia sanitaria causada por la COVID-19 en Colombia.
13. Garay-Salamanca LJ. A propósito de la pandemia del COVID-19 y el modelo sanitario en Colombia. Rev Fac Nac Salud Pública. 2021;39(1).
14. Rivillas-García JC, Murad-Rivera R, Sánchez SM, Rivera-Montero D, Calderón-Jaramillo M, Castaño LM, et al. Respuesta social a las medidas del

- gobierno para controlar el nuevo coronavirus durante la etapa temprana en Colombia, 8-20 de abril de 2020. Doc Trab Estud Solidar Profamilia. 2020;
15. Manrique-Abril FG, Agudelo-Calderon CA, González-Chordá VM, Gutiérrez-Lesmes O, Téllez-Piñerez CF, Herrera-Amaya G. Modelo SIR de la pandemia de COVID-19 en Colombia. Rev Salud Pública. 2020;22(2).
 16. Trilla A. Un mundo, una salud: la epidemia por el nuevo coronavirus COVID-19. Med Clin (Barc). 2020;154(5):175.
 17. Tuesca-Molina R-J, Flórez-García V-A, Acosta-Vergara T-M, Romero EG, Ríos-García A-L. COVID-19 en la Región Caribe Colombiana: un análisis documental. Rev la Univ Ind Santander Salud. 2021;53.
 18. Peña GSV, Sánchez LER, Saldarriaga LAM. El estado de la red pública hospitalaria en Colombia para enfrentar el COVID-19, posterior a la política de categorización de riesgo fiscal y financiero. Gerenc y Políticas Salud. 2021;20:1–26.
 19. Carvajal PAG. Triage asignación camas UCI en situación de escasez pandemia COVID19.
 20. Manco Malpica LA. Importancia de la implementación de camas UCI en el proceso COVID-19 en un hospital periférico de Lima 2021. 2022;
 21. World Health Organization. including outreach and campaigns , in the context of the COVID-19 pandemic. Who [Internet]. 2021;(May). Available from:
http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules%0Ahttps://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Comm_health_care-2020.1
 22. Garcés-Prettel M, Navarro-Díaz LR, Jaramillo-Echeverri LG, Santoya-

- Montes Y. Representaciones sociales de la recepción mediática durante la cuarentena por la COVID-19 en Colombia: entre mensajes y significados. *Cad Saude Publica*. 2021;37.
23. Murad-Rivera R, Rivillas J-C, Sánchez S-M, Calderón-Jaramillo M, Rivera-Montero D. Respuesta social a las medidas no farmacológicas para controlar la propagación del COVID-19 en Colombia. *Rev la Univ Ind Santander Salud*. 2021;53.
 24. Donders F, Lonnée-Hoffmann R, Tsiakalos A, Mendling W, Martinez de Oliveira J, Judlin P, et al. ISIDOG recommendations concerning COVID-19 and pregnancy. *Diagnostics*. 2020;10(4):243.
 25. Miota AC, Pérez BV, Morales PAL, Martínez CA, Ivars LS, Amengual VF, et al. Respuesta de un centro de salud ante la pandemia COVID-19: percepciones de la plantilla médica. *Comunidad (Barc, Internet)*. 2021;22(3).
 26. Cano JF, González-Díaz JM, Vallejo-Silva A, Alzate-García M, Córdoba-Rojas RN. El rol del psiquiatra colombiano en medio de la pandemia de COVID-19. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2021;50(3):184–8.
 27. Mejía LF. COVID-19: costos económicos en salud y en medidas de contención para Colombia. 2020;
 28. Delgado-Noguera M. El sistema de salud colombiano y la pandemia COVID-19. *Rev la Fac Ciencias la Salud Univ del Cauca*. 2021;23(1):11–4.
 29. Paz-Gómez DM, Soler SGP. Diseño De política y capaciDaDes estatales: las respuestas De Bogotá para atenDer la emergencia en saluD por COVID-19. *Política Rev Cienc Política*. 2021;59(1):159–81.
 30. Gómez Rosero CA. Análisis comparativo de las políticas públicas y acciones

orientadas a la promoción de la salud y prevención de la COVID-19 implementadas por las alcaldías de Bogotá DC y Santiago de Cali, entre marzo y septiembre de 2020. 2022;

31. Muñoz-Giraldo JP. Efectos del aislamiento preventivo obligatorio por causa del Coronavirus (COVID-19) en los contratos laborales en Colombia. Memorias Forenses. 2021;(4):67–79.