

**GLOBALIZACION Y AUDITORIA EN SALUD**

**POR:**

**LUIS GERMAN HENAO  
ANDRES FELIPE GUTIERREZ H.  
PAOLA CAROLINA GOMEZ**

**ASESOR:**

**Dr. JOSE JULIAN OSORIO  
DECANO FACULTAD DE MEDICINA**

**MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN AUDITORÍA EN SALUD**

**FACULTAD DE MEDICINA  
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD  
UNIVERSIDAD CES**

**MEDELLÍN  
2010**

## CONTENIDO

	Pag.
<b>1. INTRODUCCION</b>	4
<b>2. GLOBALIZACION</b>	6
<b>3. AUDITORIA EN SALUD Y GLOBALIZACION</b>	9
3.1. LA GLOBALIZACION Y NUEVAS TENDENCIAS DE LA AUDITORIA	9
3.2 EFECTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS DE LA GLOBALIZACION	11
3.3 ASPECTOS ECONOMICOS DEL SECTOR SALUD POR LA GLOBALIZACION	12
<b>4. CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD A TRAVÉS DE LA AUDITORÍA MÉDICA</b>	17
4. 1. HITOS HISTÓRICOS EN EL MUNDO	17
4.2. FORO NACIONAL DE LA CALIDAD	18
4.3. VISIÓN DE LA AUDITORIA	19
<b>5. MODELOS DE AUDITORÍA</b>	21
5.1. MODELO DONABEDIAN	21
5.2 IMPLEMENTANDO EL CAMBIO CON ISO 9000	21
5.3. PARALELO ENTRE AUDITORÍA DE SALUD Y AUDITORÍA MÉDICA	22
5.4. AUDITORÍA EN ENFERMERÍA Y AUDITORÍA EN ODONTOLOGÍA	22
5.5. MODELOS DE SISTEMAS EN SALUD INTERNACIONALES	23
5.5.1. DESARROLLO INSTITUCIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN ARGENTINA	24
5.5.1.2 PILARES DE LAS POLÍTICAS DE SEGURIDAD SOCIAL ARGENTINA	26

5.5.2. MODELO DEL SISTEMA EN SALUD ISRAELI	27
5.5.3. MODELO DEL SISTEMA DE SALUD VENEZOLANO.	31
5.5.4. MODELO CHILENO DEL SISTEMA DE SALUD	33
5.5.5 MODELO DE SALUD EN BRASIL.	37
<b>6. RETOS QUE DEBE ENFRENTAR EL AUDITOR MEDICO PARA ADAPTARSE A LOS PROCESOS DINÁMICOS QUE ENMARCA LA GLOBALIZACIÓN.</b>	<b>49</b>
6.1 ENTENDIMIENTO DE LOS CONCEPTOS DE LOS CLUSTERS	51
<b>7. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>53</b>



## INTRODUCCION

***"No quiero mi casa amurallada por todos lados, ni mis ventanas cerradas. Yo quiero que las culturas de todo el mundo soplen sobre mi hogar tan libremente como sea posible, pero me niego a ser barrido por ninguna de ellas." Mahatma Gandhi***

La función del auditor ha cambiado continuamente a través de los años, así como las profesiones; en donde inicialmente la auditoria se desarrollaba en funciones netamente contables. En la actualidad podemos encontrar su aplicación en muchas otras actividades de la vida como lo es en el ejercicio de la medicina y el análisis de la calidad. Todo lo anterior ajustado a un entorno de salud social y pública; buscando siempre una ideología de carácter humanizado.

Podemos encontrar que la utilidad exclusiva de la auditoria en la parte contable, se ve mitigada por la sombra de la evolución, la cual abre un campo importante en la historia frente a la atención hospitalaria desde principios del siglo XX; desplegando todas sus actividades en la búsqueda incansable de la calidad en la atención en salud. En la actualidad el reto más imponente es el de afrontar cambios sociales y políticos a nivel mundial, bajo el paradigma de la globalización, la cual se siente más cómoda en los países desarrollados, que en los países tercermundistas como el nuestro. Mientras que la globalización se logran instalar de forma impuesta en nuestro entorno, se debe mantener una alerta constante y centinela en nuestro papel como auditores, superando las limitantes que se generen, en el arduo camino del ejercicio medico con calidad, el cual hacia un futuro más cercano que lejano nos debe llevar a una excelencia en el ofrecimiento de servicios básicos y complejos en salud.

Deseamos evaluar el predominio transversal de la globalización en la auditoría mundial, encauzados en un entorno sanitario, que permite identificar las características principales de los temas elegidos para la elaboración de la monografía (papel de la auditoría, estilos y/o modelos de auditoría y formas de trabajo del auditor en un mundo globalizado) y lograr un amplio conocimiento de la realidad vigente en el sistema de salud.

Dentro de esta monografía se tratarán temas desde el concepto básico de la auditoría, su historia su evolución, lo relacionado con el ejercicio de esta con modelos aplicados a nivel local e internacional pero enfocándonos en los cambios económicos que han venido atrapando todas las actividades humanas a nivel mundial a través de la nivelación y homogenización de parámetros con los que se puede hacer un equilibrio en sistemas salud.

Nos vemos obligados a indagar sobre el papel del auditor en salud dentro de las nuevas experiencias de manejo económico y social procurando unas instituciones competentes tanto públicas como privadas que puedan nivelar local e internacionalmente además reconocer campos de acción y éxito posible para el auditor dentro del mundo globalizado.

Es por último importante ver y conocer los modelos de auditoría actualmente aceptados y la forma como podemos proyectarnos al futuro con manejo de la legislación, tipos de contratación, manejo de otros idiomas y modelos de aplicación internacional haciéndonos realmente eficientes y competitivos dentro de los hemisferios, sin caer en la monopolización de un modelo guía que permeabiliza las fronteras de un solo país.

## 2 GLOBALIZACION

La globalización se refiere al proceso de reducir barreras entre países y fomentar una interacción económica, política y social más estrecha. (1)

La globalización supone también la desaparición de las fronteras geográficas, materiales y espaciales. Las comunicaciones, ponen en relación e interdependencia a todos los países y todas las economías del mundo, haciendo realidad la llamada **ALDEA GLOBAL**.

Con el término globalización se busca conceptualizar los cambios en las sociedades y la economía mundial que resultan en un incremento dramático del comercio internacional y el intercambio cultural. Esta interacción entre los distintos países del mundo unifica mercados, sociedades y culturas, a través de una serie de transformaciones sociales, económicas y políticas que les dan un carácter global. Así, los modos de producción y de movimientos de capital se configuran a escala planetaria, con lo que se presentan aspectos negativos donde los gobiernos pierdan atribuciones ante lo que se ha denominado la sociedad en red. En contextos específicamente económicos, entre 1910 y 1950, una serie de choques disminuyeron dramáticamente el volumen y la importancia de los flujos internacionales de comercio, comenzando con la Primera Guerra Mundial y continuando con la Segunda. Cuando se crearon las instituciones de Bretton Woods (creación del Fondo Monetario Internacional - FMI) y el Acuerdo General sobre Tarifas arancelarias y Comercio (GATT - *General Agreement on Tariffs and Trade*) (2), las tendencias de globalización cambiaron, con el ambiente de la Post Segunda Guerra Mundial, la caída del muro de Berlín, que abrió nuevos horizontes para los países de Europa, fomentado por las instituciones económicas internacionales y los programas de reconstrucción, el comercio internacional se

expandió dramáticamente. En la década de los setenta, los efectos de este comercio se hicieron más visibles, tanto en términos de sus beneficios como de sus efectos perniciosos.

La globalización tiene las siguientes características:

1. Carácter de planetaria, los fenómenos que tienen lugar en un sitio del planeta se proyectan al resto del orbe.
2. Condición de universal, se trata de un fenómeno que abarca todas las esferas del quehacer humano.
3. Condición asimétrica, no tiene la misma significación según sea lo que sucede y el lugar donde está ocurriendo.
4. Desigualdad, su poder se distribuye desigualmente, en atención al nivel de desarrollo.
5. Impredecible: tanto en su origen como en sus manifestaciones, la globalización resulta ser impredecible, es decir, se ignoran el alcance y significados de sus efectos y consecuencias.

Existen dos polos para la interpretación del fenómeno de la globalización, la versión pesimista, quienes ven la globalización como la encarnación del mal, es la constatación de las teorías Marxistas, del predominio del capital, el imperialismo y el poder de una minoría sobre las mayorías. Se percibe a la globalización como la causante de la competencia laboral, del desempleo creciente y la incapacidad de la acción estatal para proveer seguridad ante los riesgos sociales.

La versión optimista ve en la globalización el surgimiento de una oportunidad de riqueza y de crecimiento, en la que hay espacios para nuevos actores. De acuerdo con esta perspectiva, la globalización mejora las oportunidades de acrecentar las ganancias a nivel mundial. Así, los beneficios que se busca con la globalización son por ejemplo, economía y mercado globales, contribuye a la desarticulación de los oligopolios establecidos, acceso universal a la cultura y la ciencia, mayor desarrollo técnico-científico. (3)



Los factores que benefician el desarrollo de la globalización, son:

1. Apertura de mercados exitosos.
2. Medios de comunicación, especialmente Internet.
3. Crecimiento y fusiones entre empresas.
4. Privatización de empresas públicas.
5. La desregularización financiera internacional.

Y así, como todo lo que brilla no es oro, los riesgos de la globalización, son:

1. Aumento excesivo del Consumismo.
2. Posible desaparición de la diversidad biológica y cultural.
3. Desaparición del Estado de Bienestar.
4. Se pone más énfasis en la Economía financiera que a la Economía real.
5. Su rechazo por grupos extremistas conduce al Terrorismo.
6. Pensamiento único, que rechaza doctrinas sociales y políticas distintas de las "globalizadas".
7. Mayores desequilibrios económicos y concentración de la riqueza.
8. Aparición de conflictos comerciales o que estallen crisis financieras.
9. El proteccionismo de los países ricos frente a los pobres, a los que se obliga a abrir sus mercados, impidiendo su propio desarrollo.
10. Colonialismo económico: deslocalización.
11. Mayor flexibilidad laboral, que se traduce en un empeoramiento de las condiciones de los trabajadores.
12. Daños al medio ambiente, al poderse mover sustancias o procesos dañinos a otros países, donde pueden no conocer realmente sus riesgos. (4) (5)

La Globalización es un proceso que todos reconocen como determinante, pero que suscita opiniones muy encontradas. Si bien no es un proceso nuevo ha sido retomado con mayor énfasis en los países en desarrollo como premisa específica para lograr un crecimiento económico y erradicar la pobreza.

### **3 AUDITORIA EN SALUD Y GLOBALIZACION**

#### **3.1 LA GLOBALIZACION Y NUEVAS TENDENCIAS DE LA AUDITORIA**

Las expectativas y el quehacer medico dentro de la historia, ha tenido diferentes visiones y enfoques, lo que se ha venido a mas en los últimos años procurando por un adecuado registro de la información en la historia clínica, a partir de la cual se pueden desarrollar auditorias centrados en su estructura contenido y el adecuado manejo de guías de práctica clínica basados en evidencia científica (6).

La auditoria se ve desde un punto de vista más de acompañamiento y educación que como un sistema punitivo, así trata de evaluar la diferencia entre la calidad esperada y la calidad observada que debe ajustarse a las nuevas tecnologías y sistemas de información, donde tanto profesionales como usuarios, obtienen altos niveles de datos que pueden ser mal entendidos o mal usados por ambos actores del acto médico.

Ahora todo esto se ve influido directamente por los cambios de la economía mundial, con unos sistemas y competencias universales enfocadas en el aumento de la demanda y la libre oferta de servicios, que abarca tecnología biomédica, medicamentos, avances genéticos y otros a disposición de quien pueda pagar estos nuevos desarrollos.

Así la auditoria medica que inicialmente estaba enfocada en el ámbito hospitalario ahora se enfrenta a un ámbito de economía y calidad, que se deben enlazar procurando por unos servicios seguros, eficaces, eficientes y efectivos; donde los recursos económicos definitivamente produzcan servicios totalmente de calidad,

pero ya no en el plano local sino global, es decir, que lo sea aquí y en cualquier parte del mundo.

El ejercicio de la auditoria asociado a la medicina basada en la evidencia, debe desarrollarse de una forma estructurada y cíclica, que debe ir desde la implementación , estructuración, puesta en marcha, retroalimentación que permita cambios organizacionales y asignación de tareas y funciones que permitan crear un sistema de mejoramiento de la calidad, basados en la auditoria medica.

En el desarrollo de todas estas estrategias se vio la necesidad de unificar conceptos y lanzar lineamientos, por lo cual en Estados Unidos de América se llevo a cabo el foro nacional de la calidad, con unos objetivos claros de cómo se enfrentaría la calidad de la salud y la protección del consumidor de la industria de la salud, que va desde la medición, registro y reporte de la información, para darle a los usuarios herramientas para tomar decisiones sobre el servicio de salud que reciben.

Los modelos de auditoria han trascendido de la sola fiscalización, a unos actos continuos, desde la autoevaluación, hasta la auditoria externa, pero también se habla de otras clasificaciones como son:

- Auditoría interna o de primera parte, auditoría externa o de segunda parte y la auditoria externa o de acreditación o de tercera parte.
- Las prospectivas y retrospectivas.
- De proceso y resultado.

Dentro de la globalización se nos obliga a incluirnos en modelos internacionales de aseguramiento de la calidad, como es la normatividad ISO (International Organization for Standardization) internacionalmente aceptada y otras como la JC

(The Joint Commission) que desarrollan estándares aplicables internacionalmente a la industria y entre todas a la de la salud.

### 3.2 EFECTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS DE LA GLOBALIZACION

Cada que nos vemos enfrentados a un cambio social, cultural o económico, estos nos traen múltiples relaciones y contradicciones; nada diferente para los cambios que nos proponen la globalización.

Dentro de la globalización nunca debemos olvidar, que cualquier situación demandara de nuestra inteligencia, para poder desarticular los aspectos positivos y negativos, que tiene la globalización para la economía y en nuestro caso particular, en el sector de la salud.

Si realizamos un análisis comparativo entre salud y tecnología; los riesgos y tendencias afectan de alguna manera el papel del recurso humano, en los sistemas de la prestación en servicios de salud, como el costo de la tecnología y el acceso de la misma en los diferentes niveles sociales.

La globalización está enmarcada en seis principios generales, las políticas gerenciales, manejo del riesgo, flujo de capitales (e-bussiness), fraude, subcontratación (outsourcing) y fuga de cerebros (7); de estos que consideramos más afectan negativamente a la salud están el tercero el quinto y el sexto (8) que tratan de los siguiente:

El tercero de ellos; **flujos mundiales de capital**: nos muestra como el impacto de entradas y salidas afecta significativamente el aumento de la pobreza y la desigualdad, y como ha disminuido el gasto en salud. En el quinto rasgo, **debilidad de las capacidades estatales y endeudamiento**: cabe mencionar los

ajustes mundiales económicos que han llegado a afectar con medidas de austeridad y recorte tanto la salud como la educación. Y el principio más importante a tener en cuenta, es el sexto y último **fuga de cerebros**, en donde los países desarrollados han sabido ofrecer ventajas apropiadas para los trabajadores emigrantes, afectando indirectamente la prestación de servicios en la atención en salud.

Evaluamos los aspectos de la globalización dentro de todas las áreas, sus aspectos negativos y positivos. Haciendo una exposición de la globalización en general y en el área de la salud; se está desarrollando esta con sus nuevas tecnologías, acuerdos de propiedad intelectual y posibilidad económica de utilizar estos servicios; por otra parte lo relacionado con la salud pública, tanto en el aumento de cantidad y rapidez de diseminación enfermedades, el riesgo que conlleva esto para el trabajador de la salud, la sobrecarga laboral, el estrés y condiciones asociadas de carácter personal y social.

Aunque siendo realistas los aspectos negativos de la globalización son más visibles, pero no debemos desconocer que el concepto de globalización pone al alcance de todos los nuevos inventos y descubrimientos en biotecnología, avances tecnológicos, ingeniería genética, biomecánica y medicamentos, que en la concepción más profunda son propiedad de toda la humanidad o al menos de quien lo pueda pagar, y al final, en la medida que se extiendan pueden estar al disponible de aquellos que poseen recursos económicos más escasos.

### **3.3 ASPECTOS ECONOMICOS DEL SECTOR SALUD POR LA GLOBALIZACION**

De todas maneras no podemos olvidar que al hablar de globalización, estamos principalmente hablando de un sistema económico, que se ha desarrollado a

partir de la información a gran velocidad, la amplia distribución de estos datos que se extienden masivamente, además de los desarrollos de las áreas de la humanidad.

En el sector de la salud debemos reconocer la salud como un negocio, en el cual buscamos beneficios económicos, que deben estar enmarcados en una competencia de costos, calidad y resultados.

No se establecen diferencias entre el sector oficial o privado, lo que exige es una homologación de estándares de calidad a nivel universal y nacional, que hacen, que se hable un idioma de calidad internacionalmente concordante y competitivos de las empresas a nivel local atravesando fronteras.

Aquí vemos como todas las normas de aseguramiento de la calidad permiten a las empresas, y en este caso, las del sector salud, ser homologadas y sentar unas bases en las que cualquier contratante sepa lo que va a encontrar y recibir al acudir a ellas.

Se vislumbran algunas alternativas de negocio, entre estas el comercio de insumos, materias primas (que podrían enmarcarse en el plan Vallejo) con servicios de hospitalización y otros servicios médicos (actividades de práctica médica, de apoyo diagnóstico, terapéutico y otros servicios), tecnologías, talento humano. Con unos beneficios económicos y fiscales como:

1 Suspensión total del pago de arancel en las importaciones de los bienes de capital y los repuestos.

durante la vigencia del programa.

2 Diferimiento en el pago del IVA en las importaciones temporales de los bienes de capital y los repuestos.

3 Aprobación de un cupo global en dólares para la importación de los bienes de capital y sus repuestos.

4 Mayor eficiencia en los trámites aduaneros.

5 Posibilidad de ser utilizado por PYMES.

6 Posibilidad de exportar servicios en las cuatro modalidades de suministro internacional de servicios.

Reconocidas por el Acuerdo General de Comercio de Servicios (AGCS)..(9) Permitiendo algunas salidas como el turismo medico, que dentro del suministro internacional de servicios se clasifica como el modo 2, en donde el servicio se presta dentro del país a un consumidor de otro país que viaja a nuestro país para esos efectos. (Ej. Servicios de turismo, educación, salud). Entendido como aquel donde se ofrecen paquetes integrales de servicios, con turismo, alojamiento, atención medico quirúrgica especializada, manejo integral de patologías ( de predominio en cirugía estética, oftalmología ,fertilidad y odontología(10) como servicios exceptuados, de los seguros a nivel mundial, que ya se reconocen en el ámbito mundial como de excelente calidad a precios muy competitivos, que en los últimos años han traído grandes ingresos al sector médico nacional, favorecidos por políticas gubernamentales del ministerio de comercio y con unos parámetros claros en el documento CONPES 3678 de julio de 2010, que van desde la acreditación de los servicios, asistencia y registro en congresos internacionales, convenios internacionales y declaración de zonas francas especiales en Sopo (Cundinamarca), Rionegro (Antioquia), Bogotá D.C., Puerto Colombia (Atlántico), Pereira (Risaralda) y Sabaneta (Antioquia) (11). El objetivo de este plan es lograr la transformación productiva generando una oferta diversificada, sostenible y con un valor agregado que nos haga competitivos en los mercados globalizados y mejorando la calidad de vida de los habitantes del país. Además cuenta con unos objetivos específicos:

1. Mejorar la interacción del sector público y privado.
2. Mejoramiento del recurso humano, promover el valor agregado con la producción uso apropiación y difusión de conocimiento.

3. Coordinar la oferta de instrumentos públicos en torno al potencial y la demanda.
4. Institucionalizar el programa para hacerlo capaz de gestionar y coordinar la transformación productiva.
5. Promoción de mejores prácticas de gestión asociativa y gremial.

En todos estos objetivos vemos un campo de acción para los auditores quienes pueden ser los asesores, moduladores y responsables de la aplicabilidad de todos estos cambios desde el análisis, planeación, implementación, desarrollo, verificación y la implementación de cambios definitivos como en el ciclo PHVA.

Las zonas francas son zonas especiales que estando dentro del territorio nacional tienen un régimen fiscal y aduanero especial comportándose como parte del territorio para operaciones con el extranjero pero cuando realizan transacciones con el exterior se toman como territorio de ese país, dentro de los beneficios que se consagran están: incentivos tributarios, incentivos de comercio exterior, facilidades de créditos, crédito BANCODER para zonas francas, incentivos aduaneros e incentivos cambiarios<sup>(12)</sup>. Aquí vemos un gran campo de acción para el auditor donde se internacionaliza la salud propiciada por todas estas políticas estatales, nos obliga a ofrecer y desarrollar unos productos con calidades superiores y competitividad a nivel internacionales que se puedan beneficiar por todas estos beneficios económicos y fiscales,

Otra aplicación a considerar, es la forma de auditoría a distancia, que se llevan a pequeña escala en el país, basada en empresas de auditoría de historia clínica, por medio de historia sistematizada y con énfasis en calidad, que exige un conocimiento en sistemas, medicina, aplicación de guías de atención, siendo el más relevante la calidad, coherencia y contenido de los registros, que despliegan información para estas auditorías y para los sistemas de información en salud.



Por último se puede plantear, que así como nuestro país se abre al mundo, también el mundo se abre para nosotros, haciéndonos competitivos y capacitados para atravesar fronteras y poder ejercer la auditoria en ámbitos internacionales basados en los mismo principios internacionales y con los estándares aplicados que deben ser los mismos para todos.

#### **4. CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD A TRAVÉS DE LA AUDITORÍA MÉDICA**

Una de las principales herramientas, para la actual práctica médica, es la Medicina Basada en la Evidencia la cual ofrece un aporte importante para el desarrollo intrínseco de las organizaciones, estableciendo estándares de gestión y calidad; pilares básicos de la adecuada atención médica.

Para poder direccionar los intereses de una auditoria médica adecuada y coherente, se debe argumentar dentro de un esquema secuencial; que se constituya delimitando acciones puntuales para el alcance de objetivos, aglomerándolas en una estructura lógica, asignando tareas y definiendo puestos de trabajo. Siendo la Organización Mundial de la Salud el ente más interesado en participar en la creación de nuevas bases para garantizar un buen servicio de salud. (13)

##### **4. 1. HITOS HISTÓRICOS EN EL MUNDO**

Queda demostrado que a través de la historia, el vínculo entre la práctica médica y la calidad de su ejecución van de la mano íntimamente por los llamados códigos de práctica médica, el primero de ellos Hammurabi en 1750 A. de JC código de leyes, el cual acepta la pena del Talión ("Ojo por ojo y diente por diente") y castiga severamente la negligencia, acción que se encuentra en la realidad de nuestro país durante el día a día y en la cual son muy pocos los correctivos que se toman. El segundo es conocido como el Juramento Hipocrático (data de 460 A. de C.), este señala explícitamente en uno de sus párrafos que "... no practicaré la talla vesical quien no sabe hacerla", se podía complementar de alguna forma para nuestro entorno, ...y quien no se sienta completamente seguro en hacerla.....

párrafo interesante para darle inmoderada importancia en cuanto a la impericia profesional de los galenos en nuestro país; cualidad que se debería mejorar dentro del campus universitarios, puesto que es allí, donde se cimientan algunas de las primeras bases de un entorno de calidad. En el tercer lugar encontramos uno que surge en Inglaterra durante la Guerra en Crimea en 1854, en donde sobrevino una mortalidad impresionante en los hospitales Británicos. En Enero de 1855 hubo un total de alrededor 6.229 fallecimientos; por ello el parlamento Británico encargó a la enfermera Florence Nightingale, como cabeza para darle manejo a esta nueva situación que se estaba presentando. El relato de ella sobre el Hospital Barrack es pavoroso, estaba inundado con aguas de albañal y no había provisión de agua potable, infiriéndose las condiciones de ese centro. Hecho el diagnóstico propuso soluciones a corto plazo. Encontrando dos razones invaluable para el mejoramiento de la calidad: La primera porque es el reporte pionero sobre calidad del cuidado médico y soluciones viables y el segundo porque en los hospitales de Scutari en los seis meses siguientes bajó la mortalidad de 40% soldados admitidos en los hospitales a 2%. Ilustrando algunos de los rasgos básicos de la auditoría médica. Luego en EEUU Edward Godman quien es el pionero de medir la eficiencia de los tratamientos médicos para proveer los errores potenciales; es aquí en donde se empieza a hablar de principio de estructuración y criterios de acreditación, esto gracias a la Asociación Americana de Cirujanos.

La parte histórica de la practica medica y la calidad lo único que nos demuestra es que para obtener resultados óptimos frente a la prestación de los servicios en salud, se deben siempre mantener estándares altos de calidad para que ello refleje el “deber ser” dentro de un usuario plenamente satisfecho en su modo de atención. (13)

## **4.2. FORO NACIONAL DE LA CALIDAD**

Surge en EEUU como la necesidad de socializar los acontecimientos positivos y beneficiosos para la prestación de los servicios de salud, frente a las acciones negativas inherentes al actuar médico. La importancia de este foro es que brinda la oportunidad de realizar cuestionamientos que nos lleve hacia un equilibrio entre los avances tecnológicos e intelectuales; para de esta forma lograr hacer bien las cosas, dentro de un sistema en salud; basados en unos objetivos principales dentro de, los cuales el eje central de la meta, se podría decir que es el de *promover en los usuarios el uso de medidas de la calidad*, con el manejo de indicadores estandarizados dentro de los procesos, los cuales comenzaran a medir y reportar el nivel en que se encuentran el nivel de calidad, logrando las metas trazadas para dicho propósito. Lo interesante, es que los americanos para lograr la identificación real de su estado de calidad, utilizan un método de forma masiva, global, ordenada en una base de datos disponible para aquellos que quieran participar en esta oportunidad de mejora, en donde se incluye al usuario como epicentro de su propósito en salud, fenómeno que en nuestro país no se toma en cuenta al momento de realizar cambios o normas dentro del nuestro sistema en salud. (13)

#### **4.3. VISIÓN DE LA AUDITORIA**

Dentro del moldeamiento inicial de la auditoria médica, se toma como principal herramienta de evidencia la historia clínica y la revisión de pares, y con esto establecer planes de mejora continua. Por último, se construye de carácter endeble la definición de la auditoria médica: *como el proceso critico del cuidado de la salud, identificando deficiencias para proponer soluciones*. Concepto que en la práctica de nuestro medio se sale de su entorno y propósito. Dentro del proceso de implantación de la auditoria medica (teniendo en cuenta que para la realización de tareas administrativas en salud, la formación médica de las universidades; no

las incluye como parte básica en la formación de galenos), en la parte directiva se encuentra cuatro temas centrales: 1. Qué deben hacer los directivos (responsabilidades), 2. Cómo deben cumplir con sus responsabilidades (procesos), 3. Quiénes deben integrar la directivas (selección), 4. Cómo se debe juzgar a sí mismo y a sus integrantes (evaluación).

Cuando se habla del modelo de auditoría médica en salud, es importante resaltar que uno de los eslabones más importantes para el auditor es la historia clínica, puesto que es el único documento que condensa la información general de la patología del paciente y lo que ha acontecido sobre él, es el instrumento que nos cuenta la historia completa del individuo; desde el momento de su egreso hasta el momento del su alta médica y el cual maneja parámetros estándar.

Dentro de esta misma visión se nombra un círculo de aprendizaje, el cual es la principal fortaleza educativa para el auditor; brindándole de forma grupal todas sus funciones básicas derivados de los componentes de observación de la práctica, reflexión, determinar principios y estándares y por ultimo intentarlo en la nueva situación. El autor Bastone propone la unión del ciclo de aprendizaje, el cual ofrece más un trabajo individual, mientras que el ciclo operacional, brinda más un enfoque de desarrollo en equipo. Dando como resultado dicha propuesta que en la auditoria es la gestora y detectora de la necesidad del cambio y su oportunidad de mejora; Apoyado sobre un método científico que es el estándar de aplicación para la auditoria médica, con el cual se va a alcanzar un referente de comparación, adquiriendo las normas mínimas de cumplimiento.

## **5. MODELOS DE AUDITORÍA**

Cuando se habla de una auditoría interna o de primera parte (según la ISO), de inmediato el papel del rol médico como actor directo en la realización de la gran mayoría de las actividades logra obtener un papel destacado y fundamental. Las auditorías de segunda parte o externas, son realizadas por una organización a los proveedores o subcontratistas. En las auditorías externas o de tercera parte se debe realizar por una organización acreditada en calidad médica. (13)

### **5.1. MODELO DONABEDIAN**

La razón sistémica de los modelos médicos actuales es direccionada por este modelo Donabedian, el cual simplifica la atención médica en tres componentes básicos: estructura, proceso y resultado. Siendo el resultado el mayor referente para la evaluación y desempeño del acto médico. En tanto el proceso y la estructura van inherentes el uno del otro y toma de manera un poco más generalizada a todos los actores que comprende la organización haciéndolos sentir más comprometidos. (13)

### **5.2 IMPLEMENTANDO EL CAMBIO CON ISO 9000**

Para el Hospital Almenara (Perú) la adecuación de la norma ISO 10011 lo hizo el precursor de integrar una metodología de auditorías de aseguramiento de la calidad aplicándolas a la medicina, dicha adecuación toma el modelo básico de la ISO 9000 . Lo más importante de esta metodología es que va encaminada a todo el que hacer de la función médica junto con las principales herramientas de trabajo

destinadas para su buen desarrollo. Dentro de esta bibliografía podemos encontrar que el autor Ortega Benito, Miembro de la Facultad de Medicina de Salud Pública del Reino Unido, propone un ciclo de la auditoria, en donde se focalice el análisis del mejoramiento continuo. (13)

### **5.3. PARALELO ENTRE AUDITORÍA DE SALUD Y AUDITORÍA MÉDICA**

La principal diferencia de las dos radica en que la primera (A. Salud) se basa en todas las acciones, procesos, resultados, etc. que realizan un grupo interdisciplinario de salud, mientras que la segunda (A. Medica) se centra en la evaluación del acto médico como tal. Abriendo aun más el abanico de diferencias, encontramos por ejemplo, que para la Auditoria en Salud es importante, diseñar, implantar y desarrollar sistemas de garantía de calidad, establecer criterios de acreditación de hospitales, diseñar indicadores y estándares de calidad, para la evaluación de la eficiencia, eficacia y efectividad de la administración, como también la calidad de la atención médica y sus impactos; Mientras que para la Auditoria Medica lo es, el evaluar la calidad de las historias clínicas, evaluar la calidad de atención contra protocolos, lograr un uso racional de medicamentos y la utilización adecuada de cama hospitalaria. (13)

### **5.4. AUDITORÍA EN ENFERMERÍA Y AUDITORÍA EN ODONTOLOGÍA**

Los reportes de enfermería son el aporte más invaluable por su claridad y exactitud dentro del manejo de la historia clínica. Indirectamente por intermedio de la auditoria de enfermería se pueden evaluar distintas aéreas de los servicios como lo son: la valoración equipos, los recursos de hotelería, como el análisis del impacto en los resultados del tiempo, complicaciones y costos, permitiendo soluciones a las fallas de estructura o en los procesos. El Dr. Andrés Lishner,

profesor universitario plateo la misma metodología de la auditoria médica para la odontológica en donde se manejan formatos de evaluación y escalas de cuantitativas de valoración. Toma de forma educativa el desarrollo de la auditoria seccionándola en un entorno de, transmisión de la herencia cultural, iniciar modos de comportamiento validos y fomentar el desarrollo individual.

## **5.5. MODELOS DE SISTEMAS EN SALUD INTERNACIONALES**

Cuando se habla de evolución inherentemente también cambia la sociedad y junto con el su sistema de salud y sus características. En lo básico de la salud para el siglo XX se habla de acceso universal e igualitario a los servicios de salud, para los 90's este panorama cambia principalmente opacados por el feroz capitalismo que acreciente en los países suramericanos que anteponen un enfoque de beneficio económico, de forma gradual haciéndose primero de forma individual, con esfuerzo propio y luego el resto de la sociedad. Teniendo claro el panorama actual, la responsabilidad en salud queda minimizada para el estado y maximizada para el individuo.

En Argentina por ejemplo después de la crisis económica del 2001, que ocasionó un enorme impacto sobre el sistema de salud, el enfoque de sus modelos deben superar las expectativas de la sociedad afectada. Los encargados de la construcción de estos nuevos modelos, comienza con una propuesta teórica que abarca la experiencia de los especialistas, las ideologías políticas dominantes, las tendencias sociales y económicas; sin olvidar las tendencias en salud aplicadas en otros países. Para el buen desarrollo de un modelo en salud los especialistas se apoyan en los análisis de las publicaciones internacionales y nacionales que ayuden a establecer lineamientos funcionales para el diseño en salud.



Los referentes más estudiados durante los últimos años sobre la administración en salud han sido los estudiados en el sistema de salud de Estados Unidos, Canadá y España. Describiendo los diversos sistemas de salud en otros países que contienen una gama amplia en lo geográfico y cultural; se observara en detalle sus estrategias para poder resolver problemas de salud evocados en sus propias poblaciones. (14)

#### **5.5.1 DESARROLLO INSTITUCIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN ARGENTINA**

En sus comienzos se podría decir que la cobertura acogía a sectores muy limitados de la población; con el paso de los años esto cambia, habiendo un cambio en el rol de los regímenes haciendo que el otorgamiento de beneficios sea mas de reparto que de capitalización, de esta forma se crearon múltiples cajas nacionales de previsión que tienen como función recaudar aportes y contribuciones, otorgando beneficios. Todo lo anterior se encuentra certificado por una serie de leyes aprobadas por el estado Argentino. En la actualidad, partiendo de una ley aprobada hace más de 40 años reduce este sistema a solo tres cajas en funcionamiento que son: la de Industria, Comercio y Actividades Civiles; Estado y Servicios Públicos y Autónomos. Quedando en unos años fusionados las dos primeras cajas mencionadas anteriormente, conformándose así el régimen de trabajadores en relación de dependencia, mientras que con la tercera se define el régimen de trabajadores autónomos o independientes.

En general la filosofía de reparto en el sistema Nacional de Previsión Social desencadena una disociación entre aportes y beneficios sumándole a ello la falta de garantías respecto a la capacidad del sistema para generar los recursos necesarios con el fin de dar cumplimiento a las obligaciones emanadas de la

propia ley. Quedando en el tintero la duda que dicho sistema pueda auto sustentarse.

Por los anteriores acontecimientos surge una modificación sustancial, hacia 1994, al Sistema Nacional de Previsión Social, evidenciándose los siguientes problemas:

1. Las bajas remuneraciones que se pagaban al sector pasivo.
2. El endeudamiento del sistema.
3. Las significativas iniquidades en el tratamiento a distintos integrantes del sector pasivo.
4. La falta de transparencia y confiabilidad.

El principio de la Seguridad Social, se podría definir primitivamente, como los pequeños actos heroicos del legendario Robín Hood robarle a los ricos para darle a los pobres, la diferencia radica, en que esto se encuentra enmarcada bajo un conjunto de regímenes y normas adoptadas por el Estado, pero que su objetivo coincide con el de nuestro pequeño filántropo, el cual es el de mantener el nivel de vida de la población y asistir a los necesitados. Es obligación del estado garantizar el diseño de políticas, capaz de regularlas y supervisarlas, buscando la más eficaz y eficiente aplicación de los recursos públicos, además de una visión estratégica de los problemas y una fuerte capacidad de gestión, que dinamice los intereses de los diversos actores sociales involucrados en esta problemática, para prevenir actuando sobre las fallas del mercado como ante las del Estado. Especialmente entendiendo que los conceptos de ciudadanía, solidaridad, transparencia, inclusión y responsabilidad, son los que la política de Seguridad Social no puede relegar.

Para el financiamiento de la Seguridad Social Argentino, se describe partiendo de los aportes y contribuciones, generados a partir de la incidencia de las Alícuotas de las contribuciones patronales y de la recaudación por aportes y contribuciones;

por otra parte el financiamiento también se obtiene, por los aportes y contribuciones de recursos tributarios y contribuciones figurativas. (14)

#### **5.5.1.2. PILARES DE LAS POLÍTICAS DE SEGURIDAD SOCIAL ARGENTINA**

Dichos pilares se encuentran concentrados en la Secretaría de Seguridad Social y en organismos específicos. Como lo es el sistema previsional; el cual lo compone el Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP), integrado por un régimen público de reparto (RPR) administrado por el estado a través de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) y un régimen basado en capitalización en cuentas individuales (RCI), regulado por la Superintendencia de las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (AFJP). Son los trabajadores, quienes al incorporarse a la fuerza laboral, pueden escoger entre el RPR o el RCI. Si lo hacen, serán asignados como afiliados a alguna de las AFJP habilitadas. Escogiendo libremente por cualquiera de las AFJP autorizadas y, cumpliendo con los recaudos de la ley, traspasarse a otra de su elección.

Para el manejo de los riesgos laborales, existe el régimen de cobertura de los Riesgos del Trabajo, por el cual los empleadores deben contratar con una compañía de seguros, o asumir en las condiciones de la ley (empleador auto-asegurado), la cobertura de los infortunios que pudiere sufrir el trabajador con razón de su desempeño profesional. Lo que en Colombia se representa por medio de las A., haciendo el esquema Argentino muy parecido al nuestro.

Es el Estado quien controla, supervisa y regula la actividad de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) y los empleados auto asegurados, a través de un ente específico en jurisdicción de la Secretaría de Seguridad Social, la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT), y una entidad supervisora de la

actividad aseguradora en general en jurisdicción del Ministerio de Economía, la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN).

En el Régimen de Asignaciones Familiares, se basa en dos subsistemas, un Subsistema contributivo: fundado en los principios de reparto, de aplicación a los trabajadores que prestan servicios remunerados en relación de dependencia en la actividad privada, beneficiarios de la Ley sobre Riesgo de Trabajo y beneficiarios del Seguro de Desempleo; y un Subsistema no contributivo: de aplicación a los beneficiarios del SIJP (Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones), y beneficiarios del Régimen de Pensiones no Contributivas (PNC) por invalidez. Los trabajadores del sector público se encuentran comprendidos dentro de los beneficiarios de asignaciones familiares, aunque no estén comprendidos dentro de ninguno de los dos subsistemas.

También se maneja un **Seguro por Desempleo**, con cobertura territorial, siendo aplicable a todos los trabajadores cuyo contrato se rija por la Ley de Contrato de Trabajo. Las prestaciones se componen de un beneficio monetario, el cómputo del período de cotización a los efectos previsionales, y prestaciones medico-asistenciales. Existen dos modalidades de percepción de la prestación del Seguro por Desempleo: mensualmente o por “pago único”. (14)

#### **5.5.2. MODELO DEL SISTEMA EN SALUD ISRAELI**

En esta parte se incluirán dos países que por sus particulares adversidades sociales y políticas sirven como marco de referencia importante e idónea; Israel y Colombia.

Se destacara lo más importante de su organización, finanzas y provisión de servicios. Con argentina ambos países comparten como factor común algunos indicadores demográficos y epidemiológicos.

A partir de 1948 este país se constituye como estado moderno a lo que debió garantizar a su población los servicios de salud. Diseño un sistema de seguridad social basado en los principios de bienestar los cuales fueron heredados por la madre política del país; gran Bretaña que prestaba servicios de salud en sus hospitales y los hospitales de caridad. Hacia los 60's y 70's los trabajadores comienzan a formar sistemas de salud para la enfermedad con sistemas de pago, de afiliación y pago voluntario sistema adoptado por alrededor del 85% de su población laboral hacia los 80's. Apareciendo un esquema sindical socialista el cual tomo las riendas financieras de la atención en salud como también su prestación por intermedio de infraestructura y personal propios. En los 90's a nivel mundial el costo es salud aumento, la satisfacción de la población a descender, generando un colapso en los servicios de atención a las patologías que requerían un cuidado prolongado y la incapacidad de atención a la creciente demanda de servicios para la fecha en gran parte por agentes externos de ámbito mundial.

En 1995 para establecer la solución a dicha problemática el Parlamento dicta la ley del Seguro Nacional de Salud, que en la actualidad esta vigentes y dentro de sus características más importantes como:

1. El seguro extenderá su cobertura a todos los residentes del país.
2. Monopolización de la prestación del servicio por cuatro organizaciones (*Sickness Funds*, son cuatro fondos a través de los cuales se prestan los servicios de salud), creadas por el sindicato de trabajo.
3. Paquete de servicios básicos en salud es equitativa para toda la población, que puede definir y modificar el parlamento.

4. Libertad de vinculación y cambio de uno a otro semestralmente por parte de los asegurados dentro de los cuatro *Sickness Funds*.
5. Financiación de los servicios básicos por un solo impuesto (national health tax) recaudado por el estado a través del Instituto Nacional del Seguro. Impuesto aportado como un porcentaje fijo del salario mensual de todos los trabajadores activos y pasivos. Por los desempleados, el Estado aporta un porcentaje igual al de los trabajadores pasivos.
6. La aplicación de los fondos se realiza sobre la base de una fórmula de capitación cuyo elemento definidor es el grupo etario

El estado israelí conserva la planeación del crecimiento y desarrollo de los servicios de salud nacionales donde el ministerio de salud actúa como ente regulador de la mecánica en salud dentro del país quitando autonomía a los entes privados. El control del estado representado en el ministerio de salud es tan fuerte que influye en la compra de los recursos médicos tecnológicos, en las facultades de medicina actuando como agente regulador sobre los cupos de las universidades definiendo el cupo máximo para los interesados sobre las necesidades previstas de la población del país. Sin embargo este país se ha visto afectado en esta condición por la inmigración de una gran cantidad de profesionales de la URSS luego de que se desintegrara el bloque soviético.

La centralización de los servicios de salud han aportado a mantener el gasto en salud de forma aceptable en el país; pero generan acciones inconvenientes en la prestación del servicio como la espera en los exámenes no urgentes y congestión en las emergencias brotando la insatisfacción de la población como consecuencia. La influencia cultural demuestra resultados nefastos sobre el análisis de las tasa brutas de las poblaciones minoría en cuanto accesibilidad de los servicios.

Para entender este modelo, hay que entender su descripción la cual se genera principalmente en la atención de médicos generales, centralizados en centros de atención primaria en barrios y localidades del país. Cada centro tiene un hospital que custodia la necesidad de mayor complejidad; los centros periféricos se encargan de la atención de prevención en salud. A la población mayor de 65 años le asignan un médico de cabecera individual por ubicación geográfica el cual será el responsable de la salud integral de los ancianos.

En los 90's adopta más ampliamente la cultura de la medicina domiciliaria apoyándose en cuidadores y acompañantes que son direccionados por el médico de cabecera contando también con el centro periférico de salud. Los servicios hospitalarios prestados por los *Sickness Funds* y abonados por una prestación modulada o por contrato capitado fijo para la población hospitalizada y por la asignación de un presupuesto operativo.

A pesar de todo este sistema se interesa por la culturización de la eficiencia, realizando estrategia convenientes para los entes que ofrecen los servicios de salud, como lo hacen en el lado sur del país donde los ocho hospitales, entre ellos tres son del estado, cuatro de los *Sickness Funds*, y uno privado los cuales comparten un centro tercerizado de ropa y material descartable disminuyendo costos al servicio de salud pero de la mano generan un apoyo social a los más necesitados sin que esto afecte la atención de los pacientes. En la región central del país se encuentra el Hospital pediátrico de tercer nivel que brinda sus servicios a los otros *Sickness Funds* y trasciende sus servicios de forma extramural.

Es de concluir que el sistema israelí se encuentra modulado principalmente por el parlamento que a pesar que cambien los actores se mantiene en su ideología económica y de salud considerándolo como un bien social.

Dentro de las fallas de equidad de este sistema se atribuye más a los conflictos religiosos y raciales que a los operativos o técnicas. Los servicios especializados son los que generan mayor insatisfacción dentro de la población. La orientación preventiva de este modelo más favorable para el tipo de población. (15)

### **5.5.3. MODELO DE SALUD VENEZOLANO.**

Para analizar este modelo podemos evidenciar un parecido evidente frente al modelo Colombiano. Se habla de un Instituto Venezolano de los Seguros Sociales siendo una Institución pública, la cual brinda protección de la Seguridad Social a todos sus beneficiarios en las áreas de maternidad, vejez, sobrevivencia, enfermedad, accidentes, invalidez, muerte, retiro y cesantía o paro forzoso, de manera oportuna y con calidad de excelencia en el servicio prestado. El fin de este sistema es el de proteger a los habitantes venezolanos, de las contingencias de enfermedades y accidentes, sean o no de trabajo, cesantía, desempleo, maternidad, incapacidad temporal y parcial, invalidez, vejez, nupcialidad, muerte, sobrevivencia y cualquier otro riesgo que pueda ser objeto de previsión social, así como de las cargas derivadas de la vida familiar y las necesidades de vivienda, recreación que tiene todo ser humano.

El gobierno venezolano por medio de su normatividad, establece la seguridad social, como derecho público a todos sus ciudadanos, de carácter no lucrativo que garantiza la salud y la protección ante las contingencias. A aquellos ciudadanos, que cumplan con el requisito de afiliación y el registro de sus beneficiarios calificados. Corresponde al empleador la afiliación de sus trabajadores y quienes no tengan relación de dependencia lo harán directamente.

La organización del sistema de seguridad social integral, se encuentra direccionado por el Ministerio del Trabajo, dentro de un marco legal. El Consejo



Nacional de la Seguridad Social desempeña el papel de órgano asesor y consultivo del Ejecutivo Nacional, el cual desarrollara múltiples atribuciones de diseño, asesoría, gestión y evaluación del sistema. Para las afiliaciones se cuenta con el Servicio de Registro e Información de la Seguridad Social Integral (SEREISSI), bajo la dirección del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), el cual tendrá a su cargo el registro automatizado de afiliación de empleadores, trabajadores, familiares calificados, prestadores de servicios y la historia provisional de los asegurados. Se encuentra conformado por varios subsistemas (de Pensiones, Salud, Paro Forzoso y Capacitación Laboral, Vivienda y Política Habitacional y de Recreación).

Dentro de uno de los subsistemas que se habla en el modelo venezolano encontramos el de **Paro Forzoso y de Capacitación Laboral**, que tiene como objeto la protección temporal del afiliado por la terminación de la relación de trabajo, mediante el otorgamiento de prestaciones en dinero; así como procurar su pronta reinserción al trabajo, a través del servicio de intermediación y capacitación laboral, el cual estará a cargo del IVSS (Instituto Venezolano de los Seguros Sociales).

En los principios fundamentales de la seguridad social venezolano, encontramos que alguno de ellos, son evidentemente parecidos a los tomados por el modelo colombiano; como lo son el de la universalidad, solidaridad, integralidad, unidad, participación, autofinanciamiento, eficiencia.

Para la implementación de este sistema los gastos de operación del Instituto venezolano de los Seguros Sociales serán financiados fundamentalmente por el Fisco nacional. Los Recursos provenientes de las cotizaciones no podrán ser empleados al financiamiento del Instituto. Las obligaciones con los pensionados se harán con cargo a una partida del IVSS. Los créditos correspondientes serán transferidos al respectivo Fondo fiduciario, según el contrato de fideicomiso

suscrito con el Fondo de Inversiones de Venezuela con el objeto de administrar los recursos y efectuar los pagos. Para la atención de salud de los pensionados se transferirá al Fondo de Asistencia Médica o al Fondo Solidario de Salud, una cuota no inferior al 6,25% de las pensiones pagadas. Para el control de esto se contara con la realización de un censo de jubilados y pensionados al servicio de la Administración central y entes de Administración Descentralizada de Estados y Municipios así como del poder Judicial, de los Poderes Legislativos y demás ramas del poder Público.

Para la financiación del sistema venezolano, se contara con las cotizaciones de los afiliados, empleados y por los aportes del Estado, que contribuirán a nutrir el sistema, algo afín con el modelo colombiano. La fiscalización de los procesos de liquidación, distribución y recaudación de las cotizaciones y aportes provenientes del Sistema, será ejercida por el Ministerio de Finanzas, a través del Servicio Nacional Integrado de Administración Tributaria (SENIAT) y será creada una Superintendencia que actuará como organismo controlador.

Teniendo en cuenta que, ningún sistema es perfecto, Venezuela tarde o temprano va a tener que analizar su situación y buscar una forma efectiva de solventar todos los inconvenientes por los que esta atravesando, ya que su situación se acrecienta día a día al igual que la población del país. Sería muy sabio por lo tanto, que se analizaran otras experiencias (como las de Argentina, Chile y Uruguay), las cuales han llevado a la mejoría de las necesidades de la población. (14)

#### **5.5.4. MODELO CHILENO DEL SISTEMA DE SALUD**

En este país su modelo de salud comienza a desarrollarse a mediados de siglo XVI, como parte de las medidas de salubridad e iniciativas de atención caritativa-

hospitalaria de enfermos y menesterosos. Esto se encuentra estrechamente ligado a la historia y cultura de los pueblos, y su existencia no sólo es previa al desarrollo formal del sistema de salud, sino que mantiene una vigencia actual complementaria.

Su desarrollo se encuentra enmarcado en cinco períodos históricos; el primero de ellos, **Período de servicios locales de salud**, establecieron hospitales y servicios sanitarios de responsabilidad de autoridades locales, a través de instituciones públicas y privadas, en general de carácter filantrópico; el segundo Período, **periodo de maduración del desarrollo social y del sistema de salud**, con subsidios focalizados en los pobres y desempleados. Para los años 40 se crea el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), que cubría al sector de empleados públicos y particulares; en el tercer periodo tenemos el **Período del Servicio Nacional de Salud (SNS)** y predominio de planificación central, que alcanzo una importante cobertura del sector obrero e indigentes. Con menor cobertura se encontraban entidades previsionales y asistenciales en universidades, algunas empresas públicas, fuerzas armadas y policiales. Gracias a este período, la medicina estuvo estrechamente ligada al desarrollo social del país, incluyendo aspectos de liderazgo social y político. Dando como resultado al terminar el período, se encontraban médicos en la Presidencia de la República, el parlamento, municipalidades y otras relevantes entidades públicas; en el cuarto periodo, el **Período del Gobierno Militar y reformas neoliberales**, se presenta una disminución significativa del gasto social y del financiamiento al SNS, conservándose la misma modalidad de organización y funcionamiento previos, pero bajo régimen autoritario. Se reorganiza al Ministerio de Salud y sus instituciones relacionadas, creándose el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el cual muestra las características del modelo de financiamiento, previsión y atención de salud vigentes, el cual puede optar por alternativas públicas o privadas en la previsión y atención de salud y contribución proporcional al ingreso en el sistema público; el quinto y último periodo, **Período de gobiernos**

**de la Concertación**, en donde se ha administrado el sistema de salud, sobre un entorno particularmente político, dado el periodo histórico por el que estaba pasando el país. Este periodo sintetiza sus prioridades de acción en los criterios de equidad, participación y solidaridad (16).

La organización del sistema de salud chileno, se encuentra compuesto por personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado, que contribuyan a la ejecución de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma. Este sistema se basa en cuatro tipos de criterios: formalidad de la organización, rol institucional en el sistema y fines de lucro. Se encuentra integrado por, instituciones, organismos y entidades pertenecientes al sector público y el sector privado. El sector público representado por FONASA en su aspecto financiero y por SNSS en su componente de prestación de servicios. Por otra parte, el sector privado principalmente representado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y mutuales en su aspecto financiero previsional y los profesionales y centros asistenciales privados en su componente de prestación de servicios.

Cuando se habla de un subsector público, hablamos del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el cual se basa en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; el cual pertenece al Ministerio de Salud y sus organismos dependientes (los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública y la Central de Abastecimiento).

Al Ministerio de Salud le corresponde velar por el desarrollo de la salud nacional y de garantizar el libre e igualitario acceso a los servicios que el mismo brinda. A nivel de cada Región, se representado por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, responsables de ejercer las mismas funciones que el Ministerio en el ámbito de la Región. Todos los organismos que lo conforman, son estatales y descentralizados. Encontramos que la red asistencial de los Servicios

está constituida por Hospitales, Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Postas Rurales de Salud y Estaciones Médico Rurales.

El Fondo Nacional de Salud (FONASA), es el aporte legal del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) y el ente financiero encargado de recaudar, administrar y distribuir los dineros estatales destinados a salud, en conformidad con lo que determina el Ministerio. Sus funciones principales, están orientadas a financiar las acciones de salud y las inversiones de capital que requiere el Sistema y a colaborar con el Ministerio; así como cumplir con las obligaciones administrativas del Fondo de Asistencia Médica y administrar los recursos destinados a la atención de salud por la modalidad de Libre Elección.

La organización asistencial del SNSS, esta estructurada en una red asistencial de establecimientos y niveles de atención; éstos últimos organizados de acuerdo a su cobertura y complejidad asistencial. **Nivel Primario** tiene mínima complejidad y amplia cobertura realiza atenciones de carácter ambulatorio en las Postas Rurales de Salud y en los Consultorios Generales, Urbanos y Rurales. Brindando principalmente los Programas Básicos de Salud. El personal que realiza las acciones de salud varía según la magnitud de la población a atender y la naturaleza de las actividades a cumplir, abarcando desde el auxiliar rural hasta un equipo que incluye médicos generales y otro personal de colaboración. **Nivel Secundario** corresponde a una complejidad intermedia y de cobertura media. La característica fundamental de este nivel es que actúa por referencia y que sus acciones involucran tanto atención ambulatoria como de hospitalización en establecimientos hospitalarios. **Nivel Terciario** se caracteriza por su alta complejidad y cobertura reducida. Resuelve aquellos problemas que sobrepasan la capacidad resolutoria de los anteriores niveles, actuando como centro de referencia no sólo para la derivación de pacientes desde de su propia área de influencia, sino que con frecuencia tal derivación tiene carácter regional, suprarregional y en oportunidades nacional. A este nivel le corresponde realizar

tanto acciones de tipo ambulatorio. El recurso humano es el de la más alta especialización y los elementos de apoyo clínico diagnóstico y terapéutico, los de mayor complejidad técnica. Otros organismos públicos con los que cuenta Chile, como lo son Fuerzas Armadas y de Orden, Penitenciaría, Empresa Nacional del Petróleo y Universidad de Chile.

Los sistemas previsionales de salud se apoyan en el Régimen de Seguro de Salud, y en el Régimen de Accidentes de Trabajo y Enfermedades. El seguro de salud es financiado por el trabajador con el aporte de un 7% de sus remuneraciones, y opcionalmente por el empleador con un aporte adicional del 2 por ciento para sus trabajadores afiliados a las ISAPRE. Estos aportes del trabajador son ingresados en su mayor parte al Fondo Nacional de Salud o a las Instituciones de Salud Previsional. La afiliación al fondo es voluntaria, mediante cuotas que son pactadas teniendo en vista diferentes planes y coberturas que ofrecen las diversas instituciones. La superintendencia de ISAPRE, organismo autónomo dependiente del Ministerio de salud cuya función es fiscalizar a las ISAPRE y supervigilar el cumplimiento de los contratos de salud. (16).

La administración municipal de salud, se enmarca en la concepción de la descentralización como una de las estrategias para la reforma del sistema público de salud. A nivel municipal se realizan actividades de nivel primario de atención. Cumple con unos Objetivos principales enfocados a los sectores más importantes como son educación, vivienda, trabajo, saneamiento ambiental.

La gestión municipal y la supervisión por parte del Servicio de Salud se orientan por un manual de procedimientos técnico administrativos, que incluyen todas las pautas a seguir para su funcionamiento. Es responsabilidad de la Municipalidad la contratación del personal adecuado y necesario para dar cumplimiento a las obligaciones asistenciales que contrae en virtud de los convenios.

#### **5.5.5. MODELO DE SALUD EN BRASIL**

El sistema político en Brasil es federal, el cual está constituido por tres esferas de gobierno – Unión, estados y municipios –, con autonomía administrativa y sin vínculo jerárquico. Este sistema de gobierno favorece a países con diversidad cultural, económica y social; como Brasil. Por otro lado, las políticas sociales deben ser encaminadas a la reducción de las desigualdades e inequidades sociales. Para lograr esto, se requiere que el sistema tenga claridad en las funciones de las diferentes esferas de gobierno y, saber adoptar mecanismos que logren una articulación entre dichas esferas. Para encontrarle un equilibrio lógico y secuencial a las políticas de salud a implementar, se deben relacionar factores de índole poblacional; epidemiológico; de salud pública, de promoción y prevención; capacitación del recurso humano; disponibilidad tecnológica, hasta las características financieras.

Los municipios como entes federativos son de alguna manera los que ponen en marcha las políticas públicas en este país. En lo que se refiere a la salud, hacia los noventa la descentralización fue la protagonista en cuanto a la definición del papel de los gestores en cada ámbito del gobierno.

Dentro de la historia del esquema de salud en Brasil, encontramos que, inicialmente, el Ministerio de la Salud (MS), con el apoyo de los estados y municipios, eran los que desarrollaban, las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, con énfasis en las campañas de vacunación y control de epidemias. Todas esas acciones se desarrollaban de forma universal, sin ninguna clase de discriminación con relación a la población a ser beneficiada. Para la asistencia en salud el MS actuaba únicamente a través de pocos hospitales especializados en los campos de la psiquiatría y tuberculosis, además de la acción de la Fundación de Servicios Especiales de Salud Pública – FSESP, en algunas

regiones específicas, también llamada de asistencia médico-hospitalaria, estaba dirigida a la población indigente, por algunos municipios y estados y sobre todo, por instituciones de carácter filantrópico. Dicha población no tenía ningún derecho y la asistencia que recibía era en la condición de favor, de caridad. El poder público actuaba a través del Instituto Nacional de Seguridad Social (INPS) que posteriormente pasó a llamarse Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Seguridad Social – INAMPS, autarquía del Ministerio de Seguridad y Asistencia Social. El INPS es la fusión de las cajas de jubilación y pensiones (llamadas IAPs) de las diferentes categorías profesionales organizadas existentes, que posteriormente se desdobló en el Instituto de Administración de la Seguridad Social (IAPAS), en el Instituto Nacional de Seguridad Social (INPS) y en el Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Seguridad Social (INAMPS), el cual beneficiaba sólo a los trabajadores de la economía formal, inscritos en nómina, y sus dependientes, no tenía un cubrimiento universal en salud. Aplicando en los estados, por medio de sus Superintendencias Regionales, recursos para la asistencia a la salud de forma más o menos proporcional al volumen de recursos recaudados y de los beneficiarios existentes. Lo anterior generó un efecto de conveniencia entre salud, economía y estado, resaltando la relación entre las relaciones formales de trabajo, mayor el número de beneficiarios y consecuentemente, mayor necesidad de recursos para garantizar la asistencia a dicha población; aplicando más recursos en los estados de las regiones más ricas y en las de mayor tamaño. Invariablemente esto llevó a división de la asistencia en salud en tres categorías: Los que podían pagar por los servicios, Los que tenían derecho a la asistencia prestada por el INAMPS, y los que no tenían ningún derecho.

Para superar la crisis de financiamiento para la Seguridad Social, en los ochenta, el INAMPS comienza a racionalizar gastos, comprando servicios del sector público por medio de convenios. Este efecto logra, que de forma indirecta se establezca un panorama en salud de universalidad de la clientela; al final de esta



década, lográndose por parte del INAMPS, el fin de la existencia del Carnet del Asegurado, para la atención en los hospitales propios y con convenio, de la red pública. Dicho proceso culminó con el inicio del Sistema Unificado y Descentralizado de Salud – SUDS, que trabaja articulado por convenios entre el INAMPS y los Gobiernos de los Estados. Naciendo en Brasil, la construcción de un sistema de salud con tendencia a la cobertura universal. Por un lado, motivado por la creciente crisis de financiamiento del modelo de asistencia médica de la Seguridad Social y por otro, por la gran movilización política, llamada Movimiento de la Reforma Sanitaria. Con el Movimiento de la Reforma Sanitaria, se comienza a hablar del concepto de universalidad en la cobertura del Sistema Único de Salud (SUS), lo rige la ley 8.080, la cual establece los principios de la universalidad de acceso a los servicios de salud en todos los niveles de asistencia, el cual se encuentra hasta ahora vigente. (17)

El proceso de implementación del Sistema de Seguridad Social SUS, se encuentra incluido dentro del Ministerio de Salud, para 1993 el INAMPS fue extinguido, por lo que, a los tres años la ley instituyó el SUS. Al preservar el INAMPS, se preservó también su lógica de financiamiento y de distribución de recursos financieros. Así pues, el SUS inicia su actuación en el campo de la asistencia a la salud con carácter universal bajo la sombra de una institución que había sido creada y organizada para prestar asistencia a una parcela específica de la población. Es decir, el SUS no es el que financia la asistencia en salud de toda la población, lo que generó el cambio sobre la distribución de recursos entre los estados. El Ministerio de Salud es quien realiza primera distribución de recursos, basado en lo construido por el INAMPS.

El SUS es uno de los mayores sistemas públicos de salud del mundo, siendo el único que garantiza asistencia integral y totalmente gratuita para la totalidad de la población, inclusive a los pacientes portadores del VIH, sintomáticos o no, a los pacientes renales crónicos y a los pacientes con cáncer. Cuenta con una Red

Ambulatoria, esta asistencia abarca desde la atención básica hasta los atendimientos en ambulatorios de alta complejidad. De la cantidad considerable de hospitales públicos, filantrópicos y privados, atendida por un mismo organismo proveedor., surge el SIH / SUS – Sistema de Informaciones Hospitalarias. En cuestión de financiamiento para el sistema, encontramos que el Ministerio de Salud realiza un aporte económico anual, los tres niveles de gobierno también comparten dicha responsabilidad; el Fondo Nacional de Salud, los fondos de los estados y de los municipios reciben contribuciones de sus propios presupuestos.

En cuanto al pago a los prestadores de servicios de salud se hace a través del nivel de gobierno responsable por su gestión. Independientemente del nivel de gobierno que ejecute el pago, el SUS utiliza el mismo sistema de informaciones para los servicios de ambulatorio – el Sistema de Informaciones Ambulatorias (SIA) y otro para los servicios hospitalarios – el Sistema de Informaciones Hospitalarias (SIH). En el caso específico de las hospitalizaciones, el pago por los servicios prestados esta hacia el nivel de gobierno responsable por su gestión, el proceso de la información a todas las hospitalizaciones, financiadas por el Sistema Público de Salud se realiza de manera centralizada por el Departamento de Informática del SUS (DATASUS), institución del Ministerio de Sanidad. De la misma forma, todo el Sistema Público utiliza una única Tabla de Precios, definida por el MS, para el pago a los prestadores de servicios. La tendencia busca la descentralización del sistema, buscando que cada Municipio asuma la responsabilidad con los prestadores de servicios. Para ello, existe una norma (NOAS-SUS) que propone dos condiciones de participación del municipio en la gestión del SUS: (a) Gestión Plena de la Atención Básica Ampliada y (b) Gestión Plena del Sistema Municipal (recursos federales). A pesar de todo, un tercio de los recursos federales aún se emplea en pagos directos a prestadores de servicios de salud.

Con la implantación del Techo de la Atención Básica (TAB) y la separación de los recursos para el financiamiento de la Atención básica, mediana y de alta complejidad ambulatoria. Cada municipio calcula el TAB, basado en un valor per cápita que es transferido de forma automática del Fondo Nacional de Salud para los Fondos Municipales de Salud, el valor TAB variable depende de la adhesión del municipio a programas prioritarios definidos por el Ministerio de Salud, tales como los Programas de Agentes Comunitarios de Salud, de Salud de la familia y del Combate a las Carencias Nutritivas y a las acciones estratégicas como la Farmacia Básica y las Acciones Básicas de Vigilancia Sanitaria. Con la conceptualización del TAB, se avanza en dirección de un sistema de salud centrado en la calidad de vida de la gente y de su medio ambiente. (17)

Ya para el 2001, sumando el volumen de recursos transferidos por el Ministerio de la Salud para los estados y municipios en el desarrollo de acciones y servicios de salud se subdivide en:

Recursos para la Atención Básica (PAB Fijo y PAB Variable), Recursos para la Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, Recursos para la Asistencia de Mediana Complejidad y Recursos para la Asistencia de Alta Complejidad. Por último se podría decir que uno de los cambios más relevantes del SUS desde su creación, es el que alcanzo con su universalidad, generada por el proceso de descentralización de responsabilidades, atribuciones y recursos de la esfera federal para estados y municipios.

El periodo de implementación de la norma Operativa, NOB SUS 01/96, estuvo marcado por una serie de importantes avances del proceso de descentralización del Sistema Único de Salud. Entre esos avances cabe resaltarse: La implementación del TAB, la adopción de incentivos específicos para las áreas estratégicas y el aumento expresivo de transferencias de recursos del Fondo Nacional de Salud para los Fondos de los estados y de los municipios de Salud; la expansión de la estrategia de Equipos de Salud de la Familia y de Agentes

Comunitarios de Salud; la puesta en marcha de experiencias innovadoras de atención en el ámbito local y avances, tanto en la organización de la atención básica como en la organización de redes de referencia en varios municipios y estados; capacitación de los municipios, en las condiciones de gestión de la NOB SUS 01/96; la transferencia de responsabilidades, atribuciones y recursos del nivel federal para municipios y estados.

Mediante la implantación del SUS, se habla de acciones importantes como:

1. **Vigilancia Sanitaria**, donde surge la ANVISA, es una dependencia de régimen especial, caracterizada por su independencia administrativa, estabilidad de sus dirigentes por el período de mandato y autonomía financiera. Cuenta con competencias misionales como: la coordinación del Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria (SNVS), del Programa Nacional de la Sangre y Hemoderivados y del Programa Nacional de Prevención y Control de las Infecciones Hospitalarias; monitoreo de los precios de medicamentos y de productos para la salud; atribuciones relativas a la reglamentación, control y fiscalización de la producción de fumígenos; soporte técnico en la concesión de patentes por el Instituto Nacional de Propiedad Industrial (INPI) y control de la propaganda de productos sometidos al régimen de vigilancia sanitaria.

Su finalidad institucional es la de promover la protección de la salud de la población por intermedio del control sanitario de la producción y de la comercialización de productos y servicios sometidos a la vigilancia sanitaria, incluso de los ambientes, de los procedimientos, de los insumos y de las tecnologías a ellos relacionados; así como el control de puertos, aeropuertos y fronteras y la interlocución junto al Ministerio de las Relaciones Exteriores y instituciones extranjeras para tratar de asuntos internacionales en la área de la vigilancia sanitaria.

2. **Salud de las poblaciones indígenas**, es asumida por el Ministerio de la Salud, por medio de la Fundación Nacional de Salud (FUNASA), quien atiende a la población indígena de forma integral, articulado con el Sistema Único de Salud - SUS.

La necesidad sobre crear políticas de salud para la población indígena, nace de la precariedad general de las condiciones de salud, con tasas altas de mortalidad a diferencia de las poblaciones brasileñas en general. El del Subsistema de Atención a la Salud Indígena, se estructura descentralizadamente, a partir de la organización de los Distritos Sanitarios Indígenas; para lo anterior se tubo muy encuentra la amplia población que comprende en el país Brasileiro la población indígena.

3. **Regulación de la asistencia suplementaria a la salud**, la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS), es una dependencia de régimen especial, vinculada al Ministerio de la Salud; la cual contribuye al desenvolvimiento de acciones en Salud, promover la defensa del interés público, regulando las operadoras sectoriales, incluso en sus relaciones con los prestadores y consumidores.

Por medio de la ANS, se garantiza los derechos del consumidor, dada su vulnerabilidad; como acción reguladora la ANS, se fundamenta en la imperfección del presupuesto a la asistencia en salud, el cual demanda reglas para garantizar la prevaecía del interés público, así como equilibrar la relación entre consumidores, operadoras y prestadores de servicio.

La comunidad cuenta con Conferencias de Salud y Consejos de Salud, para realizar participaciones en el sistema de salud. Las Conferencias de Salud se realizan a cada cuatrienio, con representantes de los diferentes segmentos sociales, que evalúa la situación de la salud y propone directrices para la

formulación de las políticas de la salud en los niveles correspondientes. Estas Conferencias se realizan en un proceso ascendente, desde Conferencias Municipales de Salud, pasando por una Conferencia Estadual de Salud en cada estado y culminando con una Conferencia Nacional de Salud. Los Consejos de Salud, son organismos colegiados compuestos por representantes del gobierno, prestadores de servicios, profesionales de la salud y usuario.

Para la implementación de este sistema, se debe discutir el papel de cada esfera de gobierno dentro del SUS, es importante clarificar quiénes son los gestores del SUS en cada nivel y cuáles son las funciones gestoras en el SUS; quienes son los representantes de cada esfera de gobierno designados para el desarrollo de las funciones del Ejecutivo dentro de la salud. Dichos gestores deben actuar en dos ámbitos, el político y el técnico. En el ámbito político, el principal compromiso del gestor es con la población, buscando los derechos en salud de la ciudadanía, por medio de los principios del SUS y de la gestión pública. La actuación técnica del gestor del SUS – se basan con el ejercicio de las funciones gestoras en la salud, la cuales son un conjunto articulado de conocimientos y prácticas de gestión necesarios para la implementación de políticas en el campo de la salud, ejercidas de forma coherente con los principios del sistema público de salud y de gestión pública. Identificados en cuatro grandes grupos de funciones de la salud: *formulación de políticas/ planificación; financiamiento; coordinación, regulación, control y evaluación; y prestación directa de servicios de salud.*

El papel de los tres niveles de gobierno en la asistencia, parte de las directrices del SUS, para cada esfera, los cuales comparten atribuciones entre ellas, de forma bastante genérica y abarcando varios campos de actuación como:

4. **Observaciones generales:** Obtienen mayor especificidad de las competencias del Ministerio de la Salud y de los municipios, que de los estados. Con mayor énfasis en la descentralización de las acciones y servicios de los municipios.

- ***Ministerio de la Salud:***

Son atribuciones del Ministerio de la Salud, actividades estratégicas nacional, ya sea en el campo de la planificación, control, evaluación y auditoria, como en la promoción de la descentralización. Con relación a las redes asistenciales, existe un énfasis en el papel del MS, en la coordinación nacional de tres sistemas: de alta complejidad, de laboratorio de salud pública y de sangre y hemoderivados. Así como, elaborar la Planificación Nacional en el ámbito del SUS, en cooperación técnica con los Estados, Municipios y Distrito Federal; Con relación a regionalizar la asistencia, el MS es responsable por: Definir las normas e instrumentos técnicos de implementación de la NOAS (inclusive los que regulan las relaciones entre el Sistema Único de Salud y los servicios privados contratados de asistencia a la salud), Prestar cooperación financiera a los Estados para la elaboración de los instrumentos de planificación y para la implementación de sistemas de acompañamiento y control del sistema estadual, prestar cooperación técnica y financiera a los Estados, DF y Municipios para el perfeccionamiento de su actuación institucional, administrar el sistema de referencias inter.-estaduales, acompañar, controlar y evaluar las acciones y los servicios de salud, respetadas las competencias estaduais y municipales, definir, regular, coordinar y ofrecer cooperación técnica de forma nacional, para los sistemas nacionales de, Sangre, Componentes y Derivados, de Laboratorios de Salud Pública y Redes integradas de asistencia de alta complejidad. Debe cumplir también con la realización de inversiones dirigidas a la reducción de las desigualdades/ iniquidades en el territorio nacional y ejercer el papel de gerente y ejecutor de servicios en carácter de excepción y/o provisional, en el caso de unidades complejas de referencia nacional que aún no hayan sido transferidas a estados o municipios.

- ***Secretarías de Estado de Salud***

En lo que se refiere a la función de planificación, el papel de la directiva del SUS, es la de planificar, programar y organizar la red regional y jerarquizada del SUS,

Con relación al control y evaluación, el papel del estado es de acompañamiento, control y evaluación de las redes jerarquizadas del SUS. Con relación a las redes asistenciales específicas, es el gestor estadual quien coordina los tres sistemas: de alta complejidad, de laboratorios de salud pública y de hemocentros. Las atribuciones específicas del gestor estadual con relación a la planificación, control, evaluación, gestión y ejecución general de acciones y servicios, son inexistentes; así como para los servicios privados contratados por el SUS, por lo que ya se encuentra la normalización, en la contratación, en el control o en la evaluación.

- ***Secretarías Municipales de Salud:***

Para el modelo del SUS, el papel de la dirección municipal del mismo, en planificar, organizar, controlar, evaluar las acciones y servicios de la salud, para crear y ejecutar los servicios públicos de salud. Para los servicios privados, se enfatiza el papel del gestor municipal en la realización de contratos y convenios, controles, evaluaciones y fiscalización de prestadores privados. Dicho gestor cuenta con las atribuciones de: analizar las necesidades de servicios, realizar la planificación y la programación operativa de los servicios de salud en su territorio, ejecutar acciones de control y evaluación de los servicios públicos y contratados, contratar los servicios privados (cuando el sector público sea insuficiente para satisfacer las necesidades de Servicios), *gerenciar y ejecutar los servicios públicos de salud*, es responsable por las acciones de orientación al usuario sobre el acceso y el uso de los servicios, realizar inversiones dirigidas a la reducción de las desigualdades /iniquidades en el territorio municipal, Participar de la planificación regional / estadual, entre otras que el estado dirija en su momento.

Por lo tanto se podría decir que el sistema de salud brasileño, cuya estructura jurídico-institucional, se encuentra en pleno proceso de consolidación, orientado por la efectiva implementación de sus principios y directrices. La descentralización de recursos y responsabilidades para los estados y los municipios, se constituye en uno de los más importantes elementos de dicho proceso. Sin embargo, dadas



las características del país y de su modelo federativo, se hace imprescindible la articulación entre los diversos niveles de gobierno para garantizar que toda la población tenga acceso al sistema, en todos sus niveles de atención, con calidad, independientemente del lugar de residencia.

Se identifica que la realización de variados pactos de gestión en los estados brasileños, actualmente, se ve como un problema para la organización del SUS. Pues la percepción en algunos casos, es de desorganizados, lo que causa conflictos permanentes entre los gestores estatales y municipales y llevan al rompimiento del principio de mando único sobre el sistema, en cada nivel de gobierno. En ese sentido, la mejor definición de las responsabilidades de cada nivel de gobierno, dentro del contexto de la implementación del proceso de regionalizar la salud, es que cada nivel de gobierno desempeñe sus responsabilidades operativas y de gestión de forma armónica y cooperativa y así poder avanzar en la superación de los desafíos enfrentados en la construcción del SUS y garantizar a la población brasileña una atención a la salud de calidad.

## **6. RETOS QUE DEBE ENFRENTAR EL AUDITOR MEDICO PARA ADAPTARSE A LOS PROCESOS DINÁMICOS QUE ENMARCA LA GLOBALIZACIÓN.**

Recapitulando, hemos dibujado someramente las principales características de la globalización económica y la salud. Hemos destacado algunos aspectos positivos y algunos problemas que debe enfrentar la práctica de auditoría en el sector salud.

Es necesario conjugar las reformas estructurales de los Sistemas de Salud y acuñar un nuevo discurso que oriente al auditor en salud en las políticas de la globalización, dentro de los retos está, comprender la mercantilización de la salud. Ello debe repercutir, necesariamente, en la actualización en los programas de formación para los auditores en salud. (18)

La ventaja de la globalización puede ser administradas por el auditor en salud, si:

- Conoce el desarrollo de herramientas, como resultado de la cooperación entre países, para el fortalecimiento de las regulaciones internacionales de salud, ejemplo para la vigilancia y detener la propagación de enfermedades transmisibles, reducción de los precios de los medicamentos como los antirretrovirales.
- Trabaja por una cultura de concertación, a través de alianzas con entidades nacionales, organismos internacionales, con lo que pueden fomentar una mayor conciencia de calidad.
- Capacidad para supervisar el impacto y la búsqueda de soluciones, mediado por un espíritu de cooperación mundial, uno de los beneficios de la globalización, y reducir al mínimo sus efectos negativos sobre la salud.

Con base en el último enunciado, el auditor debe documentarse en los diferentes tratados que surgen entre organizaciones internacionales, para hallar soluciones efectivas en pro del desarrollo humano sostenible, como los de la OMC y la OMS:

<b>Recuadro 5</b> <b>Cuestiones concretas de salud y Acuerdos más pertinentes de la OMC<sup>1</sup></b>							
Norma o Acuerdo de la OMC	Agricultura	MSF	OTC	ADPIC	Servicio (AGCS)	GATT Artículo XXb	Otros
<b>Cuestión de salud</b>							
Lucha contra las enfermedades							
infecciosas		x	x			x	
Inocuidad							
de los alimentos		x					
Lucha contra							
el tabaquismo	x		x	x	x	x	
Medio ambiente		x	x			x	
Acceso a medicamentos				x			
Servicios de salud					x		x
Seguridad alimentaria	x	x				x	
<b>Nuevas cuestiones</b>							
- biotecnología	x	x	x	x			
- tecnología de la información				x	x		
- conocimientos tradicionales				x			
<sup>1</sup> . Sólo se mencionan los Acuerdos más pertinentes en relación con las cuestiones concretas de salud.							

(19)

**Agricultura:** Acuerdo de la OMC sobre la Agricultura se negoció en la Ronda Uruguay celebrada entre 1986 y 1994.

**MSF:** Acuerdo de la OMC sobre la Aplicación de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias.

**OTC:** Acuerdo de la OMC sobre Obstáculos técnicos al comercio.

**ADPIC:** Acuerdo de la OMC sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio.

**AGCS:** Acuerdo general sobre el comercio de servicios, se inspiró básicamente en los mismos objetivos que su equivalente en el comercio de mercancías GATT.

**GATT artículo xxb:** Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT de 1947)

## **6.1 ENTENDIMIENTO DE LOS CONCEPTOS DE LOS CLUSTERS**

El auditor en salud tiene el reto de entender la filosofía de la organización horizontal en que se basa los clusters, estar al nivel de las empresas competitivas que operan en mercados globales. El auditor interesado en trabajar en un cluster, puede comenzar para enmarcarse con realizar el diseño de un diagrama de flujo de todas las posibles cadenas de producción involucradas con su sector. Estas deben incluir los elementos o procesos que le afecten tanto directa como indirectamente. Conocer las fortalezas que dan el éxito a los clusters:

- Productos con altos estándares.
- Construir un futuro de entornos de innovación tecnológica.
- Suscripción de convenios que garanticen la compra-venta de servicios de salud.
- Atender al cliente garantizando la continuidad.
- Menor costo de los insumos.
- Reportes gerenciales de las operaciones para mejor manejo administrativo de las partes.

- Manejo descentralizado, pero coordinado de las operaciones y de la información.
- Mayor nivel de desarrollo y de competitividad, con las mejoras en calidad y consistencia de los procesos y/o productos.

Elementos con los cuales puede trabajar un auditor para laborar en un cluster:

- Entendimiento de los conceptos de los CLUSTERS.
- Evaluar las sinergias del clusters.
- Identificación y seguimiento de cadenas productivas.
- Identificación de los componentes críticos (Grupos empresariales).
- Identificación de clientes Nacionales y/o Internacionales.
- Conocer el perfil de las empresas involucradas, su infraestructura física y de servicios.
- Análisis del entorno y comportamiento global del sector. (20).

En Medellín, ya contamos con organización de los Clusters, para varios servicios, entre los que se encuentra medicina y odontología, con empresas e instituciones especializadas y complementarias en la actividad de medicina, odontología, (visitar pagina web <http://www.medellinciadadcluster.com>), y como ejemplo de este clusters esta **Medellín Health** City, que cuenta con las siguientes Instituciones prestadoras:

- Clínicas y Hospitales: Clínica del Prado, InSer, Hospital San Vicente de Paúl, Clínica Clofán, Clínica El Rosario, Clínica Las Américas, Clínica Las Vegas, Hospital Pablo Tobón Uribe, Clínica Cardiovascular.
- Odontología: Odontología Contemporánea, Dental Center, Odontología Promta, Odontología Especializada. Laureles, Especialistas en Salud Oral, Centro Odontológico Congregación Mariana.
- Transporte: SARPA (servicio de ambulancia aérea)

## BIBLIOGRAFIA

1. Mittelman James H., El síndrome de la globalización, siglo veintiuno editores. México 2002. p 18
2. The Legacy of Bretton Woods. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://profwork.org/wsy/aglz/bw.html> Visitado: septiembre 11 de 2010
3. Morales Fernando A., Globalización: conceptos, características y contradicciones. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.reflexiones.fcs.ucr.ac.cr/documentos/78/globalizacion.pdf> Visitado: octubre 16 de 2010
4. Las causas y los efectos de la globalización. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.wgsr.uw.edu.pl/pub/uploads/actas04/03-bonasewicz.pdf> Visitado: septiembre 07 de 2010
5. Effects of Globalization. . [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.economywatch.com/economics-theory/globalization/effects.html> Visitado: septiembre 07 de 2010
6. Piscoya. J. Calidad de la atención en salud a través de la auditoría. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://auditoriamedica.wordpress.com/2009/02/05/calidad-de-la-atencion-en-salud-a-traves-de-la-auditoria-medica/>. Visitado: Julio 18 de 2010

7. Williams E., The impact of globalization on internal auditors: the evolution of internal auditing. The Institute of Internal Auditors Research Foundation Board of Trustees Administrators of The Esther R. Sawyer Scholarship Award. March 1, 2002
8. Spiegell J. , Yassi A. Efectos de la globalización en el ámbito laboral de la atención en salud y en sus trabajadores ,The global occupational health network 2005, vol. 8
9. Plan Vallejo de servicios. . [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.inviertaencolombia.com.co/zonas-francas-y-otros-incentivos/plan-vallejo-de-servicios.html>. Visitado: Octubre 20 de 2010
10. Salud electiva: turismo medico en Latinoamerica. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://medicaudit.com.ar/salud-electiva/>. Visitado: Julio 18 de 2010
11. Documento CONPES 3678. . [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.snc.gov.co/Es/Institucionalidad/Documents/Conpes/Conpes%203678%20transformacion%20productiva.pdf> Visitado: Octubre 20 de 2010
12. Zona franca Colombia. . [Sitio en internet]. Disponible en: [http://www.productosdecolombia.com/main/guia/Zona\\_Franca.asp](http://www.productosdecolombia.com/main/guia/Zona_Franca.asp). Visitado: Octubre 20 de 2010
13. José. Piscoya. Arbañil. Barbieri. Diplomatura de Auditoria Médica Facultad de Medicina, UNMSM. Calidad de la Atención en Salud a través de la Auditoría Médica 2009; . [Sitio en internet]. Disponible en:

<http://auditoriamedica.wordpress.com/2009/02/05/calidad-de-la-atencion-en-salud-a-traves-de-la-auditoria-medica/> Visitado: Octubre 10 de 2010

14. Martínez Ferreira Matías, Microeconomía: Análisis de los sistemas de seguridad social Argentino y Venezolano. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/recursos4/docs/eco/siseguri.htm> Visitado: Septiembre 20 de 2010.
15. Sistemas de salud de tres países. . [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos11/arsisalud/arsisalud.shtml?monosearch> Visitado: agosto 10 de 2010
16. Ministerio de Salud de Chile, *sistema de salud chileno* [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/documentos/otros/Sistemasaludchileno.pdf>. Visitado: Noviembre 1 de 2010
17. Renilson Rehem de Souza, El sistema Público de Salud Brasileño [Sitio en internet]. Disponible en: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_salud.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_salud.pdf). Visitado: Octubre 16 de 2010.
18. Marciano Sánchez Bayle, Alguacil Gómez Julio, Benito Diego Gregorio, Cejudo Reverte, Homedes Nuria, Lethbridge Jane, et al. Globalización y Salud 2009, GPS Madrid ediciones, Primera ed. mayo 2009 [Sitio en internet]. Disponible en: [http://www.nodo50.org/fadsp/pdf/globalizacion%20y%20salud%20\(1\).pdf](http://www.nodo50.org/fadsp/pdf/globalizacion%20y%20salud%20(1).pdf) visitado el 27 de julio de 2010.



19. Los acuerdos de la OMC y la Salud Pública . [Sitio en internet]. Disponible en:

[http://www.who.int/trade/resource/en/who\\_wto\\_s.pdf](http://www.who.int/trade/resource/en/who_wto_s.pdf) visitado: Agosto 15 de 2010

20. Clusters . [Sitio en internet]. Disponible en:

<http://www.monografias.com/trabajos29/clusters/clusters.shtml> Visitado el 15 de octubre de 2010