

**PROTOCOLO E INSTRUMENTOS  
PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN PARA LA  
ELABORACIÓN DE LOS PERFILES DE LOS SUBSISTEMAS DE  
INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS PAÍSES  
IBEROAMERICANOS**

Contrato No. 036 SNS/OISS  
Producto No. 3 Protocolo e Instrumentos



## CONTENIDO

RESUMEN.....	4
1 INTRODUCCIÓN .....	6
<b>3 OBJETIVO</b> .....	7
Objetivos específicos .....	8
<b>4 MARCO TEÓRICO</b> .....	8
4.1 Antecedentes y Definición.....	8
4.2 Objetivos de los Sistemas de Salud.....	9
4.2.1. Equidad en Salud.....	9
4.2.2. Aseguramiento de las expectativas de renta .....	10
4.2.3. Eficacia macroeconómica .....	10
4.2.4. Eficacia Microeconómica .....	10
4.2.5 Libertad de elección para los consumidores .....	10
3 Funciones de los Sistemas de Salud.....	10
4.3.4. Función de Rectoría.....	12
4.3.5. Función de Prestación de servicios.....	12
4.3.6. Función de Supervisión .....	12
4.3.6.1.2 Funciones de la Operación .....	15
4.4 Estructura de un Sistema de Salud .....	16
4.5. Clasificación de los Sistemas de salud .....	18
4.5.1 Modelos.....	18
4.6 Dificultades en los Sistemas de Salud .....	24
4.6.1 En equidad.....	24
4.6.2 En el Aumento del gasto .....	24
4.6.3 En la Calidad del servicio .....	24
4.6.4 En los Sistemas de Información .....	24
4.6.5. En Capacidad Técnica .....	24
4.6.6. Análisis de los Sistemas de Salud .....	25
4.6.7. Modelo de gestión .....	25
4.6.8. Modelo de financiación .....	25
4.6.9. Gasto del país en salud.....	25



4.6.10 Origen de los recursos.....	25
4.6.11 Asignación de los recursos.....	26
4.6.12 Modelo de prestación.....	26
<b>5 METODOLOGÍA .....</b>	<b>26</b>
5.1 Tipo de estudio.....	26
5.2 Población .....	26
5.3 Criterios de selección .....	26
5.3.1 Criterios de inclusión.....	26
5.3.2 Criterios de exclusión .....	26
5.3.3 Procedimiento.....	27
5.3.4. Pautas para la revisión de la literatura sobre Regulación y Control de los países Iberoamericanos .....	27
Descripción de variables de estudio en cada categoría .....	31
5.9.1 Análisis del Sistema de salud .....	31
5.10 Instrumentos para la recolección de información.....	34
5.11 Procesamiento y análisis .....	34
<b>6 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....</b>	<b>34</b>
Bibliography .....	35



## RESUMEN

La elaboración de los Perfiles de los Subsistemas de Inspección, Vigilancia y Control se realizará en varias fases:

### **Fase 1. Elaboración del protocolo y del instrumento de recolección de datos.**

Un protocolo de investigación se define como el documento mediante el cual se exponen los antecedentes y motivos por los cuales se realiza una investigación o estudio. El protocolo especifica los objetivos, diseño, metodología y procedimiento que se emplearán para la observación, interpretación y análisis de la información. Para el caso del presente estudio, el protocolo que se presenta a continuación, es un documento mediante el cual se explicara la manera como se obtendrá la información y realizar el análisis para la construcción de los perfiles de los subsistemas de Inspección, Vigilancia y Control de los países Iberoamericanos. Dentro de la metodología (NUMERAL II), se especifica el procedimiento mediante el cual se elabora el instrumento de recolección de datos.

El Marco teórico (Numeral 1.3), es un preliminar y exploratorio general, basado en unidades temáticas correspondientes a las variables de estudio. Estas variables de estudio se dividieron en dos categorías: La primera se refiere a temáticas de la categoría: **Sistema de salud**, sobre Antecedentes y definición, Objetivos, Funciones, Estructura, Clasificación y dificultades; con esta información se lograra inicialmente comparar aspectos básicos del modelo de Sistema de salud que posee cada país miembro del Observatorio

La segunda categoría se refiere a las unidades temáticas correspondientes a temas de **Supervisión**: (Inmersa en el Sistema de Salud, ya que es una de sus funciones), razón por la cual es necesario entender primero el Sistema de salud antes de analizar la función de Supervisión la cual incluye los subsistemas de Inspección, Vigilancia y Control. Las unidades temáticas de Supervisión, se dividen en temas que tienen que ver con la relación del gobierno con supervisión, operación de la supervisión en el país y el empoderamiento; cada uno de estos temas a su vez se subdivide en unidades temáticas especificadas en Función de supervisión, referido en el numeral 1.3.3 (Funciones del Sistema de salud).

El marco teórico definitivo será parte del documento: Perfiles de los Subsistemas de Inspección, Vigilancia y Control.

**Fase 2. Recolección de datos.** Para la recolección de datos se diseñó una matriz de operacionalización de variables, a partir de la que obtendrá la información relacionada con las posibles vías de captura de la información. La matriz facilita formular los métodos de recolección de cada variable, se estima que la mayor parte se obtenga mediante fuentes secundarias, tales como base de datos (formulario electrónico), cuestionario, o consulta a expertos, la información específica que se requiera de cada país se obtendrá mediante un mecanismo de consulta el que se definirá teniendo en cuenta la cantidad y tipo de información recolectada en fuentes secundaria



Se llevara a cabo a partir de dos fuentes: **Fuente Primaria:** A través de un instrumento cuestionario electrónico (ANEXO 2), elaborado a través de los objetivos específicos y la matriz de operacionalización de variables (ANEXO 1). Este cuestionario será aplicado y auto diligenciado por funcionarios y expertos de supervisión en cada país, contactados a través de la OISS-Organización Iberoamericana de la Seguridad Social. Se realizará una prueba piloto para explorar las dificultades en el diligenciamiento y en la modalidad de las preguntas, a partir de lo cual se harán los ajustes definitivos, correspondientes a la encuesta. **Fuente secundaria:** A través de una revisión de la literatura, a partir de bases de datos, con la revisión de artículos científicos, de opinión, monografías, documentos publicados y en proceso de publicación y consulta en las páginas de internet de cada entidad responsable de la regulación y supervisión en cada uno de los países miembros de la Red de Órganos de Inspección, Vigilancia y Control de los países Iberoamericanos. Las fichas con los datos que se recolectarán se diseñaron y colocaron en el procedimiento descrito en el numeral II. Metodología.

**Fase 3. Tabulación y análisis de la información.** Los datos se analizarán mediante un análisis descriptivo con distribución de frecuencias y porcentajes para los datos cuantitativos y los de tipo cualitativo, relacionados con preguntas abiertas, el análisis se realizará mediante la triangulación.

**Fase 4. Final.** Se realizará la entrega de un documento final con el análisis de los resultados y entrega del Perfil de los subsistemas de Inspección, Vigilancia y Control de los países Iberoamericanos.

A continuación se describe entonces los pasos a realizar para la entrega del Protocolo e Instrumento para la recolección de información para los perfiles de los Sistemas de Inspección, Vigilancia y Control de los países Iberoamericanos. (Fase 1)

## 1 INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud, como unidades de análisis, estudio y comparación, constituyen concepciones complejas y en permanente evolución, a veces difíciles de parametrizar y contrastar. Sin embargo el estudio de casos de sistemas de salud y la elaboración de modelos o tipologías resulta de gran utilidad, tanto para la identificación de fortalezas y debilidades comunes a cada prototipo, como para registrar experiencias, buenas prácticas o estrategias de gestión probadas, que podrían adaptarse, difundirse y ser útiles. Por sus cualidades, los análisis comparados de sistemas de gobierno, y de salud, se han constituido en la base para el estudio y modificación de las reformas de salud, el diseño de las políticas públicas, y en temáticas obligadas en universidades y programas de estudio.

Los sistemas de salud tienen sus orígenes institucionales en el siglo XIX, pero se desarrollaron ampliamente durante el siglo XX, especialmente en Iberoamérica; desde hace tres décadas vienen transformándose con gran dinamismo y es destacable que entre los cambios más significativos, que se pueden reconocer se encuentra la creciente especialización de las funciones de supervisión, vigilancia y control, como componentes de la rectoría y la gestión.

La función de supervisión y control atraviesa transversalmente todos los componentes y organismos de los sistemas de salud, con el objeto de identificar y corregir las desviaciones de sus objetivos y estándares, para introducir mecanismos correctivos y de mitigación. Funciones que son esenciales como instrumento de mejoramiento y aprendizaje, identificación de riesgos, seguimiento, para la toma de decisiones que garanticen la sostenibilidad y el prestigio de los sistemas de salud. De igual forma las funciones son utilizadas para el establecimiento de medidas preventivas, que permitan desarrollar estrategias, servicios y atenciones con calidad, eficacia y eficiencia.

Es responsabilidad de los países, contribuir a la eficiencia de la prestación de los servicios de salud con el uso racional de los recursos, por tanto, todos los agentes involucrados deben dirigir sus acciones hacia este objetivo, con la participación de la comunidad.

La idea de construir los perfiles de los subsistemas de Inspección, Vigilancia y Control de los países Iberoamericanos es un objetivo dentro del Observatorio de Órganos de Inspección, Vigilancia y Control de los países Iberoamericanos, que surgió a partir de las diferentes reuniones efectuadas desde 2007, por los Superintendentes de Salud de los diferentes países de Iberoamérica (Colombia, Chile, Argentina, Brasil, México, Uruguay, Perú, Ecuador y Paraguay), con el apoyo y acompañamiento de la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social-OISS, en calidad de organismo internacional cooperante y de apoyo



técnico, en la realización de las actividades necesarias para consolidar una red de Organismos de Regulación y Control en Salud.

El primer paso para el acercamiento a las experiencias de cada país en materia de salud y su resultado, es la construcción de los perfiles de identificación de los subsistemas de Inspección, Vigilancia y Control de los países iberoamericanos. Con el diseño y la elaboración del protocolo (y sus instrumentos) para la recolección de información que será la base de la de identificación de perfiles, se pretende obtener suficiente información para identificar aspectos relacionados con las funciones de los subsistemas de Inspección, Vigilancia y Control de los países iberoamericanos así como, convertirlos en una fuente de consulta, de estudio, de análisis, de solución de inquietudes y de intercambio entre los países.

Metodológicamente el abordaje del estudio se presenta desde lo general a lo particular, comenzando con la aproximación a cada uno de los elementos comunes y no comunes en los Sistemas de Salud de los diferentes países, exponiéndolos a partir de una revisión de la literatura y de la aplicación de una encuesta a funcionarios y expertos en Inspección, Vigilancia y Control en cada país. Posteriormente se hará una presentación de los elementos clave a nivel de Inspección, Vigilancia y Control, en cuanto a su transformación normativa y funciones.

## 2 JUSTIFICACIÓN

La responsabilidad de los gobiernos y de las organizaciones, es el desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas de Salud, así como la verificación del cumplimiento de las normas y directrices, para lo cual han sido creadas herramientas de inspección, vigilancia y control.

Con la identificación de los perfiles de los subsistemas de Inspección, Vigilancia y Control de los países Iberoamericanos se podrá construir una fuente de consulta e intercambio de experiencias, sobre las metodologías, procesos y procedimientos de supervisión, de los países que integran la red. Adicionalmente, el perfil, constituye una herramienta para el conocimiento de características tales como antecedentes, estructura, funciones y criterios de clasificación en cada país; estos elementos finalmente permitirán conocer las fortalezas, necesidades de cada uno y observar los avances para posteriormente realizar un análisis comparativo, que a su vez, contribuya al enfoque constructivo de planes de mejoramiento y toma de decisiones de manera colaborativa.

## 3 OBJETIVO

Elaborar un protocolo y sus instrumentos, que servirá de base para la obtención de la información que permita describir, caracterizar y clasificar los principales organismos de inspección vigilancia y control en salud de los países que integran la Red de Organismos de



Regulación y Control a nivel Iberoamericano, a partir del análisis de sus antecedentes, funciones y competencias, estructura organizacional y la normatividad que los rige.

#### Objetivos específicos

1. Diseñar el procedimiento para el levantamiento de información para describir los subsistemas de Inspección, Vigilancia y Control de los países Iberoamericanos.
2. Identificar variables relevantes que permitan realizar la identificación, registro y sistematización de información para describir, caracterizar y clasificar los subsistemas de Inspección, Vigilancia y Control de los países Iberoamericanos.
3. Identificar las fortalezas, problemas y necesidades del Sistema de salud y en su Modelo de supervisión para cada país, miembro del Órgano de IVC en los países Iberoamericanos.

## 4 MARCO TEÓRICO

### 4.1 Antecedentes y Definición

El crecimiento de las ciudades y la formación de clases sociales indujeron la conformación de asociaciones para ayudar a los enfermos. En el siglo XIX, en Europa surgió El “seguro voluntario de enfermedad”. En 1848, el parlamento inglés promulgó las primeras leyes de higiene pública. Muchos acontecimientos históricos se sucedieron antes del surgimiento de los modelos de atención de enfermos. En Alemania, entre los años 1883 y 1889 periodo en el cual los socialdemócratas se imponían a los conservadores, el conservador Otto Bismark, introdujo la primera ley de seguro obligatorio para compensar la incapacidad y los gastos de atención médica, lo cual marco un hito en los modelos de salud. Se creó entonces, las Krankenkassen o cajas colectivas, voluntarias para los obreros de ingresos bajos, mientras que los de ingresos elevados estaban exentos.<sup>1</sup>

Durante la primera guerra mundial ya existían diferentes formas de atención en salud pero aún no se consideraba una responsabilidad de naturaleza social sino individual. En Inglaterra, el Servicio Nacional de Salud Británico dispuso un servicio de salud total, curativa y preventiva para todo residente en las Islas Británicas, la mayoría de los hospitales quedaron bajo la responsabilidad del gobierno y todos los especialistas de los hospitales recibieron un sueldo. Se siguió conservando la práctica privada de consultorio que se fue modificando con la creación de Centros de Salud Vecinales. Todos los países europeos fueron transformando sus sistemas de salud, de ellos el último en hacerlo fue Suecia. En América Latina la mayoría de países avanzaron en sus sistemas a partir de 1945, el primero en tenerlo fue Chile en 1952.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> (Roemer, 1980)

<sup>2</sup> (Sistemas de salud comparados - Breve recorrido histórico y el impacto de las reformas de los años 90, 2015)



A partir de estos acontecimientos, los países han concentrado sus esfuerzos, en la búsqueda del mejoramiento de las condiciones de salud, conscientes del impacto de esta sobre el capital humano y a su vez sobre su economía.

Desde el punto de vista económico, el sector salud es un ejemplo de los principales fallos del mercado y esto debido a que contiene diversos mercados incompletos que dificultan su abordaje a través de la visión usual de mercado; de ahí la necesidad de los gobiernos de la intervención pública en este sector, con el fin de proporcionar lineamientos, objetivos, roles y directrices que cada agente debe seguir al interior del Sistema de Salud.

Un Sistema de Salud basado en sus objetivos y teniendo en cuenta sus políticas públicas puede definirse de diferentes maneras, sin embargo la definición de la Organización Mundial de la Salud en 2007 reúne los elementos de todas ellas. La OMS define “Sistema de Salud”, como un conjunto, que es la sumatoria de todas las instituciones, organizaciones y recursos, que interrelacionados tienen como finalidad mejorar la salud en las poblaciones. Este propósito es cumplido por un Sistema de Salud si mantiene condiciones de calidad que proporcionen una buena prestación de servicios de salud tanto preventivos como curativos, haciendo uso racional de sus recursos financieros, humanos, tecnológicos y de comunicación, entre otros.<sup>3</sup>

#### 4.2 Objetivos de los Sistemas de Salud

A nivel mundial es común observar ciertos aspectos principales que constituyen los objetivos del sector salud. La OMS en 1999, menciona que cada Sistema de salud debe estar encaminado a cumplir sus objetivos, adaptándolos a cada contexto. Estos objetivos deber mejorar las condiciones de salud, incrementar la eficiencia de la atención sanitaria, reducir el impacto del gasto en salud sobre la economía familiar, promover una financiación acorde con las posibilidades económicas de los diferentes sectores sociales, así como lograr una mayor equidad en el reparto de la atención sanitaria.<sup>4</sup>

Sintetizando estos aspectos, los objetivos de los sistemas de salud son: La equidad, el aseguramiento de las expectativas de renta (Protección de la renta), eficacia microeconómica, eficacia macroeconómica y libertad de elección para los consumidores.

##### 4.2.1. Equidad en Salud

El concepto ha sido confundido con igualdad; sin embargo la equidad implica que los recursos sean asignados según la necesidad y conlleva a que las desigualdades sean valoradas desde la perspectiva de justicia.

<sup>3</sup> (Resolución WHA 60.26, 2007)

<sup>4</sup> (Diccionario de Acción Humanitaria, 2015)



#### 4.2.2. Aseguramiento de las expectativas de renta

Este concepto se refiere a que los siniestros de salud se atiendan a través de bolsas comunes, teniendo en cuenta que los pagos de cada agente deben explorar su capacidad económica.<sup>5</sup>

#### 4.2.3. Eficacia macroeconómica

La eficacia macroeconómica debe interpretar los objetivos y políticas del gobierno y tiene que ver con la decisión del gobierno del porcentaje que debe asignar a salud del total del PIB (Producto Interno Bruto), de acuerdo con los gastos que realiza el sector.<sup>6</sup>

#### 4.2.4. Eficacia Microeconómica

Esta definición tiene que ver con factores tales como maximización de recursos en relación con la mejor prestación de servicios y cobertura en salud, lograr la minimización de costos en la prestación de servicios y el mejoramiento de la productividad.<sup>7</sup>

#### 4.2.5 Libertad de elección para los consumidores

Tiene que ver con el derecho a la libre elección que tienen los usuarios a los servicios de salud.<sup>8</sup>

### 3 Funciones de los Sistemas de Salud

Cada país construye sus funciones con respecto a su modelo y políticas públicas, teniendo en cuenta las necesidades propias. Sin embargo; las funciones adoptadas por la mayoría de los Sistemas de Salud tienen como fin último prestar servicios de calidad a su población. Las funciones adoptadas por la generalidad de países son:

- Regulación
- Financiamiento
- Aseguramiento
- Rectoría
- Prestación de los servicios
- Supervisión

#### 4.3.1. Función de Regulación

Tiene que ver con la definición que el Estado realiza sobre las normas y directrices en la manera de operar los agentes de acuerdo con los objetivos diseñados previamente por el Sistema. Se regula la planeación, la gestión de las políticas públicas. En general la regulación

<sup>5</sup> (Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud - Informe Final, 2015)

<sup>6</sup> (Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud - Informe Final, 2015)

<sup>7</sup> (Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud - Informe Final, 2015)

<sup>8</sup> (Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud - Informe Final, 2015)



es definida como la manera en que el sector público enmarca restricciones a los agentes, para que estos de manera eficiente lleven a equilibrios en la producción y distribución de bienes y servicios que conduzcan al bienestar social

#### 4.3.2 Función de Financiamiento

El funcionamiento del Sistema depende de la generación de recursos y de la manera como estos se distribuyen en las poblaciones, mediante el análisis de diferentes factores tales como número de habitantes, necesidades, etc. El financiamiento se da cuando se trasladan los recursos generados al interior del Sistema, con el propósito de prestar los servicios de salud. Esta movilización del dinero se da a partir de dos fuentes: primaria (empresas, hogares) y la secundaria (gobierno, organizaciones internacionales) La responsabilidad de los entes de IVC es velar porque los aportes sean utilizados eficiente y oportunamente. Las alternativas para el traslado de dineros hacia el interior del sistema pueden darse por diferentes modalidades, mediante las cuales se realizan los pagos directos a los prestadores de servicios de salud o reembolsos a las comunidades cuando estas han sufragado, en primera instancia, los costos del servicio de salud. Estas modalidades se dan a través de:

- Una agencia central de orden gubernamental, estas son encargadas de realizar los pagos directos a los prestadores de servicios de salud o reembolsos a las comunidades cuando estas han sufragado en primera instancia, los costos del servicio.
- Un grupo de agencias de carácter público.
- Un grupo de agencias privadas.
- Un esquema mixto (público y privado).

El reconocimiento del pago a terceras partes puede darse a través de:

- presupuestos globales en función de la población sobre la cual es responsable del pago o reembolso de los servicios de salud.
- Asignación de presupuestos globales en función de la territorialidad.
- Asignación de sumas determinadas por cada poblador o afiliado que tenga a su cargo para el pago de los servicios o el reembolso de los pagos, sin distinción de su ubicación territorial. Este aspecto es lo que se denomina la capitación y alude simplemente al monto que el sistema reconoce a los aseguradores por cada individuo que se encuentre bajo su protección.<sup>9</sup>

#### 4.3.3. Función de Aseguramiento

Es la manera como los agentes aseguradores toman los fondos a partir de los individuos para la prestación de los servicios. Los aseguradores son esas agencias públicas o privadas que se encargan de asegurar a los aportantes. La función esencial es convertirse en

<sup>9</sup> (Organización Mundial de la Salud, s.f.)



intermediarios entre los consumidores y los prestadores del servicio de salud. La vinculación a las aseguradoras puede ser obligatoria o voluntaria.

La eficiencia del aseguramiento puede darse dependiendo de si existe una única aseguradora, lo que constituye una estructura monopólica, o si se tiene un conjunto de aseguradoras plurales de origen estatal o privada.<sup>10</sup>

#### 4.3.4. Función de Rectoría

La OMS en 2002 le atribuye a la función de rectoría un alcance mayor que el de la reglamentación, involucra todos los entes sociales y comprende actividades tales como dirigir las políticas de salud e influir en todas las funciones, organización y decisiones del Sistema sobre la prestación de servicios, a quienes y en qué forma proporcionarlos, de manera que se alcance los objetivos del mejoramiento de las condiciones de salud de las poblaciones, asegurando la calidad del servicio.

#### 4.3.5. Función de Prestación de servicios

Consiste en la producción de servicios de salud y la manera como se brinda a los consumidores o usuarios de esos servicios. Hay casos donde la prestación de estos servicios es de exclusividad del Estado y otros donde la responsabilidad es de carácter privado, o de carácter mixto. En todos los esquemas de aseguramiento es responsabilidad garantizar la calidad de la prestación del servicio, el uso racional de insumos, recursos.

La competencia regulada entre los prestadores se hace necesaria bajo condiciones de acreditación por parte de las aseguradoras, quienes deben fijar los controles, con el fin de colaborar con el Estado en la supervisión de los procesos en la prestación del servicio de salud.<sup>11</sup>

#### 4.3.6. Función de Supervisión

La OMS ha definido la supervisión como una actividad administrativa, que constituyen la «serie general de medidas para garantizar que el personal lleve a cabo sus actividades de manera eficaz y sean más competentes en su trabajo»<sup>12</sup>

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, en el año 2000, adoptó una observación general sobre el derecho a la salud a partir de cuatro elementos: **Disponibilidad**, se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud. **Accesibilidad**, los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación, hacen parte de esta la accesibilidad física, económica e informativa. **Aceptabilidad**, todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los

<sup>10</sup> (Protección social y sistemas de salud “Los sistemas de salud y de protección social frente a los nuevos escenarios epidemiológicos y demográficos”, s.f.)

<sup>11</sup> (Protección social y sistemas de salud “Los sistemas de salud y de protección social frente a los nuevos escenarios epidemiológicos y demográficos”, s.f.)

<sup>12</sup> (D, M, & A., 1988)



requisitos del género y el ciclo de vida, y **Calidad**, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico.<sup>13</sup>

El fundamento de la supervisión es observar el cumplimiento de estos elementos y su razón de ser es velar porque todos los agentes del Sistema funcionen acordes con sus objetivos, por lo que debe estar inmersa en todas las acciones que se ejecuten, a pesar de interrelacionarse con la regulación, es una función autónoma, que constituye un pilar para el mejoramiento de la regulación a partir del monitoreo, de todos los procesos del Sistema, mediante la inspección, vigilancia y control.

Con esta función se busca monitorear y complementar los incentivos y las prescripciones contenidos en las normas, de modo que los agentes se comporten del modo previsto y el desempeño real del sistema se acerque en la medida de lo posible a lo deseado, cerrando así las brechas de desempeño.

Para ejercer sus funciones los entes de supervisión deben cumplir con una serie de características como son: La especialización es decir el conocimiento específico, la independencia y autonomía jurídica, administrativa y financiera, idealmente su dirección debe estar alejada del poder político, con períodos fijos prorrogables, debe existir una articulación entre los diferentes entes de supervisión y debe coordinar las acciones de los diferentes entes de inspección, vigilancia y control.

Las funciones de Inspección, vigilancia y control son finalmente responsabilidad pública, aunque esto no quiere decir que el gobierno debe encargarse directamente de su operación, cada país, difiere en el grado de participación de entidades privadas en dicha operación. La supervisión es crucial en el Sistema de Salud, ya que orienta a los agentes del Sistema a cumplir con sus funciones, anteponiéndolas a sus intereses propios; a su vez los subsistemas de inspección, vigilancia y control se apoyan en otros agentes.<sup>14</sup>

#### *4.3.6.1. Inspección, Vigilancia y Control*

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el Plan de Acción Mundial de Salud de los Trabajadores del año 2007<sup>3</sup> propone a los países mejorar la cobertura y la calidad de los servicios de salud integrando el desarrollo de esos servicios con las estrategias sanitarias nacionales, las reformas del sector sanitario y los planes para mejorar el funcionamiento de los sistemas de salud; mediante, la definición de normas específicas en materia de organización y cobertura de los servicios; la Fijación de objetivos para aumentar la cobertura de la población activa con servicios de salud ; el diseño y la creación de mecanismos para mancomunar recursos y financiar la prestación de estos servicios y; Garantizando la disponibilidad de recursos humanos suficientes y debidamente calificados, y estableciendo sistemas de garantía de la calidad.

<sup>13</sup> (Móñitor Estratégico No. 2, s.f.)

<sup>14</sup> (Colaboremos por la Salud: Informe de Salud en el Mundo 2006, 2007)



Las herramientas que las entidades del Estado utilizan para supervisar todos los factores necesarios para el funcionamiento del Sistema de salud, son:

La **Inspección**, concebida como “El conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema y que sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica de las entidades sometidas”

La **Vigilancia**, consiste en “advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios de salud, atención del usuario, participación social y demás que cumplan con las normas que regulan el Sistema”

El **Control**, es la responsabilidad de “ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa) de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal ya sea por acción o por omisión”.

El análisis de la Inspección, Vigilancia y Control debe darse en función de los modelos de Financiamiento, gestión y prestación de los servicios de salud. A su vez cada modelo agrupa una serie de aspectos relacionados con el ¿qué? Y a ¿quiénes? Se supervisa.

Finalmente el análisis de las funciones de los subsistemas debe realizarse desde la visión del gobierno, la operación del supervisor y el empoderamiento.

#### 4.3.6.1.1 Funciones del Gobierno

El análisis desde la visión del Gobierno está relacionado con las siguientes funciones:

- Ampliar la cobertura
- Medir el impacto de salud en la población
- Proporcionar recurso humano calificado, con un nivel de especialización y motivación, para la supervisión. (Evitar la rotación de personal).
- Capacitar recurso humano vinculado o contratado.
- Facilitar el seguimiento a los planes, programas y actividades de salud, tanto a nivel nacional como regional.
- Financiar servicios de salud
- Regular el mercado de salud
- Formular normas y reformas en las existentes para agilizar y mejorar el proceso de supervisión. (Evolución normativa).
- Proporcionar medidas correctivas para mejorar la calidad conforme a las necesidades de la población.
- Evaluar los niveles de salud de la población
- Analizar el modelo de Sistema de salud y su influencia en el impacto de salud



- Evaluar el tamaño de la economía para la asignación de recursos.
- Analizar el tipo de prestaciones que deben proporcionarse

#### 4.3.6.1.2 Funciones de la Operación

Con respecto a la Operación el análisis se basa en las siguientes funciones:

- Diseñar los procesos y procedimientos para Inspección, Vigilancia y Control.
- Supervisar a todos los agentes del Sistema de salud.
- Velar por el cumplimiento de los objetivos y funciones de cada agente.
- Supervisar la cantidad, uso, origen y plan de distribución de los recursos financieros.
- Cumplir con funciones de conciliación, seguimiento y sanción.
- Aplicar la normatividad.
- Diseñar, desarrollar e implementar los instrumentos para la supervisión que incluyan aspectos que permitan el análisis de recursos humano, tecnológico y financiero.
- Diseñar e implementar una metodología que concuerde con las necesidades para la supervisión.
- Realizar supervisión y monitoreo preventivo y correctivo.
- Crear y utilizar mecanismos de información, instrucción, guía, retroalimentación y difusión a los supervisados.
- Utilizar sistemas de información que permitan contar con una base de datos completa, con actualización permanente, que faciliten el análisis estadístico y seguimiento de los procesos de supervisión.
- Diseñar una metodología de visita dependiendo de lo que se desee supervisar y a quien se está supervisando.
- Utilizar los resultados de la supervisión como insumos para la planificación.
- Evaluar y analizar el tipo de prestación proporcionada
- Verificación y evaluar la calidad de la prestación del servicio de salud
- Evaluar los sistemas de referencia y contra referencia

#### 4.3.6.1.3. Funciones del Empoderamiento

Se considera materia de supervisión las siguientes funciones de Empoderamiento:

- La Promoción de la participación ciudadana en el proceso de supervisión.
- Promoción de la participación de entidades privadas en el proceso de supervisión.
- La Consulta de la opinión de la comunidad.
- La Realización de encuestas a usuarios.
- La Inclusión de las quejas y reclamos en los procesos de análisis de información para la planificación y programación.



#### 4.4 Estructura de un Sistema de Salud

Un Sistema de Salud está compuesto por diferentes elementos: Los aportantes, los aseguradores, los prestadores de los servicios de salud, los proveedores de medicamentos, los consumidores (los pacientes o usuarios), las agencias estatales.

##### 4.4.1.2. Agentes aportantes

Son todos los agentes que realizan pagos al sector salud. En este grupo se incluye pago del aseguramiento por contribuciones parafiscales como los pagos que se realizan a partir del presupuesto del Estado, se considera en este grupo también aquellos que realizan pagos a seguros privados.

##### 4.4.1.3 Aseguradores

Son las terceras partes que realizan los pagos a los prestadores de servicios cuando ellos son utilizados por los pacientes o usuarios. Su función además debe ser coadyuvar con la eficacia del Sistema.

##### 4.4.1.4 Prestadores de servicios de salud

Son los agentes que se encargan de la atención de los pacientes en términos de la producción y prestación de los servicios. Debe hacerse una distinción entre el cuerpo médico y la institución; asimismo debe diferenciarse los médicos generales de los especialistas. Es diferente hablar de instituciones prestadoras públicas y privadas y dentro de estas las que están integradas verticalmente con sus aseguradores y las que no lo están. Todo lo anterior debe diferenciarse en los diferentes niveles de atención.

##### 4.4.1.5 .Proveedores de medicamentos

Son un elemento necesario en la contención de costos.

##### 4.4.1.6 .Pacientes consumidores

Los pacientes consumidores se diferencian de los aportantes porque no todos los pacientes consumidores son aportantes directos.

#### 4.4.1.7. *Agencias estatales*

Estas son las encargadas del diseño y estructuración del Sistema, conforme a los objetivos y sus políticas, se encargan además de la regulación y de la supervisión; es decir de la Inspección, vigilancia y control de los diferentes agentes para que sus acciones se ajusten a las directrices.<sup>15</sup>

Los componentes que se han considerado críticos y que deben funcionar adecuadamente para brindar servicios equitativos y sostenibles son los siguientes: Políticas, Financiamiento, Recursos humanos, Sistemas de suministro, Gestión de servicios y Sistemas de información y monitorización.<sup>16</sup>

#### 4.4.1.8. *Políticas*

La OMS lo llamó posteriormente liderazgo y gobernanza/rectoría y es considerada como la orientación estratégica establecida por los formuladores de políticas de alto nivel para proteger la salud y seguridad pública, controlar la corrupción y contribuir a un liderazgo eficaz del sector de salud nacional. Incluye los procesos de legislación, regulación y formulación de políticas; incentivos y mecanismos de sanción; sistemas de adjudicación; y coordinación o armonización con otros donantes o actores del sector público para asegurar la provisión de servicios de salud equitativos y sostenibles.

#### 4.4.1.9. *Financiamiento*

Se refiere a movilizar, recolectar, reunir y distribuir recursos para la salud para mejorar su asignación y uso, incrementar al máximo los resultados, la equidad y el estado de salud y proteger a los ciudadanos de gastos en salud catastróficos.

#### 4.4.1.10 *Sistemas de suministro/gestión de farmacéuticos e insumos*

Se refiere al sistema nacional de suministro de medicamentos e insumos e incluye el desarrollo de políticas de medicamentos, registro y regulación, mecanismos de aseguramiento y control de calidad, además de selección de medicamentos e insumos, cuantificación, adquisición, almacenamiento y distribución.

#### 4.1.1.11 *Gestión de servicios*

Se refiere a mejorar la organización, gestión y calidad de los servicios. La organización de los servicios se refiere al desarrollo e implementación de modelos de atención que promueven una provisión efectiva de servicios de alta calidad en el nivel apropiado (comunitario, primario, secundario, terciario) y reducen la segmentación de la atención.

<sup>15</sup> (Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud - Informe Final, 2015)

<sup>16</sup> (Opportunities for global health initiatives in the health system action agenda, 2006)



Asimismo, las actividades se pueden centrar en redes o sistemas de referencia entre diferentes niveles de servicio y mecanismos de mejoramiento de la calidad. La gestión ocurre en muchos niveles diferentes dentro del sistema de salud, y las debilidades en la gestión pueden provocar que los servicios sean menos efectivos y que se desperdicien recursos.

#### 4.4.1.12 Sistemas de información y monitorización

Son la recopilación y análisis de información rutinaria en salud para informar las decisiones tomadas a nivel gerencial. Esto incluye el desarrollo de sistemas y encuestas nacionales de vigilancia; el diseño de formularios para informes de programas y formularios estándar de registros o historias clínicas para elaborar informes estadísticos precisos de los servicios de salud; y el desarrollo de destrezas de análisis de datos y toma de decisiones en diversos niveles.<sup>17</sup>

### 4.5. Clasificación de los Sistemas de salud

#### 4.5.1 Modelos

Cada país adopta un modelo de Sistema de Salud para su funcionamiento, algunos modelos tienen convergencias, dependiendo de su enfoque. El modelo adoptado por el Sistema de salud no depende de sus objetivos únicamente, ya que estos son similares en todos los países, de modo que el modelo adoptado en cada país depende además, de sus recursos y de las políticas económicas de cada uno de ellos.<sup>18</sup>

En cuanto a la supervisión, los modelos de Inspección, Vigilancia y Control (I.V.C), vigentes en los países, concuerdan con su respectivo Sistema de Salud.

A continuación se resume de manera esquemática el enfoque a partir del cual se construyen los modelos de salud; estos modelos propuestos son el ideal y son adoptados por los países, tratando de aproximarse al ideal.

##### 4.5.1.1. Modelo de Evans

Evans el que propone unos esquemas modelos empíricos de Sistema de salud, resultado de las posibles combinaciones entre la Fuente de financiación y los Métodos de pagos a los proveedores.<sup>19</sup> Este enfoque hace énfasis especial en las relaciones estructuradas entre las funciones que se desarrollan al interior del sector.

**Tabla No. 1 MODELO EMPÍRICO DE EVANS**

Fuente de financiación	El Método de financiación	Modelos
------------------------	---------------------------	---------

<sup>17</sup> (Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud - Informe Final, 2015)

<sup>18</sup> (NATIONAL HEALTH SYSTEMS, 2015)

<sup>19</sup> (G.)



1. Voluntaria	1. Pago directo de los pacientes sin seguro	1. Modelo de desembolso obligatorio (inexistente).
	2. Desembolso de los consumidores a quienes el seguro les reembolsa el gasto	2. Modelo de desembolso voluntario.
2. Obligatoria (pública)	3. Pago realizado por terceras partes (aseguradores) en virtud de un contrato realizado con el consumidor	3. Modelos de reembolso (a los pacientes) voluntario.
	4. Pago realizado por terceras partes mediante presupuestos y salarios dentro de una organización integrada.	4. Modelo de reembolso público
		5. Modelo contractual voluntario
		6. Modelo contractual público.
		7. Modelo integrado voluntario
		8. Modelo integrado público

Partiendo del enfoque del modelo de Evans, a continuación se presenta el esquema que resume los diferentes modelos de Sistemas de Salud propuestos actualmente teniendo en cuenta las características de financiamiento, el aseguramiento y la prestación del servicio de salud.<sup>20</sup>

#### 4.5.1.2. Modelos de Salud en el Mundo

### Tabla No. 2 MODELOS DE SALUD EN EL MUNDO

<sup>20</sup> (Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud - Informe Final, 2015)



**REVISA**  
Regulación y Vigilancia Iberoamericana en Salud

Modelo	Financiamiento	Aseguramiento	Prestación	Comentarios
Desembolso Voluntario o Privado Atomizado (Común para segmentos con alto nivel de rentas)	Privado	No existe	Privada	- Inequidad - No Protección a la Renta - Baja eficiencia macroeconómica - Baja eficiencia microeconómica - No IVC
Público Unificado	Público	Estatal	Pública	- No elección de consumidores - No competencia - IVC autoritaria
Reembolso Voluntario (Común para segmentos con alto nivel de rentas)	Privado	Privado	Privada	- Inequidad - Riesgo Moral - Demanda Inducida - Baja eficiencia macroeconómica - Baja eficiencia microeconómica
Reembolso Público	Público a partir de contribuciones según nivel de renta y subsidiadas para los más pobre	Público	Pública	- Libre elección del consumidor - Mayor equidad - Riesgo Moral - Demanda Inducida - Baja eficiencia macroeconómica - Baja eficiencia microeconómica
Contractual Voluntario Predecesor	Privado	Controlados por Consumidores,	Privado	- Inequidad

20



**REVISIA**  
Regulación y Vigilancia Iberoamericana en Salud

Modelo	Financiamiento	Aseguramiento	Prestación	Comentarios
de Mutuales Se convirtió en seguro corporativista.		médicos u otros suministradores		-Elección del consumidor sólo en la red contratada.  -Competencia entre aseguradores  -Mayor eficacia que reembolso voluntario.
Contrato Público	Público	Público	Público privada	-No elección del asegurador  -Competencia entre prestadores según calidad  -Aseguramiento sometido al financiamiento  -Eficacia recae enteramente sobre el Estado
Integrado Voluntario	Privado	Privado	Privado	-Inequidad  -Elección del Asegurador  -No elección de prestadores  -Competencia  -Eficacia micro y macro
Integrado Público	Público a partir de contribuciones	Público	Pública	-Equidad



Modelo	Financiamiento	Aseguramiento	Prestación	Comentarios
	según nivel de renta y subsidiadas para los más pobre			-No elección del asegurador -No elección del prestador -Mal servicio

Fuente: Tovar, 2000 Clasificación de los Sistemas de salud<sup>21</sup>

Los Sistemas de salud pueden ser clasificados dependiendo de los criterios relacionados con los objetivos, ideologías y políticas de cada país.<sup>22</sup>

Existe otra clasificación de los Sistemas de Salud, propuesta por Roemer en 1991, para países con bajos ingresos, basada en su ideología política y se divide en cuatro Sistemas:

- 1. Sistema de salud empresarial**, en el cual las clases socioeconómicas marginadas desfavorecen este Sistema, en él hay un gran número de prestaciones de tipo privado, las redes nacionales de atención en salud son subutilizadas, y sus indicadores de salud muestran que es un Sistema de salud insatisfactorio. Ejemplos de países con este Sistema de salud son: Kenia, Ghana, Pakistán, Indonesia y Bangladesh.
- 2. Sistema de salud socialista**, la política de salud en el gobierno es muy controlada sobre la planificación y provisión de la salud.  
En algunos países como China y Vietnam los indicadores de salud son satisfactorios, contrario a países como Angola, Etiopía, Mozambique y Afganistán, que aunque han mejorado el nivel de salud de su población, sus indicadores de salud aún no son satisfactorios, esto debido al índice de pobreza severa, las guerras y las hambrunas.
- 3. Sistema amplio de salud**, combina elementos curativos con acciones preventivas como educación, alimentación y provisión de agua potable. En países como Sri Lanka y Tanzania son ejemplos de este Sistema. El primer país se destaca por sus logros en salud a pesar de su situación económica.
- 4. Sistema sanitario orientado al bienestar**, se caracteriza por el control de una gran parte del sector privado a través del gobierno, con influencia socialista y énfasis en la Asistencia Primaria en Salud. Ejemplos de países con este Sistema son: Myanmar (Burma), India, Liberia y Zimbabwe. Karala, en India ha obtenido buenos resultados en el mejoramiento de las condiciones de salud de su población.<sup>23</sup>

<sup>21</sup> (Herramientas para el análisis del sector salud, s.f.)

<sup>22</sup> (Facultad de Medicina Universidad Autónoma de México, 2015)

<sup>23</sup> (Roemer, 1980)



Los criterios utilizados para realizar la clasificación de los Sistemas de salud se describen en el siguiente cuadro (Mills & Ranson, 2012), (Frenk, 2000), (Tobar, 2000):

#### 4.5.2 Criterios para clasificar los Sistemas de Salud

**Tabla No. 3 CRITERIOS PARA CLASIFICAR LOS SISTEMAS DE SALUD**

CRITERIO	OPCIONES
Atributos históricos o culturales	<ul style="list-style-type: none"><li>• Industrializado</li><li>• Transicional</li><li>• No industrializado</li></ul>
Nivel de producto interno bruto (PIB)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alto ingreso</li><li>• Mediano ingreso</li><li>• Bajo ingreso</li></ul>
Filosofía política subyacente	<ul style="list-style-type: none"><li>• Capitalista</li><li>• Socialista</li></ul>
Naturaleza de la intervención estatal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estado regulador</li><li>• Estado regulador y financiador</li><li>• Estado regulador, financiador y prestador de servicios</li></ul>
Propósito de la intervención estatal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cobertura universal</li><li>• Cobertura focalizada a los más pobres</li></ul>
Método de financiamiento predominante	<ul style="list-style-type: none"><li>• Impuestos</li><li>• Seguros sociales</li><li>• Aseguramiento privado</li></ul>
Mecanismos de pago y nivel de imposición del financiamiento	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desembolso directo del usuario con financiamiento voluntario</li><li>• Desembolso directo del usuario con financiamiento voluntario y reintegro a los pacientes</li><li>• Desembolso directo del usuario con financiamiento obligatorio y reintegro a los pacientes</li><li>• Desembolso indirecto por contrato voluntario</li><li>• Desembolso indirecto por contrato obligatorio</li><li>• Desembolso indirecto con integración vertical financiado voluntariamente</li><li>• Desembolso indirecto con integración vertical financiado obligatoriamente</li></ul>

Fuente: Tabla elaborada a partir de Mills & Ranson, 2012; Frenk, 2000; Tobar, 2000



#### 4.6 Dificultades en los Sistemas de Salud

Un Sistema de Salud requiere para su funcionamiento de una serie de elementos, de personal, fondos, información, suministros, transporte, comunicaciones, orientación y dirección generales. Asimismo, el Sistema está obligado a proporcionar servicios con calidad que respondan a las necesidades y sean equitativos desde el punto de vista financiero, al tiempo que se dispensa un trato digno a los usuarios. Sin embargo, todos los Sistemas de Salud presentan problemas que constituyen barreras, identificarlos y corregirlos debe conducir al mejoramiento de la supervisión, a través de la inspección, vigilancia y control del Sistema. Entre las dificultades comunes identificadas a nivel general en los Sistemas de Salud del mundo se destaca:

##### 4.6.1 En equidad

Considerada como una dificultad común en la prestación de los servicios en aspectos tales, como la cobertura universal y el tipo de atención prestada a la población. Este problema puede ser consecuencia de objetivos ambiciosos en comparación con los recursos disponibles. Cuando los recursos son limitados debe observarse detenidamente los planes de atención y la cobertura. Estos tres aspectos están ligados.<sup>24</sup>

##### 4.6.2 En el Aumento del gasto

La presión para el gasto en salud, cuando el gasto no es real. Esta dificultad puede darse por inducción de la demanda por parte de los prestadores de servicios de salud, sobre medicación a los pacientes, o por uso sobredimensionado del consumidor. Pueden existir factores como el demográfico (Ej. El envejecimiento), sociales (Ej. Libertad sexual, culturales).<sup>25</sup>

##### 4.6.3 En la Calidad del servicio

Existe una deficiencia o en algunos casos falta de calidad en la atención proporcionada, la respuesta a sus necesidades y la oportunidad., el tiempo de atención.<sup>26</sup>

##### 4.6.4 En los Sistemas de Información

Esta herramienta es necesaria para mejorar los diferentes aspectos que integran el Sistema de salud y en su mayoría, los Sistemas de Salud, carecen o tienen sistemas de información insuficientes.

##### 4.6.5. En Capacidad Técnica

Los ministerios de salud carecen de estructura y capacidad técnica para realizar las diferentes actividades de supervisión. Asimismo la carecen de fuerza política necesarias

<sup>24</sup> (Protección social y sistemas de salud “Los sistemas de salud y de protección social frente a los nuevos escenarios epidemiológicos y demográficos”, s.f.)

<sup>25</sup> (Protección social y sistemas de salud “Los sistemas de salud y de protección social frente a los nuevos escenarios epidemiológicos y demográficos”, s.f.)

<sup>26</sup> (Protección social y sistemas de salud “Los sistemas de salud y de protección social frente a los nuevos escenarios epidemiológicos y demográficos”, s.f.)



para reestructurar e implementar el cambio, estas entre otras razones han obligado a muchos países, de manera apresurada e improvisada, a descentralizar sus servicios de salud, con la esperanza de mejorar la gestión, la eficiencia, la transparencia y la implicación social.<sup>27</sup>

#### 4.6.6. Análisis de los Sistemas de Salud

El análisis de los Sistemas de Salud se realiza a partir de tres modelos:

1. Modelo de Gestión
2. Modelo de Financiación
3. Modelo de prestación

#### 4.6.7. Modelo de gestión

Su objetivo es detectar en cada país los principios y valores que guían el Sistema y las decisiones relacionadas.

Se analiza:

- a. Cobertura e impacto en la calidad de vida
- b. Participación del Estado en la solución de problemas. En este aspecto a su vez se analiza las funciones del gobierno:
  - Informar a la población
  - Proveer servicios de salud a la población
  - Financiar servicios de salud
  - Regular el mercado de salud

#### 4.6.8. Modelo de financiación

Incluye el análisis de aspectos tales como:

- Gasto del país en salud (¿Cuánto gasta?)
- Origen de los recursos (¿De dónde provienen?)
- Asignación de los recursos (¿Cómo asigna los recursos?)

#### 4.6.9. Gasto del país en salud

Hay una serie de variables que han motivado el estudio de estos aspectos en economía de la salud, variables como:

- Niveles de salud de la población
- Modelo de Sistema de salud
- Tamaño de la economía

#### 4.6.10 Origen de los recursos

Los cambios económicos, específicamente las bases tributarias de los países conllevan a la redefinición de sus fuentes de recursos para financiar la salud. Anteriormente la tendencia era incorporar contribuciones sociales basadas en el trabajo, esta tendencia se generalizó en los países con base en un impuesto al trabajo. Actualmente, la tendencia es abandonar esta fuente y re direccionarla hacia otras fuentes.

<sup>27</sup> (The World Health Report 1995 - 1999, 1999)



#### 4.6.11 Asignación de los recursos

Esta problemática es particular a cada país. Se puede definir a través de las preguntas:

- I. ¿Cómo transferir recursos desde los niveles centrales a los locales de los sistemas?
- II. ¿Qué instrumentos o modelos de pago emplear para la compra de servicios?

#### 4.6.12 Modelo de prestación

Esta problemática es estrictamente del servicio médico-salud, es decir corresponde al análisis más técnico del sector. Los elementos a analizar tienen que ver con:

- ¿Qué cubre? (¿Qué tipo de acciones, prestaciones o servicios se debe brindar a la población?)
- ¿A quién cubre? (¿cuáles son los criterios de elegibilidad o inclusión al sistema?)
- ¿Cómo prestar? (¿qué prestadores? ¿con cuales criterios o patrones? )
- ¿Dónde prestar? (¿en qué lugares y de qué manera se debe distribuir la oferta?)
- ¿Qué criterios de referencia y contra referencia adoptar?<sup>28</sup>

## 5 METODOLOGÍA

### 5.1 Tipo de estudio

Estudio descriptivo exploratorio.

### 5.2 Población

**Universo:** Países iberoamericanos.

**Población estudio:** Países Iberoamericanos que conforman la Red de Órganos de Regulación, Inspección, Control y Vigilancia de los Sistemas de Salud. (Colombia, Chile, Argentina, Brasil, México, Uruguay, Perú, Ecuador y Paraguay).

### 5.3 Criterios de selección

#### 5.3.1 Criterios de inclusión

- Países Iberoamericanos
- Países pertenecientes a la Red de Órganos de Regulación y Control de los Sistemas de salud

#### 5.3.2 Criterios de exclusión

- Países que no desean participar en el estudio

<sup>28</sup> (Herramientas para el análisis del sector salud, s.f.)



### 5.8.3 Procedimiento

El estudio descriptivo exploratorio para la elaboración de los perfiles de los subsistemas de Inspección Vigilancia y Control de países Iberoamericanos, se realizará a partir de la recolección de información tanto de fuentes primarias como de fuentes secundarias. Las fuentes primarias utilizadas serán: Una Encuesta basada en cuestionario semiestructurado, entrevistas directas, vía telefónica, vía internet, para lo cual se elaborará un formato con instrucciones y guía para la entrevista. Se realizará una prueba piloto para exploración de dificultades para el diligenciamiento y en la modalidad de las preguntas de la encuesta y posteriormente a partir de las observaciones se realizará el ajuste definitivo de las preguntas del cuestionario para la aplicación de la encuesta.

Para la aplicación del cuestionario se solicitará el listado con los nombres de los representantes o expertos que serán entrevistados en cada país, para lo cual se contactará y solicitará una cita previamente en cada entidad. El tiempo estimado para la entrevista es una hora.

La información suministrada será manejada bajo los parámetros normativos de confidencialidad.

La información de fuentes secundarias se obtendrá a través de la revisión de textos, artículos y documentos, publicados, revisión normativa y consulta de literatura gris (no convencional, artículos no publicados y artículos en proceso de publicación).

### 5.8.4. Pautas para la revisión de la literatura sobre Regulación y Control de los países Iberoamericanos

Las unidades temáticas para la revisión de literatura, estarán orientadas a determinar las características de la regulación y control y la posibilidad de identificar criterios que permitan la clasificación de países en función de esa regulación y control.

Las unidades temáticas a utilizadas para la revisión de literatura son: Antecedentes, Sistemas de salud, Inspección, Vigilancia, Control, Estructura, Funciones, Competencias, Fortalezas, necesidades, normatividad, reformas.

### 5.8.5 Detalles de la búsqueda en bases de datos electrónicas

- Bases de datos:
  - Ebsco Host
  - Journal Storage (Jstor)
  - Proquest
  - Scopus
  - Biblioteca Virtual de salud (BIREME),
  - Base de datos de la organización mundial de la salud- OMS (WHOLIS / IRIS)
- Descriptores
  - DeSC: Health Care Coordination and Monitoring
  - MeSH: Facility Regulation and Control

- Compliance based supervision / Risk based supervision
- Límites (para refinar la búsqueda):
  - Ubicación de las palabras de búsqueda: Título del artículo
  - Fuente: Texto completo disponible
  - Idioma: Inglés o español

### 5.8.6 Proceso de búsqueda

Se realizará una búsqueda exploratoria preliminar, para afinar la estrategia de búsqueda planteada y determinar aproximadamente el volumen de información disponible. Una vez filtrada la búsqueda, se implementará en las fuentes de datos seleccionadas diligenciada la siguiente ficha para facilitar la reproducibilidad. Una ficha similar se utilizará para la búsqueda de literatura gris en motores de búsqueda como *google academics*.

#### Ficha 1. Documentación del Proceso de la búsqueda

Fecha en que se realizó la búsqueda.	
Fecha de búsquedas adicionales para limitar o ampliar la búsqueda inicial	
Filtros (límites) aplicados a la búsqueda Palabras en el título, idioma (Inglés o español), disponible en texto completo.	
Nombre de la persona que realiza la búsqueda.	

### 5.8.7 Criterios de inclusión de los documentos

- Documentos en formato de texto completo
- Documentos relacionados con fiscalización y control del sector salud.
- Idioma inglés o español
- Esta ficha se diligenciará para los documentos y artículos no publicados o en proceso de publicación y se tendrá en cuenta como hallazgos

Para documentar el proceso de selección de los documentos se diligenciará la siguiente ficha y, si se encuentra disponible, se utilizará un software para manejo de citas bibliográficas para facilitar este proceso.

**Tabla No. 4. Selección de documentos**

Momento de la búsqueda	Total de documentos
Total de documentos identificados por medio de búsquedas electrónicas.	



Total de documentos excluidos porque los títulos o el resumen se consideraron sin relación con los objetivos de este proyecto.	
Documentos excluidos porque no se logró acceder al texto completo.	
Total de documentos incluidos en la revisión de literatura, que cumplían con los criterios de selección.	

Para la revisión de los documentos que resulten incluidos se diligenciará la siguiente ficha de caracterización inicial para documentar la selección y facilitar la priorización.

**Ficha 2. Ficha para la selección y priorización de documentos producto de la búsqueda de evidencia.**

Título del artículo o documento:
Documento en texto completo: Si___ No___
Palabras clave o subtítulos que describen el documento:
Año de publicación:
Autores:
Idioma:
Después de leer el resumen o subtítulos del documento, considera que este podría aportar información a la fiscalización y control del sector salud: Si_____ NO_____
Link del documento en internet:
Nombre de la persona que diligencia la ficha

Después de diligenciada la ficha 3 se identificarán los aportes del documento al tema de fiscalización y control extrayendo las citas potencialmente relevantes e identificando claramente la bibliografía.

**5.8.8. Actividades para la recolección de información de fuentes primarias**

Para la consulta con expertos y verificación se construirá inicialmente un directorio de entidades de Regulación y Control de los países que incluirá

- País contacto



- Nombre del funcionario de la entidad
- Cargo del funcionario
- Experto contacto
- Cargo del experto
- Responsable de comunicaciones
- Dirección
- Teléfono
- Correo electrónico institucional y personal

A través de los funcionarios de las entidades se indagará por las personas clave para la encuesta, entrevista y las teleconferencias. Se establecerá un contacto directo con los funcionarios y expertos a través de:

- Llamadas telefónicas
- Correo electrónico

Una vez elaborados el directorio, los antecedentes de manera cronológica y se realice la clasificación de los sistemas de salud de los países, se construirá un perfil preliminar. La compilación de la información necesaria y no disponible se obtendrá a partir del análisis comparativo. Los perfiles se revisarán y verificarán conjuntamente mediante la socialización con los funcionarios y expertos de los países, para finalmente realizar la entrega y socialización de los resultados.

El cuestionario diseñado para la encuesta es semiestructurado y contiene las categorías de análisis:

#### **I. Análisis del Sistema de salud**

1. Antecedentes e historia
2. Estructura
3. Funciones
4. Clasificación
5. Variables de interés (Fortalezas, necesidades, problemas)

#### **II. Análisis del modelo de supervisión (Subsistemas de Inspección, Vigilancia y Control)**

1. Antecedentes e historia
2. Gobierno
3. Operación
4. Empoderamiento
5. Variables de interés (Fortalezas, necesidades, problemas)



El instrumento de recolección de datos (cuestionario) inicialmente contendrá preguntas sobre aspectos, que no constituyen variables de estudio pero son información general:

- País contacto
- Nombre del funcionario o experto contactado
- Cargo del funcionario o experto contactado
- Responsable de comunicaciones
- Dirección
- Teléfono
- Dirección de correo electrónico

Descripción de variables de estudio en cada categoría

### 5.9.1 Análisis del Sistema de salud

Conforme a los objetivos específicos y las categorías de análisis, las variables de estudio se agrupan en 5 categorías:

**Tabla No 5 CATEGORIAS DE ANALISIS DE LOS SISTEMAS DE SALUD**

Categoría No.	Nombre Categoría	Variables
1	Antecedentes del Sistema de Salud	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Año de inicio</li><li>➤ Origen</li><li>➤ Sistema de Salud</li><li>➤ Fundamento y evolución normativa</li><li>➤ Modelo</li></ul>
2	Estructura	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Prestación de servicios</li><li>➤ Talento Humano en Salud</li><li>➤ Productos médicos, vacunas, tecnología</li><li>➤ Financiación</li><li>➤ Liderazgo y gobernanza</li></ul>
3	Funciones	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Jurisdiccionales</li><li>➤ Gestión</li><li>➤ Seguimiento</li><li>➤ Supervisión</li><li>➤ Regulación</li><li>➤ Modulación del financiamiento</li><li>➤ Garantía de aseguramiento</li><li>➤ Rectoría en Salud</li></ul>

31



Categoría No.	Nombre Categoría	Variables
4	Clasificación de los Sistemas de Salud (Criterios de Mills & Ranson, 2012), (Frenk, 2000), (Tobar, 2000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Atributos históricos o culturales</li> <li>➤ Nivel de producto interno bruto (PIB)</li> <li>➤ Filosofía política subyacente</li> <li>➤ Naturaleza de la intervención estatal</li> <li>➤ Propósito de la intervención estatal</li> <li>➤ Método de financiamiento predominante</li> <li>➤ Mecanismo de pago y nivel de financiamiento</li> <li>➤ Tipo de aseguramiento</li> </ul>
5	Variables de interés	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Problemas</li> <li>➤ Fortalezas</li> <li>➤ Necesidades</li> </ul>

### 5.9.2 Análisis del modelo de supervisión (Subsistemas de inspección, vigilancia y control)

**Tabla No. 7 CATEGORIAS DE ANALISIS DE SUPERVISION**

No Categoría	CATEGORÍA	VARIABLE
1	Antecedentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Año de inicio</li> <li>• Origen</li> <li>• Fundamento y evolución normativa</li> </ul>
2	Gobierno	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura</li> <li>• Impacto de salud en la población</li> <li>• Nivel de especialización de los funcionarios en la supervisión</li> <li>• Motivación de los funcionarios</li> <li>• Rotación de funcionarios</li> <li>• Capacitación de recurso humano</li> <li>• Seguimiento a los planes, programas y actividades de salud, tanto a nivel nacional como regional.</li> <li>• Financiación de los servicios de salud</li> <li>• Regulación del mercado de salud</li> <li>• Evolución normativa</li> <li>• Medidas correctivas</li> </ul>



No Categoría	CATEGORÍA	VARIABLE
		<ul style="list-style-type: none"><li>• Niveles de salud de la población</li><li>• Evaluar el tamaño de la economía para la asignación de recursos.</li><li>• Calidad de la prestación</li></ul>
3	Operación	<ul style="list-style-type: none"><li>• Entidad supervisora</li><li>• Contenido de la supervisión</li><li>• Procesos y procedimientos de IVC</li><li>• Agentes supervisados en el Sistema de salud.</li><li>• Supervisión financiera</li><li>• Supervisión de la gestión</li><li>• Supervisión de la prestación de servicios de salud</li><li>• Funciones supervisadas</li><li>• Evolución normativa</li><li>• Instrumentos para la supervisión</li><li>• Metodología para la supervisión.</li><li>• Tipo de Supervisión y monitoreo (preventivo y correctivo)</li><li>• Mecanismos de información para instrucción, guía, retroalimentación y difusión a los supervisados.</li><li>• Sistemas de información</li><li>• Planificación</li><li>• Referencia y contra referencia</li></ul>
4	Empoderamiento	<ul style="list-style-type: none"><li>• Participación ciudadana en el proceso de supervisión.</li><li>• Participación de entidades privadas en el proceso de supervisión.</li><li>• Opinión de la comunidad.</li><li>• Encuestas a usuarios.</li><li>• Quejas y reclamos</li></ul>
5	VARIABLES de interés	<ul style="list-style-type: none"><li>• Problemas</li><li>• Fortalezas</li><li>• Necesidades</li></ul>

Anexo se describirá la operacionalización de cada variable. ANEXO 1



### 5.10 Instrumentos para la recolección de información

Para la recolección de información bibliográfica se utilizarán las fichas presentadas en el numeral de procedimiento, para la recolección de datos se diseñará e implementará un cuestionario semiestructurado, auto diligenciado, aplicado a funcionarios y expertos.  
ANEXO 2

### 5.11 Procesamiento y análisis

Los datos se tabularán y procesarán en Excel versión 2013. Se realizará un análisis descriptivo de la información recopilada y un análisis cualitativo de las respuestas abiertas de la encuesta. La información adicional se anexará como hallazgos. Para la caracterización de los problemas se utilizará el esquema de Ishikawa mediante el cual se identifican 7 problemas más importantes o comunes en la supervisión, su priorización y sus posibles explicaciones<sup>29</sup>

## 6 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Duración	Inicio	Final
<b>Estudio de los Perfiles de los subsistemas de Evaluación y Control en Salud de los países</b>	<b>171 días</b>	<b>jue 09/04/15</b>	<b>jue 03/12/15</b>
Elaborar protocolo con sus instrumentos	36 días	jue 09/04/15	jue 28/05/15
Recolección de los datos relacionados con regulación y control	50 días	vie 29/05/15	jue 06/08/15
Análisis preliminar y sistematización de la información	20 días	vie 07/08/15	jue 03/09/15
Elaboración de informe Preliminar (A ser presentado en la viii Reunion Peru 2015)	5 días	vie 04/09/15	jue 10/09/15
Elaborar contexto Iberoamericano	20 días	vie 07/08/15	jue 03/09/15
Presentación previa de informes por países	40 días	vie 04/09/15	jue 29/10/15
Elaboración de informes de definitivos	15 días	vie 30/10/15	jue 19/11/15
Publicación y difusión perfiles	10 días	vie 20/11/15	jue 03/12/15

<sup>29</sup> (Probabilidad y Estadística: Digrama de Ishikawa, 2015)



## 7. Bibliografía

- (s.f.). Obtenido de Organización Mundial de la Salud:  
[http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029_spa.pdf)
- (s.f.). Obtenido de Organización Mundial de la Salud:  
<http://www.who.int/whr/2003/chapter7/es/index7.html>
- ¿Por qué la equidad en salud? (2015). Obtenido de SciELO Public Health:  
[http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892002000500005&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892002000500005&script=sci_arttext)
- Colaboremos por la Salud: Informe de Salud en el Mundo 2006*. (2007). Organización Mundial de la Salud.
- D, F., M, P., & A., F. (1988). *The supervision of health personnel at district level*. Geneva: World Health Organization.
- Diccionario de Acción Humanitaria*. (2015). Obtenido de  
<http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/210>
- El Concepto de Equidad y el Debate*. (2015). Obtenido de SciELO Public Health:  
<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10s1/v10s1a07.pdf>
- Facultad de Medicina Universidad Autónoma de México*. (2015). Obtenido de  
<http://www.facmed.unam.mx/>
- Frenk, J. (2000). *La salud de la población - Hacia una nueva salud pública*. México, DF: Fondo de Cultura Económica.
- G., E. R. (s.f.). *Incomplete Vertical Integration: The Distinctive Structures of the Health Care Industry*. Amsterdam: Economics and Health Economics.
- Herramientas para el análisis del sector salud*. (s.f.). Obtenido de  
<http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-139.pdf>
- Mills, A., & Ranson, K. (2012). The design of health systems. En M. Merson, R. Black, & A. Mills, *Global health - Diseases, programs, systems and policies 3rd Edition* (págs. 615 - 651). Burlington, MA: Jones & Bartlet Learning.
- Mónitor Estratégico No. 2*. (s.f.). Obtenido de Superintendencia Nacional de Salud de Colombia:  
<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=Mb0VwxqOpNw%3D&tabid=782&mid=2312>
- NATIONAL HEALTH SYSTEMS*. (2015). Obtenido de  
<http://www.encyclopedia.com/doc/1G2-3404000573.html>
- (2006). *Opportunities for global health initiatives in the health system action agenda*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Probabilidad y Estadística: Digrama de Ishikawa*. (2015). Obtenido de  
<http://es.slideshare.net/gevalbe/diagrama-de-ishikawa-8527426>
- Protección social y sistemas de salud "Los sistemas de salud y de protección social frente a los nuevos escenarios epidemiológicos y demográficos"*. (s.f.). Obtenido de CEPAL: <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/5/27255/cruces2.pdf>
- Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control*



**REVISA**  
Regulación y Vigilancia Iberoamericana en Salud

- del Sistema de Salud - Informe Final.* (2015). Obtenido de Ministerio de Salud de Colombia:  
<http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Marco%20Conceptual%20de%20An%C3%A1lisis%20de%20los%20Sistemas%20de%20Salud-%20CAP%201.pdf>
- (2007). *Resolución WHA 60.26.* Organización Mundial de la Salud.
- Roemer, M. (1980). *Perspectiva mundial de los sistemas de salud.* México D.F.: Siglo XXI editores.
- Sistemas de salud comparados - Breve recorrido histórico y el impacto de las reformas de los años 90.* (2015). Obtenido de Monografías:  
<http://www.monografias.com/trabajos34/sistemas-salud/sistemas-salud.shtml>
- (1999). *The World Health Report 1995 - 1999.* Ginebra: World Health Organization.
- Tobar, F. (2000). Herramientas para el análisis del sector salud. *Medicina y sociedad*, 83 .