

## **AUDITORIA EN SERVICIOS DE SALUD PARA ZONAS RURALES: CONTEXTO COLOMBIANO EN TIEMPOS DE PANDEMIA**

### **AUDIT IN HEALTH SERVICES FOR RURAL AREAS: COLOMBIAN CONTEXT IN TIMES OF PANDEMIC**

Yesid Alejandro Marrugo Ligardo<sup>1</sup>  
 José del Carmen Jaimes Morales<sup>2</sup>  
 Luz Marcela Herrera Álvarez<sup>3</sup>  
 Milena Machado Serrano<sup>4</sup>  
 Flor María Palencia Mieles<sup>5</sup>  
 Elianis María Sehuanes Rodríguez<sup>6</sup>  
 Carlos Alberto Severiche Sierra<sup>7</sup>

#### **Resumen**

Se hizo una revisión sobre las investigaciones más recientes acerca de la trascendencia de las auditorías en servicios de salud para zonas rurales en el contexto colombiano para tiempos de pandemia. El presente artículo de revisión tiene como objetivo principal el analizar cualitativamente la literatura científica disponible en las bases de datos Science Direct, Scielo, Redalyc y páginas web oficiales, empleando como palabras de búsqueda: Covid-19, ruralidad, salud, auditoria, calidad. Se obtuvo información pertinente relacionada con el objetivo propuesto, la cual se presenta en 3 secciones: auditoría para el mejoramiento continuo, normatividad colombiana; servicios de salud en las zonas rurales; Covid-19 y el sistema general de servicios de salud. Las auditorías son relevantes porque permiten analizar los procesos en el sector salud, con el propósito de contribuir a que estas organizaciones los conozcan internamente y puedan mejorarlos de manera continua, la falta de credibilidad en la calidad de los servicios que se prestan

Recepción: Abril de 2022 / Evaluación: Mayo de 2022 / Aprobado: Junio de 2022

<sup>1</sup> Doctor en Ciencias (Mención: Gerencia), Magíster en Ciencia y Tecnología, Especialista en Ciencia y Tecnología, Ingeniero de Alimentos, Licenciado en Biología y Química. Líder del Grupo de Investigación en Medio Ambiente, Alimentos y Salud (M.A.A.S), Universidad de Cartagena, Cartagena de Indias, Colombia. [ymarrugol@unicartagena.edu.co](mailto:ymarrugol@unicartagena.edu.co) - <https://orcid.org/0000-0002-2998-2795>

<sup>2</sup> Doctor en Ciencias (Mención: Gerencia), Magíster en Ciencia y Tecnología, Magíster en Ingeniería Química, Magíster en Bioquímica Clínica, Especialista en Ciencia y Tecnología, Ingeniero de Alimentos, Licenciado en Biología y Química. Investigador del Grupo de Investigación en Medio Ambiente, Alimentos y Salud (M.A.A.S), Universidad de Cartagena, Cartagena de Indias, Colombia. [jjajimesm@unicartagena.edu.co](mailto:jjajimesm@unicartagena.edu.co) - <https://orcid.org/0000-0002-4827-2473>

<sup>3</sup> Estudiante del Programa de Administración de Servicios de Salud, Universidad de Cartagena, Centro Tutorial Magangué, Colombia. [lherreraa@unicartagena.edu.co](mailto:lherreraa@unicartagena.edu.co) - <https://orcid.org/0000-0001-6774-7510>

<sup>4</sup> Estudiante del Programa de Administración de Servicios de Salud, Universidad de Cartagena, Centro Tutorial Mompós, Colombia. [mmachados1@unicartagena.edu.co](mailto:mmachados1@unicartagena.edu.co) - <https://orcid.org/0000-0002-7989-980X>

<sup>5</sup> Estudiante del Programa de Administración de Servicios de Salud, Universidad de Cartagena, Centro Tutorial Magangué, Colombia. [fpalenciam@unicartagena.edu.co](mailto:fpalenciam@unicartagena.edu.co) - <https://orcid.org/0000-0002-0302-6025>

<sup>6</sup> Estudiante del Programa de Administración de Servicios de Salud, Universidad de Cartagena, Centro Tutorial Magangué, Colombia. [esehuanesr@unicartagena.edu.co](mailto:esehuanesr@unicartagena.edu.co) - <https://orcid.org/0000-0001-8527-5748>

<sup>7</sup> Doctor en Ciencias (Mención: Gerencia), Magíster en Desarrollo Sostenible y Medio Ambiente, Maestría en Gestión Integral de Seguridad y Salud en el Trabajo, Especialista en Ingeniería Sanitaria y Ambiental, Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo, Químico, Estudiante de Administración de Servicios de Salud. Investigador del Grupo de Investigación en Medio Ambiente, Alimentos y Salud (M.A.A.S), Universidad de Cartagena, Cartagena de Indias, Colombia. [cseveriches@unicartagena.edu.co](mailto:cseveriches@unicartagena.edu.co) - <https://orcid.org/0000-0001-7190-4849>

en las zonas rurales disminuye la utilización de los mismos. El impacto de la pandemia Covid-19 fue un desbalance altamente grave, ya que su impacto no solo afectó los sectores de manera económica, sanitaria o con los suministros, si no que conectó la globalización.

**Palabras clave:** Auditoría, Covid-19, Calidad, Ruralidad, Salud.

### Abstract

A review was made of the most recent research on the importance of audits in health services for rural areas in the Colombian context in times of pandemic. The main objective of this review article is to qualitatively analyze the scientific literature available in the Science Direct, Scielo, Redalyc databases and official websites, using as search words: Covid-19, rurality, health, audit, quality. Relevant information related to the proposed objective was obtained, which is presented in 3 sections: audit for continuous improvement, Colombian regulations; health services in rural areas; Covid-19 and the general health services system. The audits are relevant because they allow to analyze the processes in the health sector, with the purpose of helping these organizations to know them internally and to be able to improve them continuously, the lack of credibility in the quality of the services provided in rural areas their use decreases. The impact of the Covid-19 pandemic was a highly serious imbalance, since its impact not only affected the sectors economically, healthily or with supplies, but also connected globalization.

**Keywords:** Audit, Covid-19, Quality, Rurality, Health.

### Introducción

Las auditorias sanitarias en Colombia han sido unos procesos de carácter dinámico y continuos que permiten los avances al momento de controlar, evaluar y registrar los estándares en la calidad de las organizaciones, sin embargo a estos procesos suelen tener ausente la estandarización y la viabilidad de los resultados, no obstante, sigue siendo un reto por superar, teniendo en cuenta que de esta manera se logra la identificación de hallazgos que se convierten en las oportunidades de mejora luego de su respectivo análisis e interpretación. Por ello, se debe implementar un plan de mejora en salud para que brinde un servicio de calidad (Castro, 2018; Bernal & Forero, 2011).

En otro aspecto, en palabras de Cordero (2021), en el medio rural la disponibilidad y organización de la asistencia está sujeta a la forma que asume la estructura del servicio de salud en cada país y a la posibilidad de afrontar los costos que implica la prestación de servicios complejos. En tal sentido para Colombia según Bran-Piedrahita et al. (2020) las barreras u obstáculos más significativos para la salud en áreas rurales están asociadas en función de características propias de los ciudadanos (como su situación económica, nivel educativo y cobertura en aseguramiento) y de condiciones de los servicios sanitarios (calidad, accesibilidad, ubicación geográfica y operación administrativa).

La Covid-19 ha provocado muchos cambios en el sistema sanitario, y por supuesto en la Atención Primaria. La pandemia también supone un antes y un después, tanto a nivel organizativo en los centros de salud como en la manera de abordar las demandas y necesidades de los pacientes. Las consultas telemáticas han permitido combinar la seguridad de pacientes y profesionales con la resolución de las demandas y necesidades de la ciudadanía, lo que ha hecho que el sistema general de salud haya sido impactado y con sendas modificaciones a su estado original (Tranche et al., 2021).

Este artículo se centra en descubrir la temática de auditoría de servicios de salud con enfoque en las zonas rurales, teniendo como referencia la pandemia ocasionada como el Covid-19. El documento inicia con la revisión de los conceptos de auditoría para el mejoramiento continuo y la normatividad colombiana, seguidamente analiza la prestación de los servicios de salud en zonas rurales. Finalmente presenta algunas conclusiones en torno al Covid-19 y el sistema general de servicios de salud.

### **Auditoría para el mejoramiento continuo, normatividad colombiana**

Una auditoría consiste en seguir la revisión, por parte de un profesional cualificado, de un determinado procedimiento, actividad, informe o proceso, entre otros, con el objetivo de alcanzar un alto grado de seguridad sobre su correcta construcción o desarrollo (Biler, 2017). Los evaluadores de los servicios de salud deben ser objetivos, es decir, mantener una visión autónoma de los hechos, evitando presentar juicios u omisiones que afecten de alguna manera los resultados obtenidos. Es su obligación, incluso adherirse a la conducta profesional, completar las tareas asignadas de manera oportuna y eficiente (Sandoval, 2015).

La auditoría se define como un estudio integral, conciso y sistemático que en la salud tiene un enfoque práctico en brindar eficiencia y efectividad en sus servicios, para esto se apoya totalmente en ciertos elementos tales como, los recursos utilizados, el tratamiento y los procedimientos de diagnósticos que son de vital importancia para la obtención de los resultados y la mejora continua en la calidad de vida del usuario perjudicado (Cardoso, 2019).

Por otro lado, las auditorías realizadas en los sistemas de calidad son relevantes e importantes, ya que de estos se generan las revisiones enfocadas al cumplimiento sobre las normas ISO o de calidad las cuales son consideradas dentro de las organizaciones públicas y privadas, como por ejemplo la norma ISO 19011 y 2011 pueden ser aplicables para el marco de revisión de la norma ISO 9001 Y 14000 (Sotelo, 2018). Con base a la necesidad de reunir y concretar los estándares internacionales en la calidad se crearon y surgieron las normas ISO, estas han jugado un papel importante en ser las guías para las prácticas de la calidad de productos, servicios y son apoyo para el mejoramiento y optimización de los procesos productivos de las organizaciones a nivel nacional e internacional. Las auditorías son de vital importancia en la gestión de calidad para la evaluación, el correcto seguimiento y el control de la implementación eficaz de una organización, de las normas las que más se destacan son la serie ISO 9000, 14000 y 17021. Por ende, entendemos que la auditoría es fundamental en las actividades de evaluación que se realizan en los SGC en cuanto a su avance o madurez, siendo el pilar y la esencia para el mejoramiento de manera continua (Yanez, 2012).

Ahora bien, en lo que corresponde a mejora continua, según Sullivan (1994) se establece como el esfuerzo para incluir mejoras en cada área de la organización y a lo que se les brinda a los usuarios. El objetivo principal de una cultura de mejoramiento continuo es el apoyo permanente que se le brinda al resultado de la visión organizacional de tal manera que el uso de la retroalimentación juega un papel súper importante, ya que permite optimizar los procesos del desempeño; por tanto, de acuerdo con Esquivel et al. (2017), la transmisión de conocimiento se convierte en un punto principal desde el punto de vista socio económico, ya que se puede incorporar desde el conocimiento asociado.

La planificación de la Mejora Continua del (S.G.C), se encuentra en el ciclo de Deming, el cual está fundamentado en planificar, hacer, verificar y actuar, con su respectiva abreviación (PHVA), que tiene como finalidad una estrategia interactiva que pueda lograr y optimizar sus procesos enfocados en la mejora continua, seguidamente definiciones según Cabalé & Rodriguez (2020).

- Planificar: Es el aspecto encargado de indicar y evaluar los diversos riesgos, las oportunidades y la asignación de los objetivos y procesos necesarios para la obtención de resultados basados en la política de la organización establecida.
- Hacer: Es el aspecto encargado de realizar la mejora de los riesgos encontrados según lo planificado.
- Verificar: Es el aspecto encargado de validar los procesos, actividades, productos, servicios respecto a la política, y mantiene un control de la información y las conclusiones en base a los resultados obtenidos en las respectivas actividades realizadas y mantiene cierto lineamiento en el registro del control y verificación de que las actividades asignadas a realizar se estén cumpliendo acorde a lo solicitado o establecido.
- Actuar: es la acción para el mejoramiento preventivo para alcanzar los resultados esperados.

Los sistemas de calidad son una agrupación integrada de políticas, objetivos, procesos, documentación y de recursos que su objetivo principal es asegurar la calidad del producto y de la organización, con la finalidad de obtener el alcance máximo en el bienestar de los clientes, pacientes o beneficiarios (León et al., 2018). De ahí su extensa concepción de manera globalizada que abarca la dificultad que caracterizan a los servicios de salud, teniendo en cuenta que el servicio va dirigido a velar por la garantía de la vida de los seres humanos, en base a eso la OMS indica el compromiso compartido que se debe tener entre el estado, los prestadores del servicio con los pacientes y usuarios (González et al., 2013).

La condición del servicio, analizándolo desde el punto de vista de los usuarios se define como una prolongación de la discrepancia que existe entre las diversas perspectivas, los anhelos y los deseos de estos combinada con sus altas expectativas al momento de recibir el servicio. El tema de la calidad juega un papel fundamental al momento de hablar sobre satisfacción en las necesidades de las personas a las cuales se les brinda o presta un servicio, no obstante, es importante conocer que la calidad parte de ciertos principios, requisitos y propósitos establecidos los cuales debe cumplir cualquier sistema (Carrillo-Landazabal et al., 2022). Por tales motivos, la salud debe velar por mantener en la prestación de su servicio una excelente calidad, claro que debe tener siempre una respuesta efectiva ante las dificultades presentadas o las diversas situaciones a las que normalmente se puede encontrar expuesta o que inciden sobre la población, individuos, aplicando siempre las normas, los procedimientos y protocolos necesarios que permitan una correcta verificación de los instrumentos y los medios médicos que la utilizan, siendo este siempre un eje al momento de ejecutar la prestación de su servicio (Amador y Cubero, 2010).

Los servicios sanitarios manejan unas políticas de calidad que son una herramienta de mejora continua y normalmente las utilizan para garantizar la prestación de este. Los servicios de salud pública entran en diferencias internas dentro del sistema de salud por que algunas de sus invenciones de gestión implementadas en servicios asistenciales se tardan más de lo normal en aplicarse o incluirse dentro de los servicios de salud pública, generando así un desbalance y un problema a nivel de calidad (Villalbí et al., 2012).

Los soportes de ejecución en calidad son medidas y señales que le facilitan a los pacientes la respectiva información, satisfacción y el poder para elegir y aumentar el grado de satisfacción, el desempeño en calidad se sustenta en Medir los resultados: en este aspecto se pueden fortalecer los procesos, observando y analizando los datos, tales como: la mortalidad, la morbilidad, las tasas de natalidad y otros. Teniendo en cuenta que no tendría ningún sentido tener indicadores si no puede mirarlos y actuar en consecuencia (Quintana-Salcedo et al., 2021).

Medir la satisfacción del paciente y la familia, es medir la satisfacción del usuario con nuestro trabajo, tratamiento y resultados finales a través de métricas (Forrellat, 2014). La calidad asistencial tiene como eje principal la seguridad de sus pacientes, no obstante, es fundamental para la prestación del servicio, cabe aclarar que siendo la anterior un elemento transversal, afecta de manera directa la totalidad de la organización con todo lo que esta abarca, es decir, sus miembros, procesos y la calidad del servicio. Por tanto, se ha convertido es uno de los alcances con mayor importancia y relevancia como aspecto profesional y clínico que más apoyo y resguardo institucional y profesional se le ha brindado (Ayuso-Murillo et al., 2017). En la Tabla 1 se muestra la normatividad colombiana asociada.

Tabla 1. Resumen normatividad colombiana asociada

Norma	Objeto
Decreto 1011 del 3 de abril de 2006.	Formación del Sistema General de Seguridad Social en Colombia (SGSSS).
Decreto 1011 del 3 de abril de 2006.	Se constituyó un sistema de aseguramiento obligatorio de la calidad de la atención en salud.
Resolución 2003 del 5 de mayo de 2014.	Reglamento sobre procedimientos y condiciones para el registro de proveedores de servicios médicos.
Resolución 123 2012.	Lineamientos y estándares de acreditación.
Resolución 2181 de 2008.	Lineamientos para la Manejo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud para las IPS Públicas.

Fuente: Tomado de Cifuentes (2015)

En síntesis, los sistemas que brindan el servicio de salud tienen como función principal en enfoque de calidad la mejora continua en su prestación del servicio, obteniendo como resultados pues datos e información óptima con la atención y la satisfacción de los pacientes, sus familias, los clientes y demás usuarios que tomen este servicio (Hernández-Palma et al., 2021). De tal manera que, así mismo tienen como meta funcional la mejora de manera constante en sus costos, optimización, efectividad y eficacia de los procesos, claramente se conoce que existen variaciones en todos los procesos y que esto incluye analíticamente un rediseño de los mismos, en cuenta al margen de desarrollo de un trabajo íntegro entre el equipo, realizar de manera activa y repetitiva las auditorías que permitirán un desarrollo óptimo porque estas detallaran las fallas o los pequeños inconvenientes que se manejen dentro la empresa (Rodríguez-Salvá et al., 2010).

Por otro lado, también la implementación de las diversas herramientas y metodologías que mejoren activamente y directamente la calidad, y la adecuación e implementación de las prácticas

clínicas, con sus respectivos protocolos y procedimientos a seguir para un avance en pro y crecimiento del servicio de salud (Hernández et al., 2015).

### **Servicios de salud en las zonas rurales**

La ruralidad es para muchas personas lo contrario a lo urbano, la tendencia de muchas personas es relacionar la vida en el campo con la pobreza, con falta de desarrollo tecnológico y con la privación a muchos servicios con los que se cuenta en las ciudades, desde otra perspectiva, se puede afirmar que lo rural hace referencia a aquellas zonas, regiones o veredas en donde se realizan actividades de agricultura, ganadería, pesca, extracción de recursos naturales y además cuenta con escasos habitantes.

El aseguramiento en salud de las poblaciones ubicadas en zonas rurales ha mostrado avances significativos en la actualidad, sin embargo, persisten algunas dificultades que obstaculizan el funcionamiento del sistema de referencia y contra-referencia. La dotación y equipamiento no alcanza a satisfacer la demanda en salud de los habitantes ubicados en lugares lejanos de los hospitales de alta complejidad (Cordero, 2021). De hecho, estudios relativamente recientes plantean incluir como enfoque diferencial la ubicación geográfica, a fin de orientar las políticas públicas al mejoramiento de los servicios de salud de las zonas rurales para atender las necesidades de atención específicas, encaminadas a organizar los servicios de urgencias y éstos se realicen obedeciendo a los resultados de estudios técnicos que no excluyan las áreas rurales, y por el contrario tome en cuenta las experiencias de la comunidad de la zona (Tolosana, 2018).

La cobertura universal es un objetivo de desarrollo sostenible (ODS) de la Agenda 2030, para cumplir con ello, es deber del Estado establecer políticas públicas y estrategias efectivas para alcanzar el aseguramiento en salud de la población en todo el territorio nacional. Algunos estudios revelan que el 56% de las personas que residen en las diferentes áreas rurales del mundo no tienen cobertura legal en salud frente al 22% de la población urbana (Sanz & Olivia, 2021).

Los países latinoamericanos no son ajenos a esta realidad, uno de los grandes desafíos para el sistema de salud colombiano, es la disminución de las brechas existentes entre el campo y la ciudad, factores como la accesibilidad, cantidad y calidad del talento humano, infraestructura y tecnologías entre otros no menos importantes, impactan en la percepción de la calidad o en los niveles de satisfacción de los usuarios y la comunidad rural (Espinoza-Portilla et al., 2020).

La distribución geográfica equitativa debe enfocarse en reducir las desigualdades existentes para satisfacer las necesidades de salud de la población urbana y ofrecer los servicios cuando las personas lo requieran cumpliendo con las condiciones óptimas de instalaciones, dotación de talento humano, medicamentos y tecnologías en salud (Montoya & Apráez, 2021; Sanz & Olivia, 2021). Expertos aseguran que se debe trabajar en varios aspectos que ayuden a mejorar la calidad de los servicios de salud, tales como: vías de acceso en óptimas condiciones para las zonas rurales, fortalecimiento de las actividades de promoción y mantenimiento de la salud, un contexto político y económico favorable que disminuya las inequidades en salud entre lo urbano y rural (Pineda, 2012).

Hosseinpoor et al. (2015) afirma que existen diversas técnicas o herramientas que permiten obtener resultados favorables para alcanzar el aseguramiento en salud equilibrado con la implementación de sistemas de información en salud de alta calidad, que incluya técnicas de recolección, análisis e interpretación de datos, elaboración de informes sobre la revisión y evaluación de los agentes que conforman el sistema de salud.

Lo anterior, representa retos significativos para las organizaciones del sector salud, que deben evaluar constantemente sus servicios a fin de conocer si los usuarios perciben frustración e inconformidad frente a la prestación del servicio, pues se verá reflejado en la percepción de calidad

de éstos frente a la oferta recibida (Bran-Piedrahita et al., 2020). En aquellas situaciones en donde se está en riesgo la vida humana y se requiera de atención médica o quirúrgica inmediata, los servicios de urgencias son necesarios e imprescindibles para toda la población sin importar su ubicación geográfica, algunos estudios que comparan la utilización de servicios de urgencias entre zonas rurales y urbanas aseguran que el uso es más frecuente en municipios con grandes poblaciones que en las zonas rurales, lo que permite evidenciar que la cercanía es proporcional a la utilización de estos (Sarría-Santamera et al., 2015).

Entre los factores que imposibilitan el acceso se encuentran los costos de desplazamiento y la percepción negativa del servicio producto de una relación desfavorable entre costo/beneficio (Zapata et al., 2012). Es importante resaltar que el Estado se ha esforzado por mejorar progresivamente la prestación de servicios de salud de las instituciones de salud ubicadas en las zonas rurales, pero las desigualdades persisten. En la escritura científica se han desarrollado diferentes estudios con variables espacio-temporales, seguidamente en la Tabla 2 se muestran por bases de datos, los más significativos.

Tabla 2. Principales publicaciones asociadas

País	Título	Base de datos	Referencia
España	Atención continuada en una zona básica de salud rural del Sector Teruel	Dialnet	Lorente et al (2012). Atención continuada en una zona básica de salud rural del Sector Teruel. Atalaya Médica Turolense
Colombia	Políticas y programas de Estado para la salud rural en América Latina: una revisión de la literatura	Dialnet	Parra (2018). Políticas y programas de Estado para la salud rural en América Latina: una revisión de la literatura. Revista CIFE: Lecturas de Economía Social
Colombia	Competencia para el cuidado y acceso a la salud rural.	Dialnet	Bernal & Gómez (2020). Competencia para el cuidado y acceso a la salud rural. Rev. Cienc. Cuidad.
México	Capacidades, liderazgos y estrategias de gestión de organizaciones de la sociedad civil en zonas rurales	Redalyc	Hernández et al (2015). Capacidades, liderazgos y estrategias de gestión de organizaciones de la sociedad civil en zonas rurales. Contaduría y Administración
México	Derecho a la seguridad social	Redalyc	García (2014). Derecho a la seguridad social. Estudios Políticos
Argentina	Accesibilidad a los servicios de salud en zonas rurales. Una mirada a las estrategias	Redalyc	Cordero (2021). Accesibilidad a los servicios de salud en zonas rurales. Una mirada a las estrategias comunitarias de autosuficiencia en Pozo del

	comunitarias de autosuficiencia en Pozo del Castaño		Castaño, Santiago del Estero. Trabajo y Sociedad
Ecuador	Educación para la salud: una experiencia en comunidades rurales marginales de la provincia de Manabí, Ecuador.	Redalyc	Bottasso & Cazón (2016). Educación para la salud: una experiencia en comunidades rurales marginales de la provincia de Manabí, Ecuador. Alteridad
Colombia	Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud	Redalyc	Rodríguez & Benavides (2016). Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud. Revista Facultad Nacional de Salud Pública
España	La percepción local del acceso a los servicios de salud en las áreas rurales. El caso del pirineo navarro.	Scielo	Sanz Tolosana & Oliva Serrano (2021). La percepción local del acceso a los servicios de salud en las áreas rurales. El caso del pirineo navarro. Anales del Sistema Sanitario de Navarra
España	Crisis, austeridad y áreas rurales: estudio cualitativo de las percepciones sobre los impactos en el sistema sanitario y la salud en Navarra, España.	Scielo	Tolosana (2018). Crisis, austeridad y áreas rurales: estudio cualitativo de las percepciones sobre los impactos en el sistema sanitario y la salud en Navarra. Saúde e sociedade
Cuba	Métodos de investigación empleados para el análisis del acceso a los servicios de salud en contextos rurales.	Scielo	Montoya & Apráez (2021). Métodos de investigación empleados para el análisis del acceso a los servicios de salud en contextos rurales. Revista Cubana de Salud Pública
Colombia	Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado	Scielo	Bran-Piedrahita et al (2020). Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. Hacia la Promoción de la Salud
España	Actitud de los médicos de familia ante los cuidados paliativos en zonas rurales	Science Direct	Rabanaque (2018). Actitud de los médicos de familia ante los cuidados paliativos en zonas rurales sin cobertura de unidad de

	rurales sin cobertura de unidad de hospitalización a domicilio		hospitalización a domicilio. Medicina Paliativa
España	Utilización de los servicios de urgencias en zonas rurales y urbanas.	Science Direct	Sarría et al (2015). Utilización de los servicios de urgencias en zonas rurales y urbanas. Semerger-medicina de Familia
España	Hábitos y calidad de vida relacionada con la salud: diferencias entre adolescentes de entornos rurales y urbanos	Science Direct	Jiménez et al (2022). Hábitos y calidad de vida relacionada con la salud: diferencias entre adolescentes de entornos rurales y urbanos. Anales de Pediatría

Fuente: Elaboración propia (2022)

Los artículos científicos señalados en la Tabla 2, abordan aspectos claves que describen la situación palpable de los servicios de salud que son prestados a la población rural y es impactante, identificar coincidencias entre los países con este tipo de estudios pues en su mayoría mencionan los mismos factores que inciden negativamente, entre ellos vías de acceso en malas condiciones, dotación e infraestructura deficiente, etc. Además, convergen en la necesidad de reducir la desigualdad existente entre los servicios ofertados en instituciones de salud ubicadas en zonas urbanas y las rurales, lo que permite inferir que el principio de enfoque diferencial y de equidad de nuestro SGSSS no se cumple a cabalidad.

### **Covid-19 y el sistema general de servicios de salud**

La pandemia Covid-19 generada por el virus SARS-CoV-2, ha generado mucha incertidumbre desde su origen y lo transcurrido en su evolución, las (OMS) han sostenido que su nacimiento es natural; Claramente existen otras versiones fundamentadas en la fuerte dispersión y tendencia epidemiológica que ha presentado a nivel territorial la pandemia, teniendo en cuenta que, no debe descartarse que la generación y propagación de la nueva cepa de coronavirus, forme parte de una guerra biológica de baja intensidad para reconfigurar el escenario geopolítico a nivel internacional (Luna, 2020).

Las OMS han declarado la propagación y dispersión de este virus como emergencia sanitaria a nivel internacional y se denominó una enfermedad por Coronavirus 2019 o Covid-19. Anteriormente la forma de referirse a este contagio tan fuerte era "nuevo coronavirus 2019" o 2019-nCoV, no obstante, luego de estudios y análisis poco tiempo después, un Grupo de Estudio de Coronavirus le asignó al virus el nombre de SARS-CoV-2 (Valero et al., 2020).

El Coronavirus forma parte de una amplia familia que es propensa a ocasionar enfermedades graves en animales y en las personas; siendo estas últimas más sensibles al virus y propensas a captar de manera inmediata las infecciones respiratorias que pueden presentarse en forma de un resfriado común hasta padecimientos graves como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo, que son realmente letales y afectan directamente la vida de las personas con comorbilidades de manera más rápida.(SRAS) (Pérez et al., 2020). La sintomatología física más común de este virus son fatiga, dificultad respiratoria, dolor en el tórax, cambios en el gusto o el olfato y tos. Y las consecuencias son dolor de cabeza, dolor articular,

pérdida de apetito, mareos, dolor muscular, insomnio, caída del cabello, sudoración y diarrea (Peramo et al., 2021).

En el territorio colombiano, el día 12 de marzo del año 2020 se anunció la emergencia sanitaria en respuesta a la pandemia y desde ese entonces se han desarrollado políticas para prevenir, tratar y mitigar los impactos económicos, educativos, sociales y de salud, que se generaron en base a la generación y propagación del virus, teniendo en cuenta que afectó de manera directa los factores principales de un desarrollo a nivel mundial (Fong-Silva et al., 2020). Los sistemas generales de servicios de salud en tiempo de pandemia y de auge del Covid-19, tuvieron un impacto fuerte a nivel general, teniendo en cuenta que la situación estaba desafiando no sólo el aspecto de salud a nivel mundial, si no que llevaba consigo todos los parámetros que permiten tener un equilibrio a nivel sostenible (Quintana et al., 2020). Estos sistemas tienen como objetivo principal la regulación del servicio público esencial de salud y realizar el diseño y creación de condiciones de acceso para toda la población con niveles de calidad altos, en la atención y garantizando el cubrimiento de los servicios previstos en el plan de beneficios de la salud (García et al., 2020).

Los sistemas generales de salud tuvieron una importancia en la propagación del COVID- 19 porque estas brindaron un soporte en el control sanitario de las organizaciones que en ese entonces estaban al borde del colapso por pacientes con déficit respiratorio. Cabe aclarar que velaron por cumplir a cabalidad que se le brindara de manera puntual y concreta a todas las personas el servicio de salud de calidad, teniendo en cuenta que este último es el conjunto de organizaciones, instituciones, normas y procedimientos mediante el Estado les garantiza a los ciudadanos la prestación del servicio de salud en Colombia, acorde a lo plasmado en las Leyes 100 del año 1993 y las normas que la actualizan lo reglamentan.

Ante esta situación, se generó una gran preocupación sobre la instalación y resolución limitadas en las redes hospitalarias, particularmente en las ESE, y se ha señalado que la disponibilidad que se encontraba en las (UCI), siendo estas de vital importancia y conocidas como las unidades de cuidados intensivos en Colombia, por 100.000 habitantes era limitada (Quintana et al., 2020).

Basándose en los análisis y en la situación que se presenciaba, se inició y promovió a el fortalecimiento de la vigilancia de los casos de contagio, ya que la OMS, determinó que la detección temprana, el aislamiento, la búsqueda de los contactos y la prevención de la propagación del Covid-19, permitiría la disminución del contagio de más personas, de tal manera que se evitaran más casos de gravedad y muertes. Esta misma apoyada con otras organizaciones similares fueron difusoras y promotoras de medidas preventivas sobre la Covid-19, para que la población tuviera entendimiento de las rutas de contagio y se tomara conciencia e implementación de actitudes de autocuidado individual y colectivo de la salud (Ruiz et al., 2021).

En el ámbito internacional, ciertos países frecuentaban mayor tiempo en cuanto a la permanencia de la pandemia y sus niveles de propagación y dispersión, entre estos se encuentran Europa, Norte América y Asia. Los registros reflejados por estos países que llevaron más tiempo manifestando el contagio respecto al virus dejan ver aspectos fundamentales en el control, la capacidad de vigilancia en temática del aislamiento y el rastreo, donde se puede determinar que existen las pruebas y la adaptación de intervenciones y reactivación financiera luego de un gran desbalance generado por el virus (Rodríguez, 2020).

La crisis del Covid-19 expuso a la comunidad, es decir, estando está en una situación realmente delicada y viéndose amenazados, se sentía consolada ya que la labor que se ejercía cada día a nivel individual, es decir que las acciones realizadas por cada persona iban en pro de velar y

garantizar los servicios principales para la sociedad, donde debía privaba la dedicación con lo que lo hacían y el bienestar que producían a la comunidad (Buitrago et al., 2021).

La pandemia dejará rastros y angustia durante décadas, ya que las consecuencias a nivel social, político y económico son realmente notorias y siguen siendo el pan de cada día con resultados inesperados, esto todavía no existen informes de tipo sistemáticos que permitan ver los efectos y las repercusiones presentadas en la actualidad y no se tiene ni idea el número exacto de muertes relacionadas debido a casos psicológicos en estos casos claros como los confinamientos, tanto así que muchos llegaron a limitarse dentro de su propio hogar en paranoias con el virus (Caduff, 2021).

Las consecuencias sanitarias de la pandemia en Colombia son el resultado de los determinantes estructurales de la salud, la percepción de riesgo de las personas en el tiempo y, por tanto, el respeto a la atención individual, así como las medidas aplicadas colectivamente por los gobiernos nacionales y locales. y características sociodemográficas y estado de salud de la población de nuestro país. En última instancia, estos resultados dependen únicamente de la respuesta del sistema de salud que, a pesar de ser el último equipo, ha contribuido significativamente a la lucha contra el virus (Ruiz & Fernández, 2021).

La salud es un pilar importante en el bienestar de una persona, cabe aclarar que en Colombia se consta de una seguridad social con financiamiento de fondos públicos y sector privado, el cual tiene como eje central el sistema de seguridad social en salud pública. (SGSSS). Teniendo en cuenta que es de carácter obligatorio que las personas estén afiliadas a entidades promotoras de salud, más conocidas como las EPS de carácter privado o público, ya que estas a través de las prestadoras de servicios logran ofrecer un plan de seguro en la salud para un plan asistencial (Guerrero et al., 2011).

Debido al diseño del SGSSS, son muchos los actores e instituciones que forman parte de las cadenas de planificación, toma de decisiones, asignación de recursos y operación: Secretaría de Bienestar Social, Dirección de Servicios de Salud, Comando Distrital, Secretarías Médicas, EPS, IPS, Hospitales y Comunidades. Cada uno juega algún papel en términos de mercado o regulación, y están en el centro de los patrones de relación, expresión, dependencia y participación (Agudelo et al., 2011).

El derecho a la salud es vital y todos debemos recibir la atención médica, como constancia de la misma está decretado en la Constitución Política de 1991, donde se manifiesta que cuya prestación se realiza bajo la dirección, coordinación y control del Estado con participación de organismos públicos y privados, la Ley 100 del mismo año creó el actual SGSSS. La Ley 60 de 1993 promovió la potestad constitucional a través de normas que llevaron a la descentralización del sistema.

Es un derecho fundamental la seguridad social, ya que está establecido en la constitución política del año 1991, donde manifiesta en su artículo 48 lo anteriormente planteado, siendo la base para el desarrollo de una reforma del sistema de salud establecida en la ley 100 del año 1993, diseñando así un sistema integral en la seguridad social con un componente de salud enfocado en la equidad, calidad y universalidad al momento de la prestación del servicio (Jaramillo & Chernichovsky, 2015).

Las principales fuentes de financiamiento del SGSSS son los aportes obligatorios, los derechos de uso y uso, así como otros ingresos públicos, tales como impuestos, recursos recaudados por las ciudades y departamentos, la industria y otras fuentes provenientes de los recursos petroleros (Vázquez et al., 2018).

La salud en Colombia requiere ser respaldada y protegida por el Estado. Con base en los métodos de estudios del sistema de salud planteados por la OMS y el Banco Mundial, las brechas,

fortalezas y desafíos del sistema de salud relacionados con la legislación aprobada en febrero de 2015 son claros. Estos elementos incorporan la división y especialización de los servicios, las barreras de acceso, los incentivos consistentes con la calidad, la gobernanza débil, muchos actores descoordinados y los sistemas de información no miden los resultados (Bernal y Barbosa., 2015).

La atención médica o el servicio de salud siempre deben estar ligados a un excelente servicio, una optimización de sus procesos donde realmente se pueda manifestar la eficiencia y eficacia de la misma, porque a través de un orden coherente de políticas públicas y una separación institucional se logra ver un desbalance entre lo que debe ser y lo que es (Cárdenas et al., 2022). Como objetivo primordial se establece el fortalecimiento de la coordinación de la atención en la salud a nivel público, privado y poblacional; donde se mantenga un equilibrio en la contención de costos, una sostenibilidad financiera y al mismo tiempo un excelente servicio que se brinde referente a la competencia y responsabilidad institucional al ciudadano, teniendo en cuenta que este es el principal afectado y que es un derecho velar por cumplir con la prestación de este servicio de salud y atención inmediata (Prada y Chernichovsky, 2015).

Desde años atrás en Colombia se ha solicitado y se ha manifestado la necesidad de tomar medidas para brindar una atención eficaz, segura, eficiente, accesible, adecuada y satisfactoria a los usuarios del sistema de salud colombiano, así como la urgente necesidad de incluir mecanismos que promuevan el aseguramiento de la calidad. Comprendiendo que es un servicio indispensable de la salud pública (Barrero et al., 2019).

El Departamento de la Protección Social tiene la potestad de determinar los instrumentos necesarios para realizar evaluaciones que determinen el nivel de desempeño alcanzado en aspectos relevantes de la gestión del sistema de salud y los resultados que estas medidas han logrado, permitiendo así un excelente servicio al momento de la atención a los usuarios, de tal manera que se puedan detectar e implementar medidas que permitan optimizar los procesos y hacerlos más eficientes a los ciudadanos (Guerrero et al., 2011).

## Conclusión

De los resultados mostrados, de su análisis, se pueden obtener las siguientes conclusiones, sobre la auditoría en servicios de salud para zonas rurales de Colombia en tiempos de pandemia:

1. Las auditorías son relevantes porque permiten analizar los procesos en el sector salud, con el propósito de contribuir a que estas organizaciones los conozcan internamente y puedan mejorarllos de manera continua, para que garanticen en la organización la atención y la efectividad al momento de brindar un servicio de calidad para el usuario obteniendo como resultado la satisfacción del mismo y una valoración en el crecimiento y eficacia de sus procesos al momento de la ejecución.
2. Los servicios de salud en zonas rurales requieren de políticas con ejes transversales enfocadas a mejorar la salud de estas comunidades, a fin de garantizar el derecho a la salud de forma equitativa e integral. La alta demanda de servicios de salud se concentra en las grandes urbes debido a la falta de dotación de las instituciones con más cercanía a las zonas rurales. Existen mecanismos para acceder a zonas de difícil acceso que deben implementarse por todo el territorio, para ello el Estado debe destinar los recursos necesarios, e incentivar la innovación que conduzca a reducir esta problemática. La falta de credibilidad en la calidad de los servicios que se prestan en las zonas rurales disminuye la utilización de los mismos. Las nuevas tecnologías en salud y el auge de la telemedicina apuntan a facilitar el acceso a comunidades que se consideran en total abandono y a lograr que la cobertura universal sea efectiva.
3. El impacto de la pandemia Covid-19 fue un desbalance altamente grave, ya que su impacto no solo afectó los sectores de manera económica, sanitaria o con los suministros, si no que conectó la globalización. He aquí el papel tan importante que juega el Sistema General de Servicios de Salud, considerando que sus funciones son el

organizar y controlar a las organizaciones que prestan el servicio de salud a los usuarios, no obstante, velando que a cabalidad cumplan con la prestación y la calidad de este.

### Referencias Bibliográficas

- Agudelo Calderón, C. A., Botero, J. C., Bolaños, J. O., & Martínez, R. R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciêncie & Saúde Coletiva*, 16, 2817-2828.
- Amador Porro, C. O., & Cubero Menéndez, O. (2010). Un sistema de gestión de calidad en salud, situación actual y perspectivas en la atención primaria. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36, 175-179.
- Ayuso-Murillo, D., de Andrés-Gimeno, B., Noriega-Matanza, C., López-Suárez, R. J., & Herrera-Peco, I. (2017). Gestión de la calidad, un enfoque directivo para la seguridad del paciente. *Enfermería clínica*, 27(4), 251-255.
- Ballesteros, A. C., Mondragón, S. C., & Barrero, J. A. V. (2020). Caracterización en la prestación de servicios de salud del área rural de la Red Salud Ladera en los puestos de salud Montebello, Buitrera y Terrón Colorado en Santiago de Cali en los años 2018-2019
- Barrero, M. S. R., Mejía, A. B., Triana, N. V., & García, R. Q. (2019). La satisfacción de los usuarios afiliados al sistema de salud en la ciudad de Ibagué, Colombia. *Lebret*, (11), 123-147.
- Bernal, O., & Barbosa, S. (2015). La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud. *Salud pública de México*, 57(5), 433-440.
- Bernal-Acevedo, O., & Forero-Camacho, J. C. (2011). Sistemas de informação no setor saúde na Colômbia. *Revista Gerencia y políticas de salud*, 10(21), 85-100.
- Biler-Reyes, S. A. (2017). Auditoria. Elementos esenciales. *Dominio de las Ciencias*, 3(1), 138-151.
- Bottasso, N., & Cazón, J. (2016). Educación para la salud: una experiencia en comunidades rurales marginales de la provincia de Manabí, Ecuador. *Alteridad*, 11(1), 240-253.
- Bran-Piedrahita, Lemy, Valencia-Arias, Alejandro, Palacios-Moya, Lucía, Gómez-Molina, Sergio, Acevedo-Correa, Yesenia, & Arias-Arciniegas, Claudia. (2020). Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. *Hacia la Promoción de la Salud*, 25(2), 29-38.
- Buitrago Ramírez, F., Misol, R. C., Alonso, M. D. C. F., & Tizón, J. L. (2021). Pandemia de la COVID-19 y salud mental: reflexiones iniciales desde la atención primaria de salud española. *Atención primaria*, 53(1), 89-101.
- Cabalé Miranda, E., & Rodríguez Pérez de Agreda, G. (2020). Sistemas de gestión. Importancia de su integración y vínculo con el desarrollo. *Revista Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina*, 8(1).
- Caduff, C. (2021). Qué salió mal: el coronavirus y el mundo después del pare total. *Revista de Economía Institucional*, 23(44), 143-169.
- Cárdenas, C. R., Ramos, V. E. N., Jurado, C. F., Prieto, J. L. P., Ganem, M. S., Acevedo, R. O., ... & Celin, K. V. (2022). Cuidados crónicos en pacientes con síndrome pos-COVID-19 tras el egreso de la unidad de cuidados intensivos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46.
- Cardoso, O. A. (2019). El aporte de la auditoría en servicios de salud: psicólogo auditor. *Psicología para América Latina*, (31), 81-92.
- Carrillo-Landazabal, M. S., Vargas Ortiz, L. E., Severiche Sierra, C. A., Vitola Cabarcas, J. C., & Narváez Escoria, M. I. (2022). Aplicación de Lean Seis Sigma para la reducción de cancelaciones de cirugías programadas en IPS. *SIGNOS - Investigación En Sistemas De Gestión*, 14(2).

- Castro, A. (2018). Economía, salud, desarrollo humano e innovación en el desarrollo sustentable. *Conocimiento Global*, 3(1), 1-9.
- Cifuentes, B. P. (2015). Auditoría del servicio. *revista ces salud pública*, 6(1), 100-113.
- Cordero, R. A. (2021). Accesibilidad a los servicios de salud en zonas rurales. Una mirada a las estrategias comunitarias de autosuficiencia en Pozo del Castaño, Santiago del Estero. *Trabajo y sociedad*, 22(37), 589-617.
- Espinoza-Portilla, E., Gil-Quevedo, W., & Agurto-Távara, E. (2020). Principales problemas en la gestión de establecimientos de salud en el Perú. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46, e2146
- Esquivel Valverde, Á. F., León Robaina, R., & Castellanos Pallerols, G. M. (2017). Mejora continua de los procesos de gestión del conocimiento en instituciones de educación superior ecuatorianas. *Retos de la Dirección*, 11(2), 56-72.
- Fong-Silva, W., Severiche-Sierra, C., & Fong-Amarís, W. (2020). Sistemas de acondicionamiento de aire y ventilación como foco infeccioso de SARS CoV-2 en hospitales, clínicas e instituciones de salud. *IPSA Scientia, Revista científica Multidisciplinaria*, 5(1), 28-35.
- Forrellat, M. (2014). Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Revista cubana de Hematología, Inmunología y hemoterapia*, 30(2), 179-183.
- García Guzmán, M. (2014). Derecho a la seguridad social. *Estudios políticos (México)*, (32), 83-113.
- García-Echeverry, F. A., Moreno-Amézquita, J. E., Pinto-Bustamante, B. J., & Gómez-Córdoba, A. I. (2020). El derecho a la salud en tiempos de pandemia en Colombia: entre la inequidad endémica y el estado de emergencia. *Revista colombiana de bioética*, 15(1), 1-17.
- Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud pública de México*, 53, s144-s155.
- Hernández Martínez, J. A., Herrera Tapia, F., & Chávez Mejía, C. (2015). Capacidades, liderazgos y estrategias de gestión de organizaciones de la sociedad civil en zonas rurales. *Contaduría y administración*, 60(4), 817-835.
- Hernández-Palma, H. H., Niebles, L., & Pitre, R. (2021). Fortalecimiento de la Prestación de Servicios en IPS a partir de los Sistemas de Gestión de Calidad con Énfasis en el Usuario. *Scientia et Technica*, 26(1), 14-20.
- Hosseinpoor, A. R., Bergen, N., Koller, T., Prasad, A., Schlotheuber, A., Valentine, N., ... & Vega, J. (2015). El monitoreo orientado a la equidad en el contexto de la cobertura universal de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 38, 17-27.
- Jaramillo-Mejía, M. C., & Chernichovsky, D. (2015). Información para la calidad del sistema de salud en Colombia: una propuesta de revisión basada en el modelo israelí. *Estudios Gerenciales*, 31(134), 30-40.
- Jiménez Boraita, R., Arriscado Alsina, D., Gargallo Ibort, E., & Dalmau Torres, JM (2022). Hábitos y calidad de vida relacionada con la salud: diferencias entre adolescentes de entornos rurales y urbanos. *Anales de Pediatría (Edición en inglés)*, 96 (3), 196-202.
- León-Ramentol, C. C., Menéndez-Cabezas, A., Rodríguez-Socarrás, I. P., López-Estrada, B., García-González, M. C., & Fernández-Torres, S. (2018). Importancia de un sistema de gestión de la calidad en la Universidad de Ciencias Médicas. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 22(6), 843-857.
- Lorente, M. T. L., Checa, S. S., Casanova, Ó. L., & Barrachina, R. L. (2012). Atención continuada en una zona básica de salud rural del Sector Teruel. *Atalaya Médica Turolense*, (2), 39-44.
- Luna, J. (2020). Determinaciones socioambientales del COVID-19 y vulnerabilidad económica, espacial y sanitario-institucional. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, 26(2), 21-26.

- Montoya Sanabria, S. M., & Apráez Ippolito, N. G. (2021). Métodos de investigación empleados para el análisis del acceso a los servicios de salud en contextos rurales. *Revista Cubana de Salud Pública*, 47(4).
- Parra, L. P. (2018). Políticas y programas de Estado para la salud rural en América Latina: una revisión de la literatura. *Revista CIFE: Lecturas de Economía Social*, 20(33), 79-94.
- Peramo, F. P., López-Zúñiga, M. Á., & López-Ruz, M. Á. (2021). Secuelas médicas de la COVID-19. *Medicina Clínica*, 157(8), 388-394.
- Pérez Abreu, Manuel Ramón, Gómez Tejeda, Jairo Jesús, & Dieguez Guach, Ronny Alejandro. (2020). Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(2), e3254. Epub 22 de abril de 2020. Recuperado en 22 de junio de 2022, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2020000200005&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000200005&lng=es&tlng=es).
- Pineda, B. D. C. (2012) Desarrollo humano y desigualdades en salud en la población rural en Colombia/Human Development and Health Inequalities in Rural Population in Colombia.
- Prada, S. I., & Chernichovsky, D. (2015). Ajustes a la arquitectura del sistema general de salud de Colombia: una propuesta. *Estudios Gerenciales*.
- Quintana Salcedo, Álvaro, Castro Bocanegra, V., Zúñiga Vega, C., García Moreno, A., & Severiche Sierra, C. . (2021). Calidad de vida laboral en operarios de mantenimiento mecánico automotriz. *Ingeniare*, (31).
- Quintana-Salcedo A, Vargas-Ortiz L, Severiche-Sierra C, et al. (2020). Knowledge and Attitudes of Health Workers for the Care of Patients COVID-19 in some cities of the Colombian Caribbean. *Indian J Public Health Res Dev*. 11: 219-224.
- Rabanaque G, Sandra Robles Pellitero, Adoración Borrell Gascón, Nuria Orozco Mossi. (2018). Actitud de los médicos de familia ante los cuidados paliativos en zonas rurales sin cobertura de unidad de hospitalización a domicilio. *Medicina Paliativa*, Vol 25 (2).
- Rodríguez Salvá, A., Álvarez Pérez, A., Sosa Lorenzo, I., De Vos, P., Bonet Gorbea, M. H., & Van der Stuyft, P. (2010). Inventario del clima organizacional como una herramienta necesaria para evaluar la calidad del trabajo. *Revista cubana de higiene y epidemiología*, 48(2), 177-196.
- Rodríguez-Triana, D. R., & Benavides-Piracón, J. A. (2016). Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(3), 359-371.
- Rodríguez-Villamizar, L. A. (2020). Epidemia por COVID-19 en Colombia: del “pico” de la emergencia a la sostenibilidad de la respuesta. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 52(4), 462-466.
- Ruiz Aquino, M., Lazo, A. V. D., Ubillús, M., Ortiz, A. K. A., & Bravo, V. R. (2021). Percepción de conocimientos y actitudes frente a COVID-19 en un grupo de ciudadanos de la zona urbana de Huánuco. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(2), 292-300.
- Ruiz, F., & Fernández-Niño, J. (2021). Llegaron las vacunas: ¿estamos listos? *Biomédica*, 41(1), 5-7.
- Sandoval Barros, R. E. (2015). Aspectos éticos en la auditoría en salud. *Revista Colombiana de Nefrología*, 2(2), 147-151.
- Sanz Tolosana, E., & Oliva Serrano, J. (2021, August). La percepción local del acceso a los servicios de salud en las áreas rurales. El caso del pirineo navarro. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 44, No. 2, pp. 185-194). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.

- Sarría-Santamera et al (2015). Utilización de los servicios de urgencias en zonas rurales y urbanas. *Semergen-medicina de familia*, 41(2), 63-69. 39
- Sotelo Asef, J. G. (2018). La planeación de la auditoría en un sistema de gestión de calidad tomando como base la norma ISO 19011: 2011. *RIDE. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 8(16), 97-129.
- Sullivan (1994) Meyzan, Q., & Nelson, M. M. (2017). Estrategias de gerencia para la mejora continua de la calidad de servicio de la cooperativa de ahorro y crédito Credicoop luz y fuerza Ltda
- Tolosana, E. S. (2018). Crisis, austeridad y áreas rurales: estudio cualitativo de las percepciones sobre los impactos en el sistema sanitario y la salud en Navarra, España. *Saúde e Sociedade*, 27, 898-908.
- Tranche Iparraguirre, S., Martín Álvarez, R., & Párraga Martínez, I. (2021). El reto de la pandemia de la COVID-19 para la Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 14(2), 85-92.
- Valero-Cedeño, N. J., Mina-Ortiz, J. B., Veliz-Castro, T. I., Merchán-Villafuerte, K. M., & Perozo-Mena, A. J. (2020). COVID-19: La nueva pandemia con muchas lecciones y nuevos retos. *Revisión Narrativa. Kasmera*, 48(1).
- Vázquez Navarrete, M. L., Vargas Lorenzo, I., Mogollón-Pérez, A. S., Silva, M. R. F. D., Unger, J. P., & Paepe, P. D. (2018). Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil. Un estudio de casos. *Editorial Universidad del Rosario*.
- Villalbí, J. R., Ballestín, M., Casas, C., & Subirana, T. (2012). Gestión de calidad en una organización de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 26(4), 379-382.
- Yáñez, J., & Yáñez, R. (2012). Auditorías, Mejora Continua y Normas ISO: factores clave para la evolución de las organizaciones. *Ingeniería Industrial. Actualidad y Nuevas Tendencias*, 3(9), 83-92.
- Zapata Jaramillo, T., & Sánchez Villavicencio, D. P. (2012). Medición de inequidades en salud para Colombia. *Población rural-urbana*.