



**VEREINTE
NATIONEN**



INTOSAI

**EL PAPEL DE LAS
ENTIDADES FISCALIZADORAS SUPERIORES
EN LA AUDITORÍA DE LA SANIDAD PÚBLICA**

**Informe del 14° Seminario Naciones Unidas/INTOSAI
sobre Auditoría Gubernamental**

**Viena
27 al 31 de marzo de 2000**

ST/ESA/PAD/SER.E/22



**VEREINTE
NATIONEN**



INTOSAI

División de Economía y Administración del Sector Público del Departamento de Asuntos
Económicos y Sociales (DAES)

**EL PAPEL DE LAS
ENTIDADES FISCALIZADORAS SUPERIORES
EN LA AUDITORÍA DE LA SANIDAD PÚBLICA**

Informe del 14º Seminario Naciones Unidas/INTOSAI
sobre Auditoría
Viena
27 al 31 de marzo de 2000

INDICE

I. Introducción.....	1
II. Resumen de las exposiciones Introdutorias.....	4
III. Reseña de los resultados del seminario.....	8
IV. Ponencias Bases.....	13
1. Estados Unidos de América: La función de las Entidades Fiscalizadoras Superiores para prevenir irregularidades en los programas estatales de atenciones de salud.....	13
2. Suisse: La Auditoría de proyectos en el sector de la salud tomando como ejemplo el proyecto de la prescripción medica de estupefacientes.....	22
3. Autriche: La auditoría de hospitales por parte de las EFS.....	32
4. México: Auditoría de desempeño de los servicios médicos en una institución de sanidad pública en zonas de alta marginalidad económica y social.....	46
5. France: La auditoría de la sanidad pública por las Entidades Fiscalizadoras Superiores.....	56
6. Tribunal de Cuentas Europeo: Aspectos del sector de la salud pública como objeto de fiscalización del Tribunal de Cuentas Europeo.....	64
V. Informes de los Grupos de Trabajo.....	68
1. Informe del Grupo de Trabajo 1 (Grupos de Trabajo en inglés).....	68
2. Informe del Grupo de Trabajo 2 (Grupos de Trabajo en francés).....	74
3. Informe del Grupo de Trabajo 3 (Grupos de trabajo en alemán).....	77
4. Informe del Grupo de Trabajo 4 (Grupos de Trabajo en español).....	82

Anexos.....	86
I. Naciones Unidas:	
Role of Supreme Audit Institutions and the Audit of Public Health	
Services.....	86
II. Lista de Contribuciones	95
III. Lista de Participantes:.....	97
IV. Lista de los ponentes:	100
V. Lista de Observadores:	101
VI. Secretaría de la reunión:	102

I. INTRODUCCIÓN

Del 16 al 20 de marzo de 1998 se celebró en Viena (Austria) el Seminario Interregional sobre el tema "el papel de las Entidades Fiscalizadoras Superiores en la auditoría de la sanidad pública", organizado conjuntamente por las Naciones Unidas y la Organización Internacional de Entidades Fiscalizadoras Superiores (INTOSAI). El acto constituyó el 14º seminario interregional organizado por la División de Economía y Administración del Sector Público del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DAES) en colaboración con la Organización Internacional de las Entidades Fiscalizadoras Superiores (INTOSAI).

La DAES ya había puesto en marcha anteriormente varios programas de formación concebidos para prestar apoyo a los países en desarrollo en el fortalecimiento de sus sistemas de auditoría gubernamental. En el marco de esas actividades de formación, las Naciones Unidas, en colaboración con la INTOSAI, organizaron con carácter bienal programas internacionales de formación sobre el tema de la auditoría gubernamental. En los últimos 29 años se han celebrado 13 de estas reuniones, que han versado sobre los siguientes temas:

1. Principios generales, métodos y objetivos de la auditoría y problemas institucionales conexos (1971)
2. Técnicas y métodos utilizados por las Entidades Fiscalizadoras Superiores para perfeccionar la auditoría de gestión del sector público (1973)
3. Presupuestación y contabilidad públicas, situación de las Entidades Fiscalizadoras Superiores en los Estados modernos y auditoría de las empresas públicas (1976)
4. Principios de auditoría, auditoría de organización, auditoría de gestión y la fiscalización de las empresas públicas (1979)
5. Los conceptos de la auditoría, la auditoría de los ingresos fiscales, la auditoría de las instituciones estatales de financiación del desarrollo y la auditoría de gestión de las empresas públicas (1981)
6. Naturaleza y alcance de los sistemas de control interno de la gestión, función de la auditoría interna en los sistemas de control interno de la gestión, auditoría pública y sistemas de control interno de la gestión en los países en desarrollo (1984)
7. La auditoría de grandes proyectos de desarrollo (1986)
8. La aplicación de directrices de auditoría en el sector público (1988)
9. Contabilidad y fiscalización de programas de ayuda al desarrollo, auditoría del procesamiento electrónico de datos (PED) (1990)
10. La auditoría PED: intercambio de experiencias, oportunidades y desafíos – curso práctico (1992)
11. La función de las EFS en la reestructuración del sector público (1994)

12. La función de las Entidades Fiscalizadoras Superiores en la lucha contra la corrupción y la mala gestión (1996).
13. La función de las Entidades Fiscalizadoras Superiores en la auditoría de las obras públicas"(1998).

El 14º Seminario giró en torno al papel de las Entidades Fiscalizadoras Superiores (EFS) en la auditoría de la sanidad pública.

Asistieron al Seminario más de 50 participantes, entre ellos funcionarios de EFS de países en desarrollo y de Estados de Europa oriental en fase de transición. Las disertaciones corrieron a cargo de funcionarios de las Naciones Unidas, el Tribunal de Cuentas Europeo y las EFS (en el apéndice figura una lista de participantes).

El Seminario dio comienzo el 27 de marzo de 2000 con una sesión plenaria y se clausuró el 31 de marzo de 2000. Se celebraron en total nueve sesiones plenarias y tres sesiones de cuatro Grupos de Trabajo y una excursión a un hospital.

El programa del 14º Seminario Naciones Unidas/INTOSAI versó sobre los siguientes temas principales:

1. La prevención de irregularidades por las EFS en programas de la sanidad pública
2. La auditoría de programas de salud tomando como ejemplo la atención para toxicómanos
3. La auditoría de hospitales por las EFS
4. Auditoría de desempeño de los servicios médicos de una institución de sanidad pública en zonas de alta marginalidad económica y social
5. Auditoría de la Seguridad Social en Francia
6. Actividades de la Unión Europea en el sector de la medicina – métodos de auditoría del Tribunal de Cuentas Europeo

Adicionalmente, se presentaron también informes nacionales por Lesotho (AFROSAI), Samoa (SPASAI), Antigua y Barbuda (CAROSAI), Malasia (ASOSAI), Marruecos (ARABOSAI), Malta (EUROSAI) y Bolivia (OLACEFS).

Esta lista de los principales temas pone de relieve con toda claridad la diversidad y la densidad del contenido de los temas abordados durante el Seminario.

Tras la presentación de los temas principales tuvo lugar un debate general y una ronda de preguntas y respuestas, que brindaron la oportunidad de examinar a fondo los temas y resumir los aspectos principales. Seguidamente, los participantes se reunieron en grupos de trabajo, por una parte para profundizar en el intercambio de experiencias sobre los temas

principales del Seminario y, por la otra, para extraer conclusiones y formular recomendaciones.

En una serie de ponencias, los representantes de las distintas EFS pusieron de relieve sus propias experiencias, brindando con ello a los participantes la oportunidad de formarse una idea de las competencias y las posibilidades de la auditoría gubernamental en relación con la fiscalización de la sanidad pública y de familiarizarse con los distintos retos y tareas en esa esfera.

Los participantes consideraron importantes, entre otros temas, la creación de un marco jurídico y de los medios técnico-administrativos para prevenir e impedir la mala gestión en la concesión y la puesta en práctica de sistemas de sanidad pública, la educación y formación continuas de los auditores con objeto de perfeccionar las aptitudes de auditoría técnica necesarias para detectar deficiencias en el sistema de tramitación y ejecución de las de los sistemas de sanidad pública, la aplicación de las conclusiones de las auditorías (es decir, la posibilidad de imponer sanciones), la auditoría exhaustiva de sanidad pública, comprendidos los aspectos financieros, económicos (costos de inversión y subsiguientes), las competencias de fiscalización en relación con las auditorías de la gestión financiera y cuestiones de cooperación internacional o bilateral de las EFS en proyectos de financiación conjunta. Además, se hizo hincapié en que es indispensable que los auditores posean conocimientos y aptitudes especializados, así como competencia profesional, para poder evaluar la eficiencia y la eficacia de los sistemas de sanidad pública. Este tipo de auditorías supone un gran desafío para las EFS por lo que se refiere a las cualificaciones y competencia profesional de su personal.

II. RESUMEN DE LAS EXPOSICIONES INTRODUCTORIAS

Dr. Franz Fiedler, Presidente del Tribunal de Cuentas de Austria y Secretario General de la INTOSAI, dio la bienvenida a los participantes. Subrayó la importancia de la prolongada colaboración entre las Naciones Unidas y la INTOSAI en la organización de seminarios y reuniones de grupos de expertos de carácter interregional sobre el tema de la auditoría gubernamental. El tema central del 14º Seminario de las Naciones Unidas/ INTOSAI se había elegido habida cuenta de la importancia de esta cuestión para muchos países, cuyas administraciones públicas dedicaban una proporción considerable de los fondos públicos a la construcción y el mantenimiento de hospitales y sistemas de sanidad pública que, a menudo, adolecían de una planificación deficiente de las necesidades. En no pocas ocasiones, la planificación e instalación de hospitales y sistemas de sanidad pública provocaban pérdidas enormes a consecuencia de la mala gestión, con las lógicas secuelas negativas para los correspondientes presupuestos nacionales.

En su discurso inaugural, el Dr. Fiedler hizo hincapié en que una de las tareas principales del sector público consiste en el mantenimiento de la salud pública y por lo tanto en el mantenimiento de la salud de cada individuo. Eso representa un bien inmaterial que no se puede evaluar. Sin embargo, el mantenimiento de la salud pública requiere recursos materiales del sector público. El estado tiene que velar que cada ciudadano pueda alcanzar y mantener el mayor grado posible de salud y que los recursos públicos se apliquen de la mejor forma posible. Por lo tanto en la organización de los sistemas de salud pública el estado se encuentra permanentemente en una relación de tensiones entre su cometido de proteger el bien inmaterial de la salud pública de la mejor manera posible y el fin de realizar sus objetivos con medios materiales restringidos.

En una sociedad moderna el concepto del sector de la salud pública no se limita sólo a la atención médica de los ciudadanos sino también experimenta considerable aumento de sus actividades en los siguientes sectores: :

- Asistencia médica
Se realiza por un lado en los hospitales, habiendo en cuenta que la construcción y la administración de los mismos pueden dar lugar a irregularidades, corrupción y mala gestión y por otro lado por médicos en consultorios
- Medicina preventiva:
- Asistencia para drogadictos
- Seguridad social (seguro de enfermedad)
- Programas de salud pública

La realización de estos objetivos por parte del estado requiere medios financieros enormes del sector público. El control financiero de estos medios financieros incumbe entre otras al

Tribunal de Cuentas. Debido al progreso en la medicina, los gastos en el sector de la medicina pública aumentaron considerablemente en los últimos años, en parte debido a la fuerte aplicación de la tecnología en la medicina, la intensa asistencia entera para cada día más ciudadanos y – debido a una asistencia medica progresivamente mejor – un enorme aumento en la esperanza de vida, lo que crea por otra parte nuevos problemas en el sistema de pensiones con nuevas exigencias financieras y por lo tanto nuevas cargas para el presupuesto.

Uno de los desafíos para las Entidades Fiscalizadoras Superiores representa el hecho de comprobar si los escasos medios públicos se hayan aplicado de la mejor y eficaz forma.

Debido a los altos gastos en el sector de la sanidad pública yace en ello también un gran potencial de ahorro. El afán de hacer negocios, adjudicaciones ilícitas en la construcción de hospitales, honorarios exagerados de médicos, y muchos otros factores fueron criticados por las Entidades Fiscalizadoras Superiores, ya que la fiscalización realizada por las Entidades Fiscalizadoras Superiores no se limita sólo a la pura crítica sino debería comprender recomendaciones constructivas.

Para concluir, el Dr. Fiedler agradeció a las Naciones Unidas y a las Entidades Fiscalizadoras Superiores que habían enviado conferencistas por la excelente cooperación respecto a este seminario e hizo un llamamiento a los participantes en el Seminario para que aportaran sus conocimientos especializados y su experiencia al examen del tema central propuesto para que el Seminario constituyera de ese modo una experiencia enriquecedora para todos y una importante contribución al perfeccionamiento de la gestión de la Hacienda pública de sus respectivos países.

En su discurso de bienvenida a los participantes en nombre de las Naciones Unidas, el Sr. Bouab, oficial encargado de la División de Economía y Administración del Sector Público del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DAES), subrayó la gran importancia que las Naciones Unidas otorgaban a estos Seminarios y reuniones e hizo hincapié en el relevante papel que tales programas de formación desempeñaban, sobre todo en los países en desarrollo, para mejorar globalmente la gestión presupuestaria y económica nacional.

El tema que se había elegido para el 14º Seminario de las Naciones Unidas/INTOSAI era de interés general, ya que la salud pública es una preocupación de todos los países y era éste un sector al que se destinaban considerables fondos. Dado que los procedimientos de auditoría no solían estar suficientemente definidos y, por ello, la utilización de los fondos en el sector de la sanidad pública no estaba sujeta a una fiscalización eficiente, las economías nacionales de muchos países sufrían graves pérdidas financieras. En consecuencia, las EFS deberían fijarse el objetivo de preparar información independiente y válida para los encargados de tomar las decisiones, lo que exigía ante todo un personal

sumamente cualificado y motivado, así como una normativa idónea. Unos objetivos, programas y directrices de auditoría claros, la aplicación de auditorías financieras, auditorías de documentos justificativos y auditorías de la gestión, así como la preparación de informes de auditoría que señalaran claramente los problemas principales y formularan recomendaciones al respecto, deberían contribuir a que se lograra una utilización más eficiente de los fondos en la sanidad pública.

Los servicios de la sanidad pública seguirán siendo una de las actividades principales del estado tanto respecto a asuntos humanitarios o equitativos que conllevan como a los recursos que consumen. Las Entidades Fiscalizadoras Superiores pueden contribuir mediante auditorías planificadas con regularidad y cuidado del sector de la sanidad pública a la responsabilidad efectiva del sector público y al uso más eficaz y eficiente de los recursos. Los desafíos de este tipo de auditorías son enormes. El intercambio de experiencias e informaciones puede reducirlo y las auditorías se pueden llevar a cabo de forma más eficaz.

El Sr. Bouab expresó la esperanza de que el 14º Seminario de las Naciones Unidas/INTOSAI resultara de utilidad práctica para ayudar a las EFS en su cometido de fiscalizar la sanidad pública e informar al respecto, con lo cual se realizaría una aportación al fortalecimiento de la gestión presupuestaria y financiera en los distintos países.

La presidencia técnica, el Dr. James Robertson, subrayó en su discurso de inauguración que el tema del seminario, la auditoría de la sanidad pública, constituye un asunto de gran importancia para todo el mundo. La asistencia sanitaria involucra enormes gastos que han ido aumentando con el tiempo en la medida en la cual la ciencia ha descubierto nuevos medicamentos y tratamientos para las enfermedades. Al mismo tiempo el equipamiento médico se ha vuelto más sofisticado y más costoso y tanto la adquisición como los gastos de los mismos corren a cargo de los hospitales.

También factores demográficos elevaron los gastos del sistema de la sanidad pública. La esperanza de vida del ser humano es más larga y en muchos países la población de gente joven va disminuyendo.

En vistas a recursos limitados para la asistencia médica, ha sido de gran importancia que sus proveedores potenciaran la máxima economicidad, eficiencia y efectividad de los servicios prestados. El auditor juega un papel importante en velar que la racionalidad económica aumente tanto en lo que se refiere a la legalidad de los gastos como a la regularidad contable.

Al mismo tiempo los pacientes son – con toda la razón – cada día más conscientes de la calidad de los servicios que reciben. Ello lleva a reclamaciones por más transparencia y

más comparaciones de los efectos para la salud entre los proveedores y los seguros para que se adoptaran los mejores métodos dentro de los tratamientos.

Esa creciente reivindicación por transparencia ha sido otra razón por la cual la importancia de las auditorías del sector de la sanidad pública va aumentando y por la cual el tema del presente seminario tiene tanta actualidad.

Ha sido de gran importancia definir los criterios correctos para las auditorías con el fin de poder medir el desempeño y poder medir como se modificaron a lo largo del tiempo. Ello requiere metodologías adecuadas que deben ser elaboradas por el auditor. Los casos prácticos que vamos a estudiar a lo largo de este seminario pueden ser útiles en este sector tantas veces conflictivo.

Una metodología requiere una implementación cuidadosamente planificada para que se pueda llegar a las conclusiones adecuadas. Pero esto todavía no significa el final de la labor del auditor. La auditoría en si puede ser ineficaz e inútil si sus resultados no se utilizan para fomentar unos cambios apropiados. Eso implica que los sistemas de la rendición de cuentas son importantes para que las lecciones y recomendaciones que resultan de las auditorías sean reconocidas y llevadas a cabo en la práctica. La independencia del auditor es tan importante en el sector de la auditoría de los sistemas de la sanidad pública como en otros sectores para garantizar que se puedan llevar debates abiertos y constructivos.

III. RESEÑA DE LOS RESULTADOS DEL SEMINARIO

1. La eficiencia de los sistemas de sanidad pública es de central interés e importancia para todos los países, sin tener en cuenta la cantidad de recursos que tengan a su disposición. En el seminario destacó la necesidad de poner al paciente como punto central del análisis y la importancia de alcanzar con los recursos que están a disposición un nivel más alto de sanidad pública o de usar recursos adicionales con el mejor resultado posible. Se reconoció el papel importante que juega el auditor al conseguir ese objetivo y el seminario cumplió con su objetivo "de hacer algo diferente" para mejorar el sistema de sanidad pública.

2. El trabajo que realizaron los participantes se basó en los firmes cimientos de las ponencias bases de los Estados Unidos, Suiza, Austria y México.

Cuyos temas especiales eran los siguientes:

- la auditoría de programas de la sanidad pública (Medicare);
- la auditoría de un programa especial de sanidad (intervenciones para enfrentar la drogadicción)
- la auditoría de una institución sanitaria (hospitales austríacos); y
- Auditoría de servicios médicos de una institución de sanidad pública en zonas de alta marginalidad económica y social.

3. Además, los participantes tenían la posibilidad de recurrir a una gama de informaciones en abundancia preparada por cada país que participaba en el seminario. Ese conjunto impresionante de informaciones fue incluso ampliado por presentaciones directas durante del seminario de los delegados de Samoa, Lesotho, Antigua y Barbuda, Malasia, Marruecos, Malta y Bolivia. Los participantes del seminario visitaron además el Hospital General de Viena.

4. Cuatro grupos de trabajo estudiaron los temas tratadas en las ponencias bases muy detalladamente. De ello se elaboraron muchas observaciones y conclusiones comunes a pesar de que los sectores de auditoría debatida en los grupos de trabajo fueron muy diversas.

5. Los grupos de trabajo acordaron unánime que las auditorías de la racionalidad económica de los sistemas de la sanidad pública son de esencial importancia al igual que las auditorías de regularidad y legalidad. Los grupos opinaron. también de forma unánime, que todo la labor en conexión con la racionalidad económica tiene que ser bien planificada, abarcar una gran gama de experiencias y pericias, adoptar las metodologías apropiados y evaluar los criterios adecuados de auditoría. Los grupos subrayaron la importancia de

elaborar recomendaciones viables y prácticas, de garantizar su implementación y de asegurar que existan acciones de seguimiento para tener la garantía que las recomendaciones lleven a los resultados deseadas.

La elección y el alcance de las auditorías de la sanidad

6. El grupo de trabajo estudio como deberían seleccionarse los diferentes temas de la auditoría de la sanidad y identificaron que cuales deberían tomarse en consideración:
- la auditoría de la regularidad financiera es importante
 - las auditorías de la racionalidad económica o de la eficiencia (auditoría de los tres "e") deberían llevarse a cabo
 - la evaluación de los riesgos de la racionalidad económica es muy útil al identificar las auditorías de la sanidad. Existe una serie de indicadores de riesgo, entre ellos:
 - la falta de una política de sanidad, de programas o de objetivos de proyectos
 - falta de una jerarquía de objetivos
 - sistemas deficientes de información de administración
 - falta de una política de sanidad previa, evaluación de programas y proyectos
 - falta o insuficientes indicadores de la eficiencia de las aportaciones, rendimientos y resultados
 - falta de procedimientos adecuados para la implementación y el control de programas y proyectos;
 - expertos pueden asistir en la selección de los temas de auditoría pero hay que asegurarse que sus consejos sean objetivos y exhaustivos;
 - la relevancia financiera (suma de gastos) ofrece una buena base para definir la auditoría
 - los gastos que causa una auditoría no deberían ser mayores que los beneficios de la auditoría. Pero los aspectos no financieros de los gastos de la sanidad pública son importantes y pueden justificar la labor de auditoría incluso si los gastos son relativamente bajos (relevancia por naturaleza)
 - análisis realizadas por las EFS de indicadores de la eficiencia o cambios de la eficiencia dentro del sistema de la sanidad pública.

Criterios de Auditoría

7. El grupo de trabajo acordó que los criterios según los cuales se puede evaluar la racionalidad económica son de vital interés pero no obstante siempre muy difícil en su

definición. Indicadores para la calidad de la asistencia sanitaria son de especial importancia pero problemáticos.

- las labores que ya fueron presentados por algunos países (los documentos se distribuyeron por los delgados) representaron una base muy útil para evaluar la eficiencia y la calidad de los servicios sanitarios;
- las normas de contabilidad presentan una base clara para las auditorías financieras;
- los servicios sanitarios se pueden evaluar con normas programáticas o con indicadores de eficiencia tal como los usan los responsables administrativos;
- se pueden elaborar indicadores para la economicidad, la eficiencia y la efectividad del proceso de las prestaciones sanitarias, del rendimiento y de los resultados;
- el auditor debe ser creativo;
- los resultados del proyecto pueden cotejarse con los objetivos y los efectos causados y el gasto en recursos aplicados en prestaciones para la sanidad pública;
- hay que evaluar las políticas, y los objetivos de los programas y proyectos;
- los criterios de auditoría incluyen:
 - mortalidad
 - morbilidad
 - suministro y/o utilización de equipamiento
 - racionalidad de la contabilidad
 - mortalidad infantil, partos de niños muertos
 - relación de personal medico por cama
 - esperanza de vida
 - grado de satisfacción de los pacientes

Metodologías de auditoría

8. El grupo de trabajo reconoció una serie de posibles metodologías útiles de auditoría. La aplicación de los distintos métodos depende del contexto de la auditoría de la sanidad pública. Entre estos métodos constan:

- entrevistas cara a cara;
- la utilización de documentos para obtener informaciones o para confirmar las comprobaciones orales
- análisis estadísticos;
- análisis de las metas(sintetizar los resultados de investigaciones terminadas)
- encuestas por cuestionario(vía postal, teléfono, cara a cara)
- consejos y análisis dados por expertos
- visitas en el lugar

- muestreo de prueba;
- estudios comparativos y aplicación de parámetros
- comprensión para los contextos de los programas y del público;
- controles paralelas;
- simulaciones;
- clientes fantasmas.

Exigencias respecto a conocimientos, experiencias y formación del auditor

9. Los grupos de trabajo estaban completamente de acuerdo que los equipos de auditores deben tener los conocimientos adecuados. Los grupos llegaron a la conclusión que:

- se requieren cualificaciones profesionales en una gama amplia de disciplinas como derecho, ciencias sociales, ingeniería y estadística;
- los conocimientos no tienen que proceder siempre del equipo permanente de auditores pero pueden ser aportados por consultores o personas que se unen al equipo de auditores para algún tiempo limitado (quizás personal de otra EFS). Pero hay que tomar en cuenta que eso puede resultar bien caro.

Presentación y seguimiento de los resultados de auditoría

10. Los grupos de trabajo estaban convencidos de la importancia de presentar los resultados de auditoría en una forma adecuada. Los grupos elaboraron pautas al respecto, entre otras:

- desarrollar una base sólida de pruebas para los informes de auditoría
- dejar bien claro frente a la entidad auditada que los resultados y conclusiones se deduzcan de estas pruebas
- asegurar que el derecho de la entidad auditada de ser escuchado sea respetado especialmente en relación a la elaboración de conclusiones y recomendaciones
- esfuerzos para "pescarse" la entidad auditada al hacer recomendaciones prácticas y no demasiado ambiciosas.
- explicar los objetivos de la auditoría con toda claridad
- dejarlo bien claro en qué momento el auditor se ha basado en pruebas secundarias no verificados directamente;
- garantizar que los resultados se publiquen
- seguir la labor de auditoría al garantizar que las recomendaciones de auditoría se tomen en cuenta por parte de la autoridad responsable dentro de un plazo razonable;
- seguimiento para garantizar que las recomendaciones de auditoría se implementen;

- seguir los resultados alcanzados debido a la implementación de las recomendaciones;
- llevar a cabo otras auditorías de temas específicos en el caso que se precisara

11. Los grupos de trabajo subrayaron además la necesidad de mantener relaciones cordiales y constructivas con la entidad auditada

Conclusiones

12. Los delegados expresaron su reconocimiento por haber tenido la oportunidad de trabajar en colectivo, de intercambiar experiencias, informaciones y conocimientos acerca del importante tema de la auditoría del sistema de la sanidad pública. Además se destacó también la alta calidad de las presentaciones y el perfecto funcionamiento del seminario.

13. Los participantes expresaron su satisfacción y inquietud de poder aplicar los resultados del Seminario en su labor de auditoría. Manifestaron su esperanza de poder continuar con el intercambio de experiencias y resultados e informes de auditoría entre las EFS y con la INTOSAI con cierta regularidad. Invitaron a la INTOSAI a difundir esa información por todos los medios apropiados y de organizar un seminario especial acerca del tema de la evaluación de programas.

14. En resumen los delegados clasificaron el 14º Seminario NU/INTOSAI de acontecimiento sobresaliente y se mostraron confiados en que la labor intensiva y fructífera iba a ayudarles de hecho a "hacer algo diferente " para mejorar la prestación y la asistencia de la sanidad pública.

IV. PONENCIAS BASES

1. Estados Unidos de América:

La función de las Entidades Fiscalizadoras Superiores para prevenir irregularidades en los programas estatales de atenciones de salud

Cuando le preguntaron a Willie Sutton, atracador profesional de bancos allá por el decenio de 1930, por qué los atracaba, contestó: "Porque ahí es donde está el dinero". La respuesta de Sutton da pie a que haya motivo de preocupación nacional por el fraude en Medicare, el mayor programa de seguros de salud financiado por el Gobierno en los Estados Unidos. Los desembolsos para el programa, que abarca toda una gama de servicios y suministros sanitarios para ancianos y discapacitados norteamericanos, ascienden a un total de 200.000 millones de dólares al año. Con ese volumen de gastos, Medicare es inherentemente vulnerable a la explotación porque "ahí es donde está el dinero".¹

Supervisar el programa Medicare es un tanto complejo. Entre los protagonistas principales figuran los siguientes:

- Los contratistas de Medicare: compañías de seguros del sector privado contratadas por el Gobierno para desempeñar las funciones administrativas cotidianas del programa.
- La Administración de Financiación de Atenciones de Salud (*Health Care Financing Administration* – HCFA): el organismo del Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS) del Poder Ejecutivo que se encarga de administrar Medicare y de contratar, gestionar y supervisar la labor de los contratistas de Medicare.
- La Oficina del Inspector General (OIG) del HHS: desempeña las funciones de auditor interno de la rama ejecutiva para los programas sanitarios y sociales.
- La entidad fiscalizadora superior (GAO) de los EE.UU.: desempeña las funciones de auditor externo de la rama legislativa para todos los programas estatales.

Para analizar con más detalle la función de la GAO de examinar este programa financiado con fondos federales, consideremos en primer lugar la estructura básica de Medicare. Medicare actúa en gran parte como asegurador –un tercero pagador de solicitudes de pago presentadas por médicos, hospitales, proveedores de equipo y otros proveedores de

¹ Desde 1990, la Oficina General de Cuentas (GAO) ha individualizado todos los años los programas y organismos gubernamentales más vulnerables al despilfarro, el fraude, el abuso y la mala gestión. Las entidades señaladas son consideradas "de alto riesgo" y se las clasifica oficialmente como tales. Dados los cientos de miles de millones de dólares que están en juego, Medicare ocupa un lugar permanente en la lista de alto riesgo de la entidad fiscalizadora (GAO).

servicios de atenciones de salud privados. Medicare no es proveedor directo de servicios, y los proveedores de servicios de Medicare no son empleados del Estado asalariados¹.

La HCFA contrata con empresas de seguros privadas, que ya actúan comercialmente como pagadores de servicios de atenciones de salud, para que administren las funciones de pagos de Medicare. En la actualidad, la HCFA concierta contratos con una 58 de esas compañías, a las que también se denomina contratistas de administración de solicitudes de pago de Medicare. Los contratistas de Medicare, que se encargan de recibir las solicitudes, estimar su idoneidad y pagarlas con diligencia, sirven de primera línea de defensa del programa contra las prácticas de facturación errónea y fraudulenta de los proveedores, que pueden dar pie a graves pérdidas financieras si no se previenen o detectan. En el año fiscal de 1998, los contratistas de Medicare tramitaron solicitudes de pago por un valor medio de más de 700 millones de dólares EE.UU. cada día hábil.

La función de la GAO consiste en informar al legislativo - el Congreso de los EE.UU.- sobre la eficiencia con la que los contratistas protegen a Medicare de errores en los pagos y de fraudes y con la que la HCFA vigila la labor de los contratistas². A petición de las comisiones del Congreso, la GAO realiza a menudo exámenes de la gestión por parte de la HCFA de sus contratistas de Medicare y aborda cuestiones como la idoneidad de los controles internos de gestión de los contratistas, datos de gestión y financieros y salvaguardias básicas del programa para prevenir errores en los pagos. (Véase la lista adjunta de informes sobre el mismo tema).

1. Indole de las prácticas de facturación irregular descubiertas en medicare

Siempre que haya de por medio unas cantidades sustanciales de dinero, ningún método de reembolso está exento del incentivo natural que tienen los delincuentes para estafar. Corresponde pues a todos los que realizan actividades de supervisión comprender la vulnerabilidad de un sistema al fraude y los métodos sistemáticos para descubrirlo. En el caso de Medicare, los contratistas son la primera línea para supervisar el programa y detectar actividades fraudulentas.

Los errores y demás irregularidades de facturación de los proveedores se producen en un entorno en el que los contratistas manejan, en total, unos 900 millones de solicitudes de

¹ El programa se financia con cargo a impuestos salariales pagados por trabajadores y empleadores, ingresos generales del Tesoro de los EE.UU. y primas mensuales de los beneficiarios.

² La GAO examina también los métodos de pago y de cálculo de precios de Medicare y las propuestas actuales de reformar la estructura de financiación del programa. Además, la GAO realiza exámenes de otros programas vinculados con la salud en otros órganos del HHS –incluidos los Centros de Control y Prevención de Enfermedades, La Administración de Alimentos y Medicamentos y los Institutos Nacionales de Salud- y de los programas de salud en los Departamentos de Defensa y de Asuntos de los Veteranos.

pago al año procedentes de aproximadamente un millón de proveedores de servicios y suministros sanitarios. En el programa de Medicare, las solicitudes de reembolso deben satisfacer determinados requisitos administrativos y normas de pago. Por ejemplo, la solicitud debe llevar el nombre del beneficiario con su ortografía correcta, su número de Medicare y otra información relacionada con las condiciones que se le exigen para recibir la prestación antes de que se proceda a pagarla. También debe referirse a un servicio "previsto" –es decir, un servicio prestado a un beneficiario que esté previsto en el programa Medicare. Dado que se presentan millones de solicitudes de pago por prestaciones médicas por cantidades relativamente pequeñas, los contratistas de administración de pagos de Medicare no pueden dedicar demasiado tiempo ni dinero a escudriñarlas cuando se presentan para que se abonen. En su lugar, los contratistas deben elaborar técnicas de análisis que detecten rápidamente las solicitudes sospechosas y rechazarlas inmediatamente o apartarlas para someterlas un examen más detallado.

Entre las prácticas incorrectas de facturación figuran la consistente en elevar la categoría de la prestación, en la que el proveedor falsea el tratamiento dado y factura un procedimiento o un artículo más costoso; la facturación "fantasma", en la que el proveedor factura servicios que nunca ha prestado; y la de dar más tratamiento o prestar más servicios de lo que es necesario o apropiado para el diagnóstico del enfermo. En el cuadro que figura a continuación se presentan ejemplos de irregularidades de facturación que muestran la forma en que los proveedores que facturan a Medicare pueden, si están dispuestos a ello, tratar de estafar al programa y por qué es preciso un escrutinio meticuloso de las facturas.

1.1 Ejemplos de irregularidades de facturación

- Medicare reembolsó a una consulta colectiva de psicología visitas personales de psicoterapia de 45 a 50 minutos de duración. Tres psicólogos del grupo facturaban por visitar cada día a un número de pacientes de hogares de ancianos o clínicas que oscilaba entre 12 y 45. Muchos días, la persona que más facturaba de ese colectivo tendría que haber trabajado más de 24 horas sin interrupción para prestar los servicios que facturaba.
- Los hogares de ancianos y las clínicas son objetivos muy atractivos para el fraude porque agrupan a los beneficiarios de Medicare en un solo entorno, gracias a lo cual los proveedores poco escrupulosos de servicios de Medicare pueden llevar a cabo sus tramas en un gran volumen. En algunos casos, los expedientes de los pacientes de hogares de ancianos y clínicas se entregan a los proveedores externos que visitan periódicamente a esos pacientes, de manera que el proveedor puede obtener la información necesaria para pasar factura a Medicare. En un caso, Medicare pagó a un podólogo 143.580 dólares por realizar labores de cirugía en 4.400 pacientes de hogares de ancianos y clínicas durante un plazo de seis meses. Para que esos servicios hubieran sido legítimos, el podólogo tendría que haber atendido por lo menos a 34 pacientes al día durante cinco días a la semana.
- Se pueden diseñar sistemas automatizados de tramitación que faciliten datos históricos sobre solicitudes de pago "en línea", es decir, mientras se está tramitando la solicitud y antes de que se efectúe el pago. Con un sistema así, los analistas pueden comparar las solicitudes de pago en tramitación con las relativas al mismo tratamiento o artículo presentadas anteriormente por el proveedor. Sin estos medios los analistas no pueden detectar, antes del pago, los aumentos sospechosamente grandes de los reembolsos en un plazo corto. Por ejemplo, en el cuarto trimestre de determinado año un contratista de Medicare pagó a un proveedor de material clínico 211.900 dólares en concepto de vendajes. Un año después, durante el mismo trimestre, el contratista pagó al mismo proveedor más de 6 millones de dólares –un aumento del 2.800% en la suma desembolsada- sin que sospechara nada.

*Fuente: Medicare: Control Over Fraud and Abuse Remains Elusive
(GAO/T-HEHS-97-165, 26 de junio de 1997).*

2. El planteamiento sistemático de la detección de irregularidades de facturación

En algunos países, la entidad fiscalizadora superior puede desempeñar una función de supervisión directa análoga a la de los contratistas de Medicare, por lo que puede resultar instructiva la experiencia de esos contratistas en examinar reclamaciones. Entre las actividades de lucha contra el fraude que los contratistas llevan a cabo figuran investigar las pistas que les dan los pacientes de Medicare y verificar la legitimidad de las credenciales de los proveedores, pero cabe afirmar que sus actividades de examen de solicitudes de pago son las más sistemáticas a la hora de detectar irregularidades de facturación. Al no resultar práctico verificar cada solicitud, los contratistas seleccionan muestras de solicitudes para su examen. Algunas muestras se examinan antes de efectuar el pago, mientras que otras se verifican después de que el proveedor ha recibido el pago.

2.1 Verificación de solicitudes antes del pago

La verificación de las solicitudes antes del pago es una de las actividades clave de Medicare para prevenir el fraude. Los contratistas comprueban si las solicitudes cumplen con los trámites administrativos de facturación y con las pólizas de cobertura médica. En los programas informáticos para tramitar las solicitudes de pago se incluyen instrucciones de edición que rechazan las que no están completas o contienen información contradictoria. Por ejemplo, si falta una cifra en el número de facturación del proveedor o si las cifras no se corresponden de forma correcta con otra información, la computadora deniega el pago hasta que se corrijan los datos. Determinadas instrucciones de edición deniegan las solicitudes de pago por duplicado. También se emplean otras para descartar solicitudes que contienen servicios que, a primera vista, no parecen necesarios desde un punto de vista médico. Por ejemplo, una instrucción de edición podrá suspender la tramitación de una solicitud de pago por una radiografía de tobillo si el diagnóstico señalado en dicha solicitud es una cardiopatía. En un caso así, es posible que la solicitud sea examinada más a fondo por el personal especializado del contratista, que normalmente está formado por enfermeras u otros profesionales de la medicina.

2.2 Examen posterior al pago

Los exámenes posteriores al pago consisten en una serie de medidas para detectar irregularidades o pautas de facturación irregular mediante el análisis de las solicitudes ya abonadas. Los analistas del contratista se dedican en primer lugar a determinar irregularidades concretas en las pautas de facturación de los proveedores y, seguidamente, a realizar auditorías detalladas de los datos de esas reclamaciones. Este enfoque, además de detectar proveedores deshonestos, ayuda a los analistas a determinar servicios, procedimientos o artículos concretos que están sujetos a unas normas de pago de Medicare poco claras.

En primer lugar, los analistas de los contratistas examinan los datos de las solicitudes de pago para tratar de encontrar pautas que se desvíen de la norma. Observan las pautas de facturación para detectar proveedores que facturan muchos más servicios por paciente que sus homólogos. También observan las tendencias de los gastos de servicios y tratamientos concretos, comparando para ello los gastos actuales con los de periodos anteriores.

Este enfoque dirigido a objetivos concretos puede dar lugar a la realización de auditorías detalladas de las solicitudes de pago de los proveedores. Suelen realizarse auditorías de solicitudes en el caso de proveedores cuya facturación ha dado muestras de irregularidades. En tales casos, los analistas del contratista examinan más detenidamente una muestra de solicitudes de pago correspondientes a pacientes del proveedor para determinar si los servicios eran apropiados –es decir, necesarios desde el punto de vista médico, previstos por Medicare y efectivamente prestados- y si se facturaron de conformidad con las normas de Medicare. Las auditorías consumen muchos recursos y suelen entrañar el examen de expedientes médicos y la celebración de entrevistas con pacientes y proveedores. Si en una auditoría se descubre que se han efectuado pagos por servicios innecesarios o inapropiados, el personal del contratista está obligado a hacer todo lo posible para recuperar las cantidades pagadas por error. Si existen pruebas de dolo, el contratista podrá remitir el caso a las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley -a menudo, el Inspector general del HHS- para que lo investiguen más fondo y, si procede, lo lleven a juicio.

3. Supervisión de los pagadores de medicare

En los países que recurren al sector privado para que administre sus programas de salud financiados con fondos públicos, la entidad fiscalizadora estatal puede desempeñar una función de supervisión análoga a la que la HCFA asume respecto de Medicare. La HCFA se encarga de velar por que los contratistas de Medicare realicen su cometido con precisión y eficiencia, lo que supone pagar las solicitudes correctas y detectar al mismo tiempo las incorrectas. La agencia exige que los contratistas presenten una información completa y precisa sobre su actuación. Además, la Ley de Integridad Financiera de Gerentes Federales (*Federal Managers' Financial Integrity Act*) de 1982 y la Ley de Funcionarios Jefes Financieros (*Chief Financial Officers Act*) de 1990 disponen que cada agencia del Poder Ejecutivo implante y mantenga un sistema de contabilidad y controles internos de todos los activos de los que la agencia esté encargada¹. Para cumplir con ese requisito, la HCFA exige que los contratistas de Medicare, que controlan muchos de los fondos de los que en definitiva es responsable la HCFA, presenten todos los años una certificación relativa a sus controles contables y administrativos internos. La certificación debe velar en la medida de

¹ La GAO jugó un papel decisivo al presentar pruebas que persuadieron al Congreso de la importancia y la necesidad de esa legislación.

lo razonable por que los contratistas cumplan la legislación vigente y sus actividades estén protegidas contra el despilfarro, las pérdidas y la apropiación indebida.

En sus auditorías de los estados financieros de la HCFA, la Oficina del Inspector General del HHS calculó que los contratistas habían pagado indebidamente más de 20.000 millones de dólares en el ejercicio financiero de 1997 y 12.000 millones de dólares en el ejercicio financiero de 1998. El 90% de los pagos indebidos de 1998 se detectó gracias al examen médico de los expedientes, con el que se determina si Medicare cubre los servicios médicos y si éstos son razonables, necesarios e idóneos. Además, en ambos años el Inspector General constató puntos débiles importantes en las medidas de fiscalización interna de la HCFA y sus contratistas.

A petición del Congreso de los Estados Unidos, la GAO presentó un informe en Julio de 1999 sobre la supervisión de los contratistas de Medicare por parte de la HCFA. El informe reflejó una situación pésima de la gestión por la HCFA de los contratistas de Medicare y, con ello, de la vulnerabilidad del programa a una explotación ininterrumpida y costosa. El informe hizo notar que era sintomático de la mala gestión de la HCFA el hecho de que, desde 1993, seis contratistas de Medicare hubieran liquidado demandas civiles y penales después de haber sido acusados de llevar a cabo actividades indebidas. Entre las acusaciones contra los contratistas figuraban las de no comprobar las solicitudes para cerciorarse de que el pago era correcto, falsificar datos acerca de los servicios prestados y no aplicar medidas adecuadas de control de la gestión. A pesar de esta situación, la GAO comprobó que la HCFA seguía permitiendo que los contratistas autocertificaran sus controles de gestión, comprobando en raras ocasiones si esos controles funcionaban debidamente y convalidando en contados casos los datos presentados por los propios contratistas. Al confiar en los datos financieros y de carga de trabajo presentados por los propios contratistas, la HCFA no podía garantizar que los informes de los contratistas acerca de la cantidad de cuentas por cobrar o de la puntualidad, el volumen y la exactitud de la tramitación de solicitudes de pago fueran fiables.

El proceso de supervisión de la HCFA adolecía de falta de concentración y de rendición de cuentas, establecía pocas normas claras de actuación a los contratistas y limitaba la fijación de prioridades en sus actividades de examen de la supervisión. La GAO notificó que, a consecuencia de ello, algunas actividades esenciales de salvaguarda de los pagos no se habían examinado desde hacía años. Durante el estudio de la GAO y en respuesta al informe de ésta, la HCFA reconoció la existencia de imperfecciones en su proceso de supervisión y comenzó a tomar medidas para corregirlas.

4. Conclusiones

El mensaje que se desprende de todo esto para los vigilantes de los programas públicos es evidente. La filosofía de Willie Sutton nos advierte de que un programa estatal voluminoso y complejo brinda al estafador un objetivo atractivo para que se aproveche sin que nadie se percate. Ahora bien, una vigilancia sostenida puede minimizar los perjuicios. En el caso del programa Medicare de los EE.UU., la supervisión tiene varios estratos y es muy compleja: los pagadores de facturas contratados escudriñan a los que presentan facturas al programa, un organismo gubernamental supervisa a los pagadores y los auditores externos e internos del Gobierno supervisan a la agencia encargada del programa. Una gestión descuidada o una supervisión deficiente a cualquiera de los distintos niveles se traducen en importantes pérdidas económicas. Es menester vigilar estrechamente los programas sanitarios financiados por el Estado, pues la cifra que se encuentra en peligro puede ascender a miles de millones de dólares, y las entidades fiscalizadoras deben velar por que existan medidas adecuadas de control de la gestión y funcionen debidamente.

INFORMES DE LA GAO SOBRE EL MISMO TEMA

Medicare Contractors: Despite Its Efforts, HCFA Cannot Ensure Their Effectiveness or Integrity (GAO/HEHS-99-115, 14 de julio de 1999).

Medicare Fraud and Abuse: DOJ's Implementation of False Claims Act Guidance in National Initiatives Varies (GAO/HEHS-99-170, 6 de agosto de 1999).

Medicare: HCFA's Use of Anti-Fraud-and-Abuse Funding and Authorities (GAO/HEHS-98-160, 1 de junio de 1998).

Medicare Fraud and Abuse: Summary and Analysis of Reforms in the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 and the Balanced Budget Act of 1997 (GAO/HEHS-98-18R, 9 de octubre de 1997).

Medicare: Recent Legislation to Minimize Fraud and Abuse Requires Effective Implementation (GAO/T-HEHS-98-9, 9 de octubre de 1997).

Medicare Automated Systems: Weaknesses in Managing Information Technology Hinder Fight Against Fraud and Abuse (GAO/T-AIMD-97-176, 29 de septiembre de 1997).

Medicare: Control Over Fraud and Abuse Remains Elusive (GAO/T-HEHS-97-165, 26 de junio de 1997).

High-Risk Series: Medicare (GAO/HR-97-10, febrero de 1997).

Medicare: Millions Can Be Saved by Screening Claims for Overused Services (GAO/HEHS-96-49, 30 de enero de 1996).

High-Risk Series: Medicare Claims (GAO/HR-95-8, febrero de 1995).

Medicare: Inadequate Review of Claims Payments Limits Ability to Control Spending (GAO/HEHS-94-42, 28 de abril de 1994).

Medicare: Greater Investment in Claims Review Would Save Millions (GAO/HEHS-94-35, 2 de marzo de 1994).

High-Risk Series: Medicare Claims (GAO/HR-93-6, diciembre de 1992).

2. Suiza:

La Auditoría de proyectos en el sector de la salud tomando como ejemplo el proyecto de la prescripción medica de estupefacientes

1. Introducción

El fin de la presente ponencia consiste en explicar qué tipo de auditorías realizó la Fiscalización Confederativa en su función de Entidad Fiscalizadora Superior (EFS) en un proyecto para la prescripción medica de estupefacientes y qué circunstancias acompañaron esta auditoría. Para poder garantizar una mejor comprensión se precisan algunas explicaciones sobre las condiciones generales del proyecto y sobre los responsables desde el punto de vista de la Entidad Fiscalizadora Superior.

1.1 El problema de drogas en Suiza a finales de los años ochenta

A finales de los años ochenta aumentó de repente la conciencia pública de la existencia de un problema de drogas en Suiza debido a la creación de una escena abierta de drogas. La federación elaboró un modelo anti-droga que se basa en cuatro pilares. Aparte de la prevención se toman en cuenta tanto las necesidades de los narco-dependientes y de sus familiares por recibir ayuda y terapia como las necesidades de la población por seguridad y orden público¹.

1.2 Proyecto de prescripción medica de estupefacientes

1.2.1 1992: Reglamento a plazo limitado para el fomento de investigaciones de apoyo en la prevención de drogas y para la mejora de las condiciones de vida de los narco-dependientes

En el año 1992 con la aprobación del "Reglamento para el fomento de investigaciones de apoyo para la prevención de drogas y para la mejora de las condiciones de vida de los narco-dependientes"², que se llamará a continuación "Reglamento PROVE", se estableció una base legal para el inicio de un programa de investigación sobre la prescripción medica de estupefacientes. El reglamento PROVE se basa en el artículo 8, párrafo 5, 15c y 30 de la ley de estupefacientes³. Esa ley representa la base para la lucha contra el uso ilícito de

¹ Véase : Tratamiento basado en heroína, Oficina Nacional de Salud , abril 1999, p. 6, p. 12

² Ley Federal sobre estupefacientes y sustancias psicotropicas, SR 812.121

³ SR812.121.5;AS 1992 2213

drogas en Suiza con regulaciones para el uso de estupefacientes para fines medicinales y prohíbe la producción, el comercio, la posesión y el consumo de estupefacientes para fines no-medicinales. El reglamento PROVE se adaptó y se prolongó en los años 1994, 1996 y 1997. Finalmente estuvo en vigor con una modificación en diciembre de 1997 hasta que entro en vigor una nueva norma legal para la prescripción medica de heroína¹. El reglamento PROVE regula investigaciones científicas sobre medidas para la prevención de droga, para una mejora de las condiciones de vida y de salud así como para una disminución de la criminalidad de la compra ilícita.

1.2.2 1994 - 1996: Proyecto de investigación científica

El proyecto de investigación en conexión con el reglamento PROVE² sobre la prescripción medica de estupefacientes – especialmente de heroína – pertenece al modelo anti-droga que se basa en cuatro pilares de la federación. Los experimentos de la prescripción médica de heroína fueron definidos como un proyecto científico con el fin de examinar la viabilidad y el posible éxito de una prescripción de heroína. Se persigue el objetivo de contactar a aquellos drogadictos que han caído por todas las redes terapéuticas y sociales. Estos experimentos precisaron diferentes autorizaciones, amplios preparativos y un acompañamiento y control científico³.

El proyecto de investigación científica se terminó en el año 1996. A través de la prolongación del reglamento PROVE surgieron también posterior a esta fecha gastos para la federación.

1.2.3 1998: Creación de una base legal definitiva

Los experimentos dieron resultados positivos. La introducción definitiva de la prescripción medica de heroína como terapia exigió la creación de una base legal. El tratamiento basado en heroína fue adaptado en una Resolución Federal de urgencia el 9 de octubre de 1998 y forma una parte fija de la política antigroga de "cuatro pilares" del Consejo Federal.

La Resolución Federal fue sometido el 13 de junio de 1999 a un referendun público. Finalmente después de fuertes debates en los medios de comunicación entre opositores y partidarios, esa Resolución Federal sobre la prescripción medica de heroína fue aprobada.

¹ lo más tarde hasta el 31 de diciembre de 2000

² PROVE es un acrónimo de las palabras alemanas proyecto y prescripción

³ Véase: Informe sobre una Resolución Federal acerca de la prescripción de heroína

1.3 Los actores principales en el asunto PROVE desde el punto de vista de la Entidad Fiscalizadora Superior

Desde el punto de vista de la Entidad Fiscalizadora Superior (EFS) se deben mencionar los siguientes actores respecto al asunto PROVE.

1.3.1 Oficina Nacional de Salud (ONS)

La Oficina Nacional de Salud es una entidad administrativa de la administración federal central. De acuerdo a las bases legales¹ correspondientes, tiene que cumplir, *inter alia*, con los siguientes deberes: preparación y ejecución de decretos sobre la sanidad pública, especialmente sobre la lucha contra enfermedades contagiosas, la prevención de la drogadicción, sobre estupefacientes, sobre la protección contra radiación y sobre el transporte de tóxicos. La Oficina Nacional de Salud aclara su política general² en su descripción de competencias de la siguiente forma: "La Oficina Nacional de Salud contribuye de forma significativa a que la población pueda llevar una vida sana. Juzga sus actividades por sus consecuencias sobre la salud". La Oficina Nacional de Salud tenía en el año 1998 unos gastos de unos 131 millones de francos suizos.

1.3.2 Centros para tratamientos

Para la realización de esos experimentos fueron aprobados 18 centros de tratamiento, de los cuales uno se encuentra incorporado a una institución penal. Todos los demás son policlínicas para el tratamiento ambulatorio³.

1.3.3 La Delegación de los Consejeros de la Confederación Helvética

El gremio (6 miembros de Parlamento) de la Delegación de los Consejeros de la Confederación Helvética (que se llamará a continuación Delegación Financiera) dispone de competencias especiales. La Delegación Financiera controla y audita el presupuesto de la federación. Se divide en tres secciones y cada una se compone de un miembro del Consejo Nacional y del Consejo Federal. Entre sus competencias caen el control y la

¹ Reglamento del 9 de mayo de 1979 sobre las competencias de los departamentos, grupos y autoridades, artículo 5, SR 172.010.15

² Nuestra política general, Oficina Nacional de Salud, noviembre de 1996, p.5

³ Véase: Experimento sobre la prescripción de estupefacientes, informe resumido de los encargados de investigación, Ambros Uchtenhagen, Felix Gutzwiller, Anja Dobler-Mikola, Instituto de Investigación de drogadicción e Instituto de Medicina Social y Preventiva de la Universidad de Zurich, junio 1977, p.2

auditoría del presupuesto federal. Entre otras tiene la competencia de encargar a la Entidad Fiscalizadora Superior de Suiza la realización de auditorías especiales¹.

1.3.4 La Entidad Fiscalizadora Superior de Suiza

La Entidad Fiscalizadora Superior de Suiza es el órgano superior a nivel de la federación para la supervisión y el control de las finanzas federales. La EFS puede fijar su programa anual de forma independiente. La EFS asiste a la Delegación Financiera y al Consejo Federal en sus tareas de control y auditoría de la administración y de las empresas públicas. La EFS dispone de aproximadamente 80 personas de personal permanente.

1.4 La investigación de apoyo científico y financiero

Basándose en el reglamento PROVE, la Oficina Nacional de Salud ha encargado varios estudios, como por ejemplo:

El informe final sobre los experimentos con la prescripción médica de estupefacientes recomienda una continuación del tratamiento asistido por heroína. Sin embargo, debería aplicarse de forma restrictiva y limitarse al grupo de los heroína-dependientes muy graves².

Un estudio sobre la evaluación económico-global del proyecto PROVE en forma de un análisis costos-beneficios³ dio el resultado que los gastos promedios calculados para los centros de tratamiento ambulatorio alcanzan una suma de 51 franco suizo por día y paciente. Se calculó un beneficio global para la economía nacional de 96 francos suizos por día resultando en ahorros en investigaciones criminales y estancias en instituciones penales así como en una mejora del estado de salud en general. Después de haber deducido los gastos todavía resultó un beneficio neto de 45 francos suizos por día y paciente.

¹ Art. 7 FKG SR 614.0, art. 13, par. 2 del reglamento del 8 de noviembre de 1985 para las Comisiones Financieras y para la Delegación Financiera de los Consejeros Helvéticos, SR 171.126

² Véase: Informe resumido

³ Véase: Evaluación socioeconómica de los experimentos acerca de la prescripción médica de estupefacientes, informe final de Health Econ Ag, 1997, p. 117 citado en el Informe sobre una Resolución Federal acerca de la prescripción de heroína del 18 de febrero de 1998, Bundesblatt n° 14, 14 de abril de 1998 y el tratamiento basado en heroína, Oficina Nacional de Salud

2. Las Auditorías de las EFS en la Oficina Nacional de Salud

2.1 Encargos de auditoría a la EFS por parte de la Delegación Financiera

Artículo 4 del reglamento PROVE considera necesario la ayuda de la Federación para la investigación de apoyo científico y los experimentos:

- 1 La Federación corre en su totalidad o en parte por los gastos dentro del marco de los créditos concedidos para la investigación de apoyo científico dentro de proyectos y experimentos escogidos.
- 2 La Federación puede contribuir a la financiación de proyectos y experimentos escogidos si existe un especial interés en su realización por su parte.

A parte de la federación estos experimentos se financiaron con contribuciones de las cantones, de municipios, de personas privadas, de las seguridades sociales y de los pacientes¹.

En agosto de 1993 la Delegación Financiera encargó a la EFS de Suiza la elaboración de un concepto básico financiero para los experimentos acerca de la prescripción medica de estupefacientes. Ese concepto fue elaborado por la EFS en cooperación con la Oficina Nacional de Salud y fue aprobado por la Delegación Financiera.

Se puede suponer que la Delegación Financiera encomendó el proyecto anteriormente mencionado no por último por la alta actualidad política del proyecto, es decir de facilitar heroína a drogadictos con la ayuda de un programa de investigación co-financiado por medios de la Federación. En el concepto que fue enviado a la Delegación Financiera se definieron entre otros los siguientes procedimientos.

- Para las contribuciones federales se precisan contratos por escrito.
- Las contribuciones se tienen que contabilizar experimento por experimento en la contabilidad de la Oficina Nacional de Salud.
- En experimentos que han sido finalizado anticipadamente se deben exigir cuentas finales y se debe exigir eventualmente que se reembolsen contribuciones a la federación.
- Se debe realizar un estado financiero por cada experimento sobre las contribuciones pagados por la Federación y se debe presentar a la Delegación Financiera.

¹ Véase: Informe sobre una Resolución Federal acerca de la prescripción de heroína del 18 de febrero de 1998, Bundesblatt n° 14, 14 de abril de 1998, letra 42

2.2 Plan general de experimentos

Todo el proyecto de investigación se estableció en un plan general de experimentos¹ del 1 de noviembre 1993 que fue aprobado el 24 de enero de 1994 por la dirección de la Oficina Nacional de Salud. Eso se realizó basándose en el artículo 10 del reglamento PROVE que otorgó a la Oficina Nacional de Salud la competencia de fijar cierto orden de los experimentos en un plan general y de elegir los experimentos según su orden. En el plan de experimentos se designaron también plazas de tratamiento. Esa asignación formo por otra parte la base para los contratos de la Oficina Nacional de Salud con los proveedores de los centros de tratamiento.

Ya en octubre de 1994 el Consejo Federal decidió una redistribución de las plazas de tratamiento en favor de conceder más autorizaciones de heroína y de aumentar por otro lado el número de plazas de tratamiento. En total el número de plazas de tratamiento aumentó de 700 a 1000, de los cuales 800 en vez de los originalmente 250 fueron designados para el tratamiento con heroína².

2.3 Actividades de auditoría

De acuerdo a la encomienda de la Delegación Financiera, la EFS auditó anualmente los gastos de la Oficina Nacional de Salud entre los ejercicios 1993 a 1998. Base para ello fueron las indicaciones y los documentos contables de la Oficina Nacional de Salud. Probablemente no se hubiera prestado la misma atención a los gastos anuales de varios millones de francos suizos para el proyecto PROVE si la Delegación Financiera no hubiera encargado a la EFS esa auditoría especial sino que se hubiera realizado dentro del control ordinario de la Oficina Nacional de Salud en forma de un análisis de riesgo que se juzga de acuerdo a la importancia financiera. Los gastos del proyecto PROVE alcanzaron anualmente sólo un pequeño porcentaje de todo el presupuesto de la Oficina de Salud, presupuesto que alcanza como anteriormente mencionado unos 131 millones de francos suizos (1998). Después de haber realizado la auditoría se presentó siempre un informe a la Delegación Financiera.

¹ Experimentos sobre la prescripción medica de estupefacientes, plan general de experimentos y medidas de implementación. Oficina Nacional de Salud, versión revisada del 24 de mayo de 1995

² Debido a una modificación del reglamento PROVE de octubre de 1994 se aprobó una modificación del plan general de experimentos en le Consejo Federal en 1995

En los contratos con los proveedores de los centros de tratamiento se fijaron a parte de los servicios que hay que prestar desde un punto de vista financiero también los siguientes puntos:

- La ayuda financiera por parte de la Oficina Nacional de Salud por plaza de tratamiento asignada.
- Forma de pago: suma de los pagos parciales y finales
- El pago se realiza al presentar las respectivas cuentas al mandante
- El pago se realiza posterior a la autorización de la cuentas- y informe final
- El pedido se considera como terminado después de haber sido autorizado por la Oficina Nacional de Salud
- En el caso que el mandante hubiera pagado demasiado al mandatario de acuerdo a las cuentas finales autorizadas, el mandatario tiene que reembolsar la suma sobrante.

También para la evaluación científica de apoyo se realizaron los contratos correspondientes con los mandatarios

Los estados financieros de los primeros años se pudieron auditar en relativamente poco tiempo. Esto se refiere especialmente a pagos para los experimentos, gastos para la compra de heroína y para la evaluación científica de apoyo. En su fase inicial el proyecto se pudo entender con relativa facilidad. Las sumas pagadas se controlaban directamente en la Oficina Nacional de Salud de acuerdo a lo dispuesto en los contratos. Cabe mencionar que la Oficina Nacional de Salud queda a sólo 10 minutos de la EFS en transporte público. El método de control de la Oficina Nacional ha comprobado en el pasado su viabilidad. Las auditorías se coordinaron en todos los casos tanto con la dirección del proyecto como con los servicios financieros de la Oficina Nacional de Salud.

La Oficina Nacional de Salud introdujo en su sistema de contratos unos "contratos colectivos". Con estos contratos colectivos los gastos en relación con estos proyectos se coleccionaron en el sistema contable bajo un sólo número de contrato. Como gastos adicionales se contabilizaron por ejemplo gastos para reuniones y talleres de trabajo que se organizaron como acontecimientos de formación y de intercambio de opiniones entre los colaboradores del proyecto. Además se celebraron también algunos acontecimientos con terceros que tenían algún interés en ese tema. Por ejemplo, se celebró una reunión con los comandantes de la policía cantonal. Otro aspecto muy importante representaba la labor de relaciones públicas.

Al ampliar el plano general de experimentos en el año 1995 se realizaron algunas modificaciones de los contratos y se elaboraron nuevos contratos. A partir del año 1995 había que distinguir entre proyectos en curso y proyectos nuevos.

Respecto a los estados financieros correspondientes al ejercicio 1996 el pago de una suma globalizada para cada plaza de tratamiento - lo que se debió a modificaciones del contrato y a los nuevos contratos - llevo a debates entre la Oficina Nacional de Salud y la EFS ya que el número efectivamente documentado de plazas de tratamiento estaba limitado de acuerdo a las indicaciones de la Oficina Nacional de Salud a un máximo de 1000, sin embargo no había ninguna limitación del número para la financiación de estas plazas. Tampoco se encontró de hecho en las bases legales ninguna limitación para la financiación de las plazas. De acuerdo a los hechos encontrados la EFS recomendó que en futuros proyectos con un mismo o parecido sistema de financiación se ligara el apoyo financiero federal de forma bien clara a una autorización.

La modificación del reglamento PROVE¹ en febrero de 1996 ofreció la posibilidad de seguir recetando estupefacientes a los drogadictos que habían participado en el proyecto hasta el final en el caso de una debida indicación medica a pesar de que la investigación de apoyo había ya terminado y que los resultados finales se habían publicado en junio de 1997². La Federación participó con apoyo financiero en los costos de la prescripción en la medida en la cual había apoyado financieramente los experimentos. La Oficina Nacional de Salud había cerrado de acuerdo a las modificaciones del año 1997 nuevos contratos con los proveedores de los centros de tratamiento. La Oficina Nacional de Salud seguía llevando PORVE como un proyecto.

A finales de diciembre de 1997³ el reglamento se volvió a modificar. Dentro del plan general de experimentos se podían admitir nuevas personas para experimentos en la medida en la cual ello se precisara para aclarar científicamente problemas adicionales de investigación.

Con la creciente complejidad del proyecto aumentó también el volumen de preguntas y consultas que la EFS había que realizar debido a los nuevos contratos que se hicieron de acuerdo a las adaptaciones del reglamento PROVE en los años 1996 y 1997. Además, los directores del proyecto en la Oficina Nacional de Salud – con recursos cada día más escasos y tomando en cuenta los objetivos principales de la Oficina – prestaron más atención a la dimensión científica del proyecto y no tanto a los aspectos financieros. Eso llevó a que la Entidad Fiscalizadora Superior de Suiza había que aclarar cada vez más asuntos con la Oficina Nacional de Salud, muchas veces en forma de largas comunicaciones por escrito.

¹ Modificación del 21 de febrero de 1996

² Resumen de la ponencia

³ Modificación del 15 de diciembre de 1997

En el año 1998 cambió la dirección del proyecto en la Oficina Nacional de Salud. Gracias a contactos inmediatos con las personas responsables y una cooperación realmente muy constructiva con la Oficina Nacional de Salud el tiempo que la EFS tuvo que dedicar a ello se pudo de nuevo reducir.

Para la adquisición de las sustancias, es decir la compra, la elaboración y la distribución, la Oficina Nacional de Salud utilizaba una cuenta de compensación. La Entidad Fiscalizadora Superior de Suiza constató que la Oficina Nacional de Salud tenía a finales del año 1996 un considerable saldo al debe en esa cuenta. Debido al hecho de haber detectado ese considerable saldo al debe la EFS exigió una cuenta final de esa cuenta así como constancia sobre el depósito en existencias a finales del año 1998. A finales del año 1998 el alto saldo al debe había sido reducido con los ingresos conseguidos por facturación.

Con la creación de una base legal definitiva la Delegación financiera exigió a la Oficina Nacional de Salud la presentación de un informe final sobre la gestión financiera de todo el proyecto PROVE para los años 1993 a 1998. A partir del año 1999 la prescripción médica de heroína se incorporó a la gestión general de la Oficina Nacional de Salud y no se llevaba más como un proyecto a parte.

2.4 Resultado de Auditoría

Basándose en las auditorías anuales de regularidad y legalidad que se acaban de describir anteriormente, la Entidad Fiscalizadora Superior de Suiza pudo certificar que los medios financieros de la Oficina Nacional de Salud para experimentos con estupefacientes habían sido aplicados conforme a sus fines.

2.5 Conclusiones finales del proyecto para la Entidad Fiscalizadora Superior de Suiza

- Se comprobó que había sido conveniente cerrar contratos con los proveedores de los centros de experimentos
- Se comprobó que Entidad Fiscalizadora Superior de Suiza tuvo que dedicar a esta auditoría mucha más tiempo que para el promedio de sus auditorías para familiarizarse con el tema y debido a unas circunstancias muy excepcionales como por ejemplo la complejidad del tema en general y los continuos cambios de las condiciones generales del proyecto.
- Las modificaciones significaron también para la dirección del proyecto en la Oficina Nacional de Salud un considerable aumento del tiempo que tuvieron que dedicarles. Los contactos directos a nivel personal con la EFS tenían que haberse realizado probablemente más temprano para poder dar más peso a las sugerencias de la

Entidad Fiscalizadora Superior. Sin duda alguna se recomiendan contactos personales en una fase muy temprana.

- En general el acompañamiento continuo durante un periodo de seis años por parte de la Entidad Fiscalizadora Superior de Suiza en ese proyecto de tan alta relevancia política con consecuencias financieras tan considerables para Oficina Nacional de Salud se ha plenamente comprobado.
- Las investigaciones científicas y financieras que se habían encomendado a instituciones y consultorías externas apoyaron a la EFS en su certamen que los medios financieros federales habían sido aplicados eficazmente.

3. Resumen

Durante seis años la Fiscalización Confederativa en su función de Entidad Fiscalizadora Superior (EFS) auditó los gastos de la Oficina Nacional de Salud y acompañó la misma en su función controladora a petición de la Delegación Financiera en el proyecto de investigación de la prescripción médica de estupefacientes (PROVE). Las auditorías anuales de regularidad y legalidad dieron resultados positivos. El tiempo invertido en ellas correspondía al promedio. En el caso de proyectos especialmente complejos con considerables modificaciones del marco de condiciones se recomiendan contactos personales tempranas con la entidad administrativa que lleva a cabo el proyecto. Evaluaciones de apoyo realizadas por expertos externos significan también para la de Entidad Fiscalizadora Superior cierta confirmación de la aplicación eficaz de los medios financieros.

3. Austria:

La auditoría de hospitales por parte de las EFS

1. Competencias de Auditoría

De acuerdo al artículo 121, par.1 de la Ley Constitucional Federal de Austria le compete al Tribunal de Cuentas la auditoría de la gestión financiera de la Federación("Bund"), de las provincias ("Länder"), las mancomunidades, los municipios y de otras entidades jurídicas determinadas por la ley .La gestión financiera se entiende como cualquier actitud que tiene consecuencias financieras.

La Ley Constitucional Federal, la Ley Federal sobre el Tribunal de Cuentas y la Ley sobre los Hospitales (ley especial) regulan las competencias del Tribunal de Cuentas para la auditoría de la gestión de los hospitales. Las siguientes normas tienen relevancia:

- 1) El Tribunal de Cuentas audita fundaciones, fondos e instituciones (hospitalarias) que se administran por órganos de la federación, de las provincias y de los municipios o por personas que fueron designados para ello por órganos de la federación, de las provincias y de los municipios (p.e. hospitales provinciales y municipales)
- 2) El Tribunal de Cuentas audita entidades de derecho público en la medida en la cual aplican en su gestión fondos de la federación, de las provincias y de los municipios (p.e. hospitales religiosos).
- 3) El Tribunal de Cuentas audita las gestoras de las seguridades sociales p.e. hospitales especiales para rehabilitación).

Por lo tanto todos los hospitales - con excepción de las clínicas privadas que no reciben subvenciones públicas – caen en la competencia de auditoría del Tribunal de Cuentas

2. Encargos de Auditoría

La Ley Constitucional Federal establece que el Tribunal de Cuentas actúa en asuntos de la gestión financiera federal como órgano del Consejo Nacional y en asuntos de la gestión financiera de las provincias, de las mancomunidades y de los municipios como órgano del respectivo parlamento provincial. Además, el Tribunal de Cuentas es independiente del gobierno federal y de los gobiernos provinciales.

Esta independencia se manifiesta en el hecho que el Tribunal de Cuentas establece su programa de auditoría, los puntos de más atención de las auditorías y su metódica de auditoría de forma autónoma.

Sin embargo, el Tribunal de Cuentas puede recibir encargos para realizar auditorías especiales de acuerdo a una resolución de la federación o de las provincias o respectivamente a petición de sus miembros. Ese tipo de auditorías se debe realizarse a requerimiento justificado del gobierno federal, de un ministro federal o de un gobierno provincial.

En lo que se refiere a las auditorías de hospitales el Tribunal de Cuentas actúa por iniciativa propia y sólo en casos particulares las auditorías se realizan gracias a resoluciones de parlamentos provinciales o a petición de algún gobierno provincial. Por ejemplo, el Tribunal de Cuentas auditó a petición de un gobierno provincial la adquisición de grandes aparatos técnicos y la construcción de nuevos hospitales.

3. Objetivos de Auditoría

Los objetivos de auditoría se encuentran establecidas en la Ley Federal Constitucional en el art 126 b par. 5 y en la Ley Federal sobre el Tribunal de Cuentas. Las auditorías del Tribunal de Cuentas deben ocuparse por ende de:

- autenticidad de las cifras contables,
- concordancia con las normas vigentes,
- economicidad
- eficacia
- eficiencia

Además el Tribunal de Cuentas tiene la obligación de señalar dentro de su labor de auditoría las posibilidades de una reducción o eliminación de gastos así como de una subida o creación de ingresos. La Constitución Federal no pone prioridades al mencionar los objetivos de auditoría. Sin embargo existe la clara tendencia de orientar las auditorías hacia los criterios economicidad, eficacia y eficiencia. Las auditorías realizadas en los últimos años en hospitales fueron caracterizador por enfocar más la eficacia que la regularidad. Al subrayar en especial como objetivo de auditoría de la eficiencia – es decir el problema de una optimación del rendimiento de la entidad auditada – se ofrece al Tribunal de Cuentas un amplio sector para auditorías que no se limita solamente a los hospitales sino también a grandes sectores de sistema sanitario público.

4. Objetivos Conflictivos

Los hospitales austríacos se han convertido en los últimos tiempos en empresas modernas de prestación de servicios y equivalen también en lo que se refiere a la auditoría a empresas. Sin embargo las posibilidades creativas y organizativas para hospitales son debido a unas reglas legales muy estrictas sobre la construcción y la administración de hospitales muy restringidos. Al auditar los hospitales el Tribunal de Cuentas tiene que enfrentarse a ese conflicto que surge por ejemplo entre la obligación de garantizar la debida asistencia hospitalaria para enfermos y que considera, de acuerdo a sus resultados de auditoría, ineficiente el funcionamiento de un hospital. Por lo tanto es un desafío especial para el Tribunal de Cuentas poner de relieve los conflictos entre la legalidad y la eficacia y de recomendar a los cuerpos legislativos las medidas correspondientes.

Otro conflicto al cual se tiene que enfrentar el Tribunal de Cuentas es la evaluación de los criterios de auditoría macroeconómicos contra microeconómicos y económicos contra ecológicos para los hospitales y el sector sanitario. A continuación algunos ejemplos:

- los hospitales se representan debido a su obligación legal de proveer asistencia medica como empresas con una tasa de beneficio baja pero que tienen al mismo tiempo una gran importancia en el mercado laboral
- en la mayoría de los casos la financiación de los hospitales se realiza con medios financieros provenientes del presupuesto público
- hospitales representan en algunos casos la única garantía para la supervivencia económica de una región

El Tribunal de Cuentas no debe concentrarse exclusivamente en los fines específicos de la auditoría de hospitales - al igual que en toda sus auditorías – sino tiene la obligación de llegar a unos conclusiones muy amplios y de poner de relieve con toda claridad todo tipo de conflictos. Con ello se debería brindar a los receptores de los informes, es decir el Consejo Nacional y los Parlamentos Provinciales , toda la información necesaria para poder solucionar los conflictos y para tomar en el caso necesario las medidas adecuadas. El Tribunal Cuentas no debe juzgar los objetivos políticos, sin embargo si lo tiene que hacer en lo que se refiere a las consecuencias económicas y la eficacia de los objetivos. En sectores de auditoría en los cuales falten por completo o por parte los objetivos políticos el Tribunal de Cuentas puede substituir los objetivos faltantes y emplearlos como base para su auditoría. Como ejemplo sirve en ese contexto la reciente auditoría del sistema de financiación de los hospitales que se aplica desde el año 1997 y donde el acuerdo de financiación entre la federación y las Provincias fijó los objetivos sólo en forma rudimentaria.

5. Principios del sistema de asistencia medica en los hospitales

Principios legales

La Ley Constitucional Federal de Austria establece entre otros en el artículo 12 que la legislación sobre los principios de las instituciones de asistencia hospitalaria (hospitales) cae bajo la competencia de la federación y que la legislación respecto a la implementación y la ejecución compete a las provincias. Eso significa que existen una Ley Federal sobre hospitales y nueve leyes provinciales sobre hospitales. A ello se debe añadir que la segunda parte de la Ley Federal sobre hospitales para las clínicas universitarias es una ley inmediatamente efectiva.

Principios de financiación

La financiación de los hospitales austríacos se base en un sistema dual , es decir en contribuciones de la seguridad social y en recursos tributarios por medio de la distribución intergubernamental de tributos entre la federación, las provincias y los municipios. Además los hospitales se financian también por ingresos de los pacientes y de los seguros privados. Un nuevo sistema de financiación general que se introdujo en el año 1997 no llevo a una unificación de la financiación de los hospitales sino a diferencias más grandes entre las distintas provincias.

Principios de la planificación de hospitales

La Planificación de hospitales tiene que tomar en cuenta una garantía equilibrada y adaptada a las necesidades de la asistencia hospitalaria y se realiza en concordancia a la competencia de planificación de la federación de y la competencia general de las provincias de elaborar regulaciones.

6. Sectores de Auditoría

El Tribunal de Cuentas ha identificado respecto al control de los hospitales los siguientes sectores de auditoría:

Garantía de la asistencia hospitalaria pública

- auditoría de las empresas de gestión hospitalaria
- nuevas construcciones de hospitales
- auditoría de la demanda medica en el contexto de la planificación de hospitales
- auditoría de la oferta medica dentro del marco de las estrategias de planificación regional

- completa cobertura territorial respecto a la asistencia (p.e. cardiología, psiquiatría)
- distintas formas de gestión de hospitales
- organización estructural y básica de hospitales

Financiación de hospitales

- auditoría de conceptos de financiación para hospitales y el sistema sanitario
- auditoría de subvenciones e inversiones en el sector sanitario

Auditorías generales de hospitales

- recursos personales, finanzas, adquisición, organización

Auditorías especiales

- centros de rehabilitación
- servicios de primera ayuda y de urgencias

7. Entidades Auditadas

El Tribunal de Cuentas audita los siguientes hospitales:

- Hospitales Generales(de asistencia aguda) Son aquellos hospitales que tratan a los pacientes independiente de su sexo, edad y tipo de asistencia medica requerida de forma estacionaria o ambulante y que disponen en la medida adecuada del equipamiento medico necesario.
- Hospitales especiales para el tratamiento de pacientes con enfermedades determinadas o para personas de ciertas edades(p.e. hospitales de traumatología, centros para enfermos mentales).

En Austria hay 315 hospitales con aproximadamente 702000 camas. Eso corresponde a una cifra promedio de 8,8 camas hospitalarias por 1000 habitantes. Catalogadas por entidades proveedoras (los propietarios en un sentido más amplio) se presenta el siguiente cuadro:

Propietarios	número de hospitales	número de camas
federación	12	679
provincias	83	34 546
mancomunidades	12	2 481
municipios	56	9 780
instituciones de la seguridad social	39	5 833
hospitales religiosos	48	11 850
asociaciones	15	1 415
personas privadas	50	3 612
suma total	315	70 196

Al Tribunal de Cuentas incumbe sólo la competencia de auditar aquellos hospitales que reciben subvenciones públicas. Por lo tanto se presenta un campo de auditoría más reducido con los siguientes parámetros.

número de hospitales:	230
número de camas:	55 300
pacientes estacionarios:	1,9 millones
suma total de días estacionarios:	14,8 millones
tratamientos ambulantes:	60 millones
duración por medio de la estancia hospitalaria:	7,6 días
suma total de gastos al año:	rd 7,7 mil millones USD
gastos anuales por cama:	rd 98 500 USD
gastos por día de estancia hospitalaria:	rd 310 USD

Como se puede ver en lo anteriormente dicho y debido a la estructura muy diversa y de los hospitales austríacos, el Tribunal de Cuentas de Austria tiene que adaptar sus actividades de auditoría a ello y no puede actuar con el mismo esquema como en otros sectores de auditoría. Ya únicamente por el hecho que existan tantos propietarios distintos y debido a la distribución de la responsabilidad para los hospitales entre nueve provincias, los auditores deben enfrentarse con diferentes regulaciones legales y conceptos completamente

diferentes de las necesidades del sector sanitario. Se puede suponer que las estructuras de los hospitales en Austria tienen nueve facetas distintas.

8. Organización de las Auditorías

El Tribunal de Cuentas de Austria cuenta actualmente con una plantilla de 330 personas de los cuales 247 trabajan en 36 diferentes departamentos de auditoría. Las auditorías del sector sanitario se realizan por 4 departamentos que cuentan con 26 colaboradores. Dos departamentos con 14 colaboradores auditan los hospitales. Estos dos departamentos de distribuyen las auditorías de los hospitales según las nueve provincias y un departamento es también responsable para las clínicas universitarias de Viena, Graz y Innsbruck. El objetivo de ese reparto es conseguir una distribución de lo mas equitativo posible de las obligaciones tomando en cuenta unos intervalos adecuados entre las auditorías. Además, regiones que comparten los servicios de abastecimiento sanitario a través de las fronteras provinciales (como p.e. Vorarlberg, Tirol, Alta Austria y Salzburgo) deben cubrirse por el mismo equipo de auditoría.

En los dos departamentos de auditoría para hospitales trabaja personal con las siguientes cualificaciones:

<u>Función</u>	<u>departamento_45</u>	<u>departamento_47</u>
director del departamento	ingeniero superior de construcción	jurista
vice director	generalista	jurista
jefe de auditoría	economista	economista
auditor	economista	economista
auditor	jurista	funcionario nivel B ¹
auditor	funcionario nivel B	funcionario nivel B
auditor	funcionario nivel B	
auditor	funcionario nivel B	

En el caso de auditorías se recurre también a auditores de otros departamentos o a especialistas externos.

¹ Los funcionarios de nivel B no tienen graduación universitaria

9. Planificación de Auditoría

Las auditorías realizadas por el Tribunal de Cuentas se basan en un plano de auditoría que se elabora anualmente. Para la planificación de las auditorías los departamentos de auditoría presentan tres propuestas que se orientan en los siguientes criterios:

- volumen de la gestión financiera implicada
- cambios notables de la entidad auditada (pe. construcción de nuevos edificios)
- resultados de la última auditoría de la gestión financiera
- intervalo desde la última auditoría de la gestión financiera
- cambios mayores de los parámetros

Los departamentos de auditoría escogen para la elaboración de las tres propuestas para su plan de auditoría los siguientes instrumentos:

- una base de datos que incluye informaciones generales, datos económicos claves y parámetros de organización de todas las entidades auditadas
- un análisis de beneficios ordena las entidades auditadas principalmente por sus parámetros de costos
- larga experiencia específica de los departamentos de auditoría
- tipo de auditoría (auditoría general, auditoría de prioridades, auditoría de proyecto, auditoría de sistema, auditoría transversal, auditoría de continuación)

El Presidente del Tribunal de Cuentas escoge una de la propuestas y autoriza el plan de auditoría para el siguiente año.

10. Proceso de Auditoría

Una vez que se haya tomada la decisión acerca de la entidad auditada el proceso de auditoría tiene las siguientes fases.

- *Definición de las responsabilidades y obligaciones*
Fijación del contenido y de las estrategias de auditoría
Definición de la responsabilidad de auditoría
- *Preparación de la auditoría*
Preselección de los conocimientos específicos y de la información existente
envío de la carta de auditoría a la entidad auditada
colección de información (p.e. mediante cuestionarios)

- *auditoría in situ*
entrevistas para coleccionar informaciones
estudio de información por escrito
aclarar los hechos

- *entrevista final*
presentación de los hechos encontrados
primera evaluación

- *resultado de auditoría*
elaboración de los informes provisionales de los colaboradores
edición del texto por el director responsable de auditoría
envío oficial del informe provisional a la entidad auditada

- *procedimiento de comentarios*
comentario de la entidad auditada
elaboración de la replica al comentario por el departamento de auditoría
envío oficial de la replica a la entidad auditada

- *informe de auditoría*
edición del informe para incluirlo al informe anual
envío del informe anual al Consejo Nacional y al Parlamento Provincial
debate sobre el informe anual en los Comités

11. Anexo: Resumen de los sectores de auditoría

FINANZAS		
<i>Objeto</i>	<i>Parámetros de auditoría</i>	<i>Métodos</i>
Ingresos Seguridad Social Entidades proveedoras Personas privadas Liquidación	Máxima obtención de ingresos	Normas legales Contratos Comparación presupuesto/estados financieros
Gastos Gastos para personal Gastos materiales Inversiones	Cumplimiento del volumen de los gastos anuales presupuestados	Comparación presupuesto/estados financieros Cuenta de perdidas y ganancias Balance Listas presupuestarias de la federación y de las provincias Informes mensuales
Control Sistemas de gestión administrativa Cálculo de costes	Desarrollo del rendimiento Resultados de explotación Desarrollo de la planificación de personal Normas legales	Comparaciones de factores internos y externos de las empresas Comparación de distintos intervalos Métodos de repartición

PERSONAL		
<i>Objeto</i>	<i>Parámetros de auditoría</i>	<i>Métodos</i>
Demanda de personal Especialistas Médicos en formación Servicios de enfermería Administración Servicios externos	Plantilla Ratios de la Asociación Alemana de Hospitales, Valores promedios de otros hospitales	Comparación de ratios Proporción médico por cama Proporción personal de enfermería diplomada por cama Minuto de cuidado por paciente Empleado por cama o caso
Planos de servicio Cumplimiento de normas legales como p.e. peglamento sobre la jornada laboral en hospitales	Horas por semana Horas extras Horas en fines de semana Servicios de guardia Tiempos de capacitación Vacaciones	Revisión de los planos de servicio
Remuneración Tipo de contrato laboral Clasificación personal Suplementos Derechos accesorios	Normas legales	Revisión de los expedientes del personal
Garantía de calidad Cualificación Grado de satisfacción laboral	Medidas de capacitación Fluctuaciones de personal Bajas por enfermedad	Apuntes sobre el personal

MEDICINA		
<i>Objeto</i>	<i>Parámetros de auditoría</i>	<i>Métodos</i>
Recursos imprescindibles Hospital Departamentos de medicina Grandes aparatos técnicos de medicina	Demanda Demanda Demanda	Area de suministro medico, estudios Código diagnostico Traslados Utilización
Servicios funcionales Servicio estacionario Servicios de ambulancia Servicio de operaciones Anestesia/Cuidados intensivos Farmacia Radiología Laboratorio Terapia fisica etc.	Número y cualificación de empleados, Utilización de instalaciones, Almacenamiento Cumplimiento de normas legales,	Planos de servicios, Expedientes del personal Parámetros de rendimiento del personal Análisis del tiempo, Buscada de informaciones in situ
Garantía de calidad Garantía de calidad de acuerdo a las normas legales Garantía de calidad voluntaria	Cumplimiento de normas legales, Informes de calidad Encuestas entre los pacientes	Responsables Puntos esenciales Estándar Realización Actas Escala de parámetros cualitativos
Servicios externos Servicios externos de medicina Médicos externos para consultas Sistema de primera ayuda y urgencias	Necesidad Gama de tratamientos Cooperación con hospitales	Costes Código diagnostico Eficiencia

ORGANIZACIÓN		
<i>Objeto</i>	<i>Parámetros de auditoría</i>	<i>Métodos</i>
Organización estructural Entidades proveedoras Estructura de dirección Dirección de la entidad	Unidad de administración Corporación del derecho público Sociedad Privada Adopción de decisiones Influencias sobre el hospital Competencias	Normas Legales; Distribución de competencias Organigrama Directrices de organización Reglamento interno, Actas de dirección, Orden de instrucción
Organización progresiva Administración del personal Sector financiero Administración de pacientes	Facultad de firma Facultad de firma Administración de hospitalizaciones y bajas	Procedimientos de derecho de personal Administración presupuestaria Sistema de documentación
Servicios funcionales Sector de operaciones Sector de ambulancias Servicio de mecanografía Abastecimiento de ropa Servicio de limpieza Servicios técnicos etc.	Eficacia Eficiencia Economicidad	Planificación de calendario Parámetros de rendimiento del personal Cuotas del personal Estadísticas Logística Comparación de ratios Normas

CONSTRUCCIÓN		
<i>Objeto</i>	<i>Parámetros de auditoría</i>	<i>Métodos</i>
Proyectos Nuevas Construcciones Saneamiento de edificios antiguos Amplificaciones Mejoras del estándar	Demanda Aumento del rendimiento Mejora de calidad Condiciones	Resoluciones Cálculos de demanda Edificios ya construidos Normas
Encomienda Procedimiento de licitación Adjudicación	Normas de adjudicación	Exactitud aritmética Procedimiento de evaluación Orden
Desarrollo del proyecto Plazo de terminación Marco de costes Cumplimiento de eficiencia	Calendario de construcción Cálculo de costes Confirmación de los objetivos	Cumplimiento de plazos Tasación de costes Entrevistas con usuarios

4. México:

Auditoría de desempeño de los servicios médicos en una institución de sanidad pública en zonas de alta marginalidad económica y social

A partir de los años cuarenta, en los que se inicia el proceso de industrialización en México, la seguridad social se convierte en una política de Estado que es objeto de atención preferente razón por la cual se le asignan importantes y crecientes montos anuales de recursos públicos.

Este quehacer se fundamenta en los preceptos establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, quienes otorgan el derecho a la salud de la población en general.

En términos de su organización, la gestión pública de la seguridad social en el país está integrada por un sistema nacional que se encarga de cubrir las necesidades de servicios de salud a los trabajadores del campo y la ciudad. En tal sistema participan Instancias Administrativas como los Servicios de Salud Pública que coordina el gobierno federal en las 32 Entidades Federativas que componen la República Mexicana, y atienden los requerimientos básicos y de atención especializada.

Asimismo, en este sistema opera el Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual atiende las necesidades de salud tanto de los trabajadores agrícolas, de los obreros y de los empleados en los servicios y el comercio, como de la familia de éstos. El IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), así conocido en México por sus siglas, es un ente que se nutre de recursos aportados por los trabajadores afiliados, por los empleadores y por el gobierno federal; así como de los recursos provenientes del cobro de sus servicios a los particulares que los solicitan.

Otro componente del sistema público de seguridad social en México lo constituyen los denominados institutos de Seguridad Social de los Trabajadores al Servicio del Estado, tanto el federal, como el correspondiente a los gobiernos de los 31 estados de la república. La operación de estos institutos está soportada por los recursos provenientes de las cuotas aportadas por los trabajadores afiliados y de los recursos del empleador, en este caso el Estado.

Conviene destacar que dentro de este sistema de seguridad social, la institución con mayor cobertura es el IMSS, que actualmente atiende al 47% de los casi 100 millones de mexicanos.

El IMSS se creó por ley en 1943, con la misión de otorgar a los trabajadores y a sus familias la protección suficiente y oportuna ante contingencias tales como la enfermedad, la invalidez, la vejez o la muerte.

Con el desenvolvimiento de la institución, que comprende 57 años de vida, la protección prevista en términos de su Ley, se extendió no sólo a la salud, sino también a los medios de subsistencia, cuando la enfermedad o la edad impide en forma temporal o permanente que el trabajador continúe ejerciendo su actividad productiva. Además de lo anterior, se han sumado acciones orientadas tanto a fortalecer el ingreso de los trabajadores afiliados, como a facilitarles la capacitación y el aprendizaje de nuevas formas para mejorar sus niveles de bienestar y calidad de vida; cultivar aficiones artísticas y culturales, y a propiciar una mejor utilización del tiempo libre.

La amplia y variada gama de servicios que proporciona la institución, con la incorporación de crecientes grupos sociales que no están vinculados a la contratación de un empleo remunerado por un patrón (estudiantes, limpiadores de calzado, campesinos con escasos recursos y no asalariados, entre otros) y con la presencia de recurrentes crisis económicas en el país a lo largo de las dos últimas décadas afectaron seriamente la situación financiera y por lo tanto la operativa de la Institución.

En razón de ello se creó en 1996 una nueva Ley del Seguro Social, la cual busca asegurar su viabilidad financiera.

La importancia relativa de esta Institución en el ámbito de la seguridad social de México se puede apreciar también si observamos, que en el periodo 1996-1998 su participación promedio anual en el gasto social federal fue 56.0%. Por su parte, este último representó el 15.0% del gasto programable federal, (excluye intereses de la deuda interna y externa, la participación de ingresos a los estados y municipios y los apoyos al saneamiento financiero de los bancos).

En igual periodo la población derechohabiente del IMSS creció a una tasa promedio anual de 6.9%, y el gasto programable de la Institución lo hizo a una tasa promedio anual de 14.4% en términos reales.

Entidades federativas como Veracruz, Michoacán, Chiapas, Hidalgo, Oaxaca y Guerrero, que expresan los mayores niveles de marginación económica y social del país, han mostrado un mayor crecimiento en la población derechohabiente y, a la vez, son las que han registrado en el periodo una tasa de crecimiento real en su gasto programable superior al promedio.

Lo antes expuesto, aunado a causas de otra índole, ocasionaron que el IMSS durante los últimos años haya registrado recurrentemente sobreejercicios presupuestales (desembolsos mayores de los que presupuestalmente se le han aprobado) en particular en lo referente al concepto denominado "Materiales y suministros" para la atención de la salud.

Aun cuando se podría explicar por qué la institución ha desembolsado más recursos de los que se le autorizan, el Órgano de Fiscalización Superior de México, en respuesta al mandato formulado por la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, instancia parlamentaria encargada de autorizar y revisar la asignación y el ejercicio del presupuesto del gobierno federal, está realizando una auditoría de desempeño al IMSS.

La revisión considera como referencia básica el sobreejercicio presupuestal del 27.9% que el ente registró en la adquisición de medicamentos y materiales de curación para la atención de los derechohabientes de 1998, que aumentaron en 6.3%, es decir, en 2.7 millones de personas más con respecto al año de 1997.

Para tal efecto se definió un esquema operativo que se consideró pertinente integrar a partir de los siguientes tres componentes: Planeación, Ejecución y Presentación de Resultados.

Al respecto, cabe comentar que el componente de la planeación se constituyó con el establecimiento del objetivo general de la auditoría, y en consideración de que la revisión sería de desempeño, el objetivo fue complementado y detallado con un conjunto de objetivos específicos.

Asimismo, la planeación realizada consideró la labor de definir los elementos estratégicos y metodológicos necesarios y congruentes para alcanzar los objetivos previstos. Además, se previó la aplicación de una prueba piloto de la revisión, realizada en unidades médicas seleccionadas, con la finalidad de detallar, con adecuada precisión, el alcance de la auditoría.

Por su parte, la ejecución de la revisión se lleva a cabo con base en un programa de trabajo en el que se determinaron el personal y recursos necesarios para el desarrollo de la auditoría, considerando en ello un calendario que comprende 18 semanas de trabajo, en las que se consideró las etapas correspondientes a la ejecución del trabajo de campo, a la elaboración del informe preliminar, a la realización de la confronta con el ente auditado y a la integración del informe de los resultados de la auditoría.

De esta manera y con la finalidad de ejemplificar la auditoría de desempeño que se lleva a cabo, a continuación se describen los aspectos más sustantivos de su integración, con la advertencia de que el aspecto de resultados se refiere sólo a los que se derivaron de la aplicación de la prueba piloto:

1. Objetivo general
2. Objetivos específicos
3. Alcance de la Auditoría
4. Metodología
5. Proceso previo a la auditoría (Prueba Piloto)
6. Resultados

JUSTIFICACIÓN DE LA AUDITORÍA AL IMSS

En la Cuenta de la Hacienda Pública Federal de 1998 el IMSS en el capítulo de "Materiales y Suministros" presentó un sobreejercicio de 27.9% por arriba del autorizado por la H. Cámara de Diputados, fundamentalmente por los recursos que se canalizaron a los conceptos medicamentos y materiales de curación. Asimismo, el total de los derechohabientes en 1998 se incrementó en 6.3% (2.7 millones de personas) respecto a 1997. Por lo anterior se consideró necesario evaluar las razones que dan cuenta del por qué de esa adquisición y la calidad en la prestación de los servicios médicos que proporciona el.

1. Objetivo General

Evaluar la eficiencia y eficacia en el proceso de adquisiciones de equipo médico, medicamentos y material de curación y en la prestación de los servicios médicos que proporciona el IMSS.

2. Objetivos Específicos

- Verificar que el IMSS hubiese observado las disposiciones legales y administrativas para la adjudicación de pedidos, y la adquisición de equipo médico, medicamentos y material de curación.
- Revisar que los registros contables y presupuestales relacionados con la adquisición de medicamentos se hubiesen realizado de conformidad con la normatividad aplicable, y verificar el control de inventarios.
- Evaluar la eficiencia y eficacia de utilización del equipo médico asignado para el diagnóstico en las unidades médicas seleccionadas.

- Verificar que el abastecimiento de medicamentos en las unidades médicas seleccionadas fuese suficiente y oportuno para atender a los derechohabientes.
- Valorar la calidad de la prestación del servicio médico en los tres niveles de atención.
- Verificar que la integración de los expedientes clínicos cumpliera con la Norma Oficial Mexicana y la Norma Institucional establecida en el Manual de Procedimientos de las Áreas de Informática Médica y Archivos Clínicos.

3. Alcance de la auditoría

Los trabajos de auditoría se enfocan en el proceso de adquisición de equipo médico, medicamentos y material de curación, y en la prestación de servicios médicos en unidades de primer nivel (medicina familiar) segundo nivel (hospitales generales de zona) y tercer nivel (hospitales de especialidades) en las delegaciones ubicadas en los estados de Michoacán y de Veracruz.

4. Metodología de la auditoría

Se ubicó el gasto total del IMSS en los seis estados definidos con mayor marginación económica (Veracruz, Michoacán, Chiapas, Hidalgo, Oaxaca y Guerrero), de los cuales se seleccionaron Veracruz y Michoacán por ser los que dentro de este estrato ejercieron el 58.6% de los recursos.

Se determinó una muestra de ocho unidades médicas que cubren los tres niveles de atención, considerando las que ejercieron el mayor gasto en medicamentos, material de curación y equipo médico, de tal manera que la muestra seleccionada representa el 51.8% y 40.0% en las Delegaciones Michoacán y Veracruz (Norte y Sur), respectivamente, del total ejercido por el Instituto en esas entidades en los conceptos mencionados.

Durante las visitas de campo se determinará una muestra representativa del equipo médico para diagnóstico, se solicitarán reportes para evaluar la eficacia y eficiencia de su utilización, y se aplicarán cuestionarios al personal que los opera.

Se solicitarán documentos para corroborar que los medicamentos sean suficientes y oportunos para atender a los derechohabientes de las unidades; además se aplicarán cuestionarios al personal directivo, médico, enfermeras, de farmacia, almacén y derechohabientes.

Se solicitarán documentos para constatar que el material de curación es suficiente y oportuno para atender a los derechohabientes. Se aplicarán cuestionarios al personal directivo, de almacén y enfermeras.

Durante las visitas de campo se determinará una muestra representativa de derechohabientes usuarios por día para la aplicación de cuestionarios para evaluar la calidad del servicio y la dotación de medicamentos.

Se determinará una muestra representativa de expedientes clínicos con base en el número de derechohabientes usuarios en el año 2000, con la finalidad de verificar que se cumpla la Norma Oficial Mexicana y las establecidas por el Instituto.

5. Proceso previo a la auditoría

Antes de las visitas de campo se llevó a cabo una prueba piloto, donde se seleccionaron unidades médicas en los tres niveles de atención, ubicadas en zonas urbanas con marginación económica, con la finalidad de conocer los procedimientos de operación, corroborar la utilidad de los cuestionarios y cédulas de trabajo, precisar el marco normativo aplicable, y los documentos que se generan para el control de equipo médico, medicamentos y material de curación. Cabe mencionar que esta prueba piloto no aborda los aspectos financieros y legales, debido a que la metodología para la revisión de los mismos es de carácter definitivo porque implica la revisión de operaciones que ya se encuentran registradas.

Los resultados presentados no se pueden generalizar, en virtud de que el tamaño de la muestra utilizada en la prueba piloto para evidenciar la suficiencia y calidad de los cuestionarios así como de los procesos de revisión por realizar en las unidades médicas seleccionadas, no es representativa; sin embargo, arrojan luz acerca del tipo de problemas que enfrenta la Institución, ya que la información parcial que sobre el tema se ha presentado en los documentos hemerográficos concuerda con los hallazgos determinados.

6. Resultados de la prueba piloto

En este apartado se presentan solamente los principales resultados que se obtuvieron con la aplicación de los cuestionarios ya mencionados y con la revisión de las cédulas, expedientes, bitácoras y facturas que fueron proporcionados por las unidades médicas consideradas en la prueba piloto.

6.1 Objetivo específico: Evaluar la eficiencia y eficacia de utilización del equipo médico asignado para el diagnóstico en las unidades médicas seleccionadas.

ACCIONES REALIZADAS	RESULTADOS
1. Con el reporte del equipo médico de las unidades se seleccionaron 35 y se procedió a una inspección física de los mismos para constatar que estuvieran en la unidad, funcionando y que hubiera personal capacitado para su operación.	Los 35 equipos estaban físicamente, y correspondían con el número de inventario; 17 equipos se encontraban funcionando y los 18 restantes no tienen demanda o son de poca utilización.
2. Se aplicaron 17 cuestionarios a los médicos y/o técnicos que operan el equipo para conocer su utilización y problemática.	Los resultados indican que en tres equipos los insumos son insuficientes para su operación; en 16 el uso es diario y en uno esporádico; sólo 14 equipos se encuentran en buenas condiciones.
3. Se solicitó el último reporte de uso de los 18 equipos que no estaban en operación al momento de la visita, con la finalidad de verificar su frecuencia de uso.	Trece de los 18 no se usan porque no tienen demanda; 2 de ellos no se utilizan por falta de insumos; y la diferencia (3) tienen escasa demanda.

6.2 Objetivo específico: Verificar que el abastecimiento de medicamentos en las unidades médicas seleccionadas fuese suficiente y oportuno para atender a los derechohabientes.

ACCIONES REALIZADAS	RESULTADOS
<p>1. Revisión de la documentación que avala la recepción de medicamentos en las unidades médicas.</p> <p>2. Aplicación de cuestionarios a médicos, enfermeras, derechohabientes y al personal de farmacia (con relación al consumo de medicamentos) del primer y segundo nivel de atención, (no se aplicó en el hospital de especialidades, debido a que la farmacia no depende directamente de este hospital).</p>	<p>De las facturas revisadas se detectó que los costos de medicamentos son superiores a los previstos por el IMSS.</p> <p>De acuerdo con el inventario de almacén se observó que en algunos casos la demanda supera la dotación autorizada.</p> <p>En los médicos (105 encuestados), se encontró que: el 58.1% frecuentemente modifica las recetas de sus pacientes por la escasez de medicamentos; por su parte el 66.7% indicó que el cuadro básico es insuficiente para cubrir los padecimientos que atiende.</p> <p>En las enfermeras (192 encuestadas), se observó que el 66.1% no cuenta con los medicamentos necesarios para el desarrollo de sus actividades.</p> <p>En los derechohabientes (300 encuestados), se desprendió que el 62.7% no recibió en su totalidad los medicamentos prescritos.</p> <p>En la farmacia (2 encuestados) se nos indicó que: no se les proporciona la totalidad de los medicamentos; y que los meses en los que se presenta mayor carencia de éstos son diciembre y enero.</p>

6.3 Objetivo específico: Valorar la calidad de la prestación del servicio médico en los tres niveles de atención.

ACCIONES REALIZADAS	RESULTADOS
<p>1. Se revisaron los mecanismos de supervisión al personal médico en los tres niveles de atención.</p> <p>2. Se revisó el estándar de atención de pacientes por médico solamente en la Unidad de Medicina Familiar, ya que en los hospitales no se puede establecer un estándar por el servicio que proporcionan.</p> <p>3. Se revisó el estándar de atención de pacientes por enfermera en piso de unidades hospitalarias por turno.</p> <p>4. Se encuestaron a 300 derechohabientes para evaluar la calidad del servicio médico recibido.</p>	<p>Existe una supervisión directa por parte de la dirección de cada unidad médica y se corroboró dicha supervisión con los documentos correspondientes.</p> <p>Se cumplió con la meta de atención a pacientes, ya que el ausentismo laboral de los médicos fue reducido, de sólo 4.0% en el caso del turno matutino.</p> <p>Se observó en el hospital general de zona un detrimento promedio de 21.4% en la calidad de la atención a pacientes hospitalizados por la inasistencia de las enfermeras.</p> <p>En el caso del hospital de especialidades se observó un detrimento de 29.3% en la calidad de la atención a pacientes hospitalizados por la inasistencia de las enfermeras.</p> <p>El 87.7% de los derechohabientes opinó que los médicos les informan con claridad sobre su padecimiento; el 90.3% opinó que les explican con claridad el tratamiento y cuidados a seguir; el 94.3% opinó que el médico fue respetuoso. Lo anterior se apega a los Lineamientos de Mejora para la Atención Médica Integral establecidos para la prestación del servicio médico.</p> <p>El 33.7% de ellos comentó que no recibió información suficiente y trato adecuado por parte de las asistentes médicas o recepcionistas, lo que incumple con los lineamientos institucionales.</p>

6.4 Objetivo específico: Verificar que la integración de los expedientes clínicos cumplan con la Norma Oficial Mexicana y la Norma Institucional establecida en el Manual de Procedimientos de las Áreas de Informática Médica y Archivos Clínicos.

ACCIONES REALIZADAS	RESULTADOS
1. Se elaboraron cédulas conforme a la normatividad para la integración del expediente clínico establecida por el IMSS, y se revisaron 338 expedientes para el llenado de dichas cédulas.	En las tres unidades médicas en promedio se encontró lo siguiente: El 98.2% tiene la carpeta de contención (datos de identificación del paciente); el 23.8% no tiene historia clínica elaborada; y el 95.7% cuenta con las notas médicas y prescripción.
2. Se encuestaron a 105 médicos de los tres niveles de atención para verificar que cuenten con la papelería necesaria para la elaboración del expediente clínico.	El 60.3% indicó que no cuenta con suficiente papelería, lo cual se constató en la integración de los expedientes clínicos.

7. Conclusión

Con el conjunto de la información que se obtenga una vez realizada la auditoría de desempeño al IMSS, la Contaduría Mayor de Hacienda estará en posibilidades de medir la eficiencia, la eficacia y la economía con que el IMSS realizó en 1998 sus tareas de adquisición y suministro de los medicamentos y de los materiales de curación. Al mismo tiempo se valorará la calidad del servicio prestado en los estados de la república seleccionados.

A partir de los resultados obtenidos, se generarán las recomendaciones pertinentes que contribuyan a que esta importante Institución optimice su operación a fin de que sirva de mejor manera al pueblo de México.

5. Francia:
La auditoría de la sanidad pública por las
Entidades Fiscalizadoras Superiores

1. Introducción - Ensayo de definición

Definir la noción de política de sanidad no resulta tan obvio como parece, sino que se corresponde con la idea según la cual la mejora del estado sanitario de la población es una más de las misiones normales de las instituciones públicas. Se la puede definir como la determinación y aplicación de prioridades en la asignación de los recursos financieros, materiales y humanos consagrados a la lucha contra las enfermedades y los grandes problemas sanitarios; se trata de concretar de la mejor forma posible las necesidades de salud de la población, y de desarrollar y organizar óptimamente tanto los medios de prevención como las atenciones de salud para atender esas necesidades. El contenido y las modalidades de esta "política" dependen de numerosos factores, a saber: el nivel general de desarrollo, el reparto entre la esfera de responsabilidad de los particulares o las instituciones privadas y las instituciones públicas, la organización de los poderes públicos (sobre todo el grado de descentralización). Por regla general, la política de salud que se lleva a cabo en determinado país es un conjunto empírico de medidas, muy variable en cuanto a su grado de integración.

Ya que lo que nos concierne es la fiscalización, cabe concebir tres enfoques que, en la práctica, se conjugan.

a) El enfoque de las políticas públicas

La fiscalización puede aplicarse únicamente en las esferas en que exista una política definida y en las que se la consagren medios concretos:

- la lucha contra los grandes problemas sanitarios,
- las enfermedades que son objeto de programas concretos,
- las gestiones estructuradas encaminadas a organizar los vínculos entre los protagonistas, y las compensaciones recíprocas, sobre todo las financieras.

- b) *El enfoque de los protagonistas y las instituciones públicas "tutoras" y/o gestoras del sistema de salud*

Los protagonistas son las distintas colectividades públicas, que van desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) hasta los municipios, pasando por los Estados nacionales.

- c) *Las instituciones encargadas de la investigación y de la producción de bienes y servicios sanitarios: laboratorios farmacéuticos, establecimientos de salud, cajas de seguros médicos, etc...*

Esta tipología debe entrecruzarse con la de las instituciones encargadas de la auditoría externa. Las más importantes son las competentes para apreciar la calidad y la pertinencia de las intervenciones sanitarias y médicas, a saber: el control de la seguridad sanitaria, la auditoría médica llevada a cabo por las cajas de seguros de enfermedad. No es en ese tipo de auditoría en el que se piensa en un medio en el que se reúnen las entidades superiores de fiscalización.

Si nos interesamos en la función de estas últimas, el enfoque de las instituciones y los protagonistas es el que resulta más cómodo y, sin duda, es el más productivo, ya que es mucho más fácil –y legible– comprender el sistema de oferta y los mecanismos de financiación que estimar las "necesidades" y evaluar las políticas de salud cuyo ámbito y contenido, salvo excepciones, no resulta fácil determinar: la identificación del objeto de la auditoría no es siempre fácil y, sobre todo, cualquier medida un tanto significativa moviliza a varios protagonistas que, a menudo, no proceden de la misma entidad de auditoría externa.

Y por último, aunque parezca obvio, la importancia de nuestro tema está íntimamente ligada a la parte "socializada" de los medios que una sociedad dedica a la mejora de su situación sanitaria. En el caso de Francia, en 1998 la "Seguridad Social" ha financiado el 75,5% de los gastos corrientes de bienes y servicios médicos y los particulares el 11,3%, repartiéndose el resto entre las mutuas, las entidades de previsión y las compañías de seguros. Dado que los recursos de la Seguridad Social proceden exclusivamente de deducciones obligatorias, la salud es lógicamente un ámbito importante de la auditoría externa de los fondos públicos.

2. Marco Institucional y reformas

El marco institucional y las modalidades de reglamentación de los gastos de salud han sufrido en los últimos tiempos importantes transformaciones que han alterado considerablemente las condiciones del ejercicio de la auditoría externa.

2.1 El marco institucional

La responsabilidad de la política de salud y, en líneas más generales, de la protección social se halla principalmente en manos del Estado:

- Cuatro direcciones de administración central, dependientes del Ministerio de Sanidad, a saber¹:
 - Dirección General de Sanidad
 - Dirección de Hospitales
 - Dirección de Seguridad Social
 - Dirección de Investigación, Estudios, Evaluación y Estadísticas

- y sus servicios descentralizados, especialmente:
 - las Direcciones Regionales de Acción Social y Sanidad
 - las agencias regionales de hospitalización, gestoras de hospitales.

Dentro del sistema de oferta se distingue el conjunto de los establecimientos de atenciones de salud (que son públicos en un 80%) y la medicina de consulta externa cubierta por médicos de ejercicio liberal que recetan medicamentos, el acceso a las atenciones de salud no tiene prácticamente ninguna limitación.

Los aspectos financieros corren a cargo del seguro de enfermedad, que reembolsa los gastos de consulta externa con arreglo a una tarifa convencional y global. En principio, el enfermo debe costear un determinado porcentaje de los gastos, salvo en el caso de ciertas enfermedades graves incluidas en una lista establecida por las autoridades.

Las Cajas del seguro de enfermedad entregan a los establecimientos de salud una dotación que cubre aproximadamente el 95% de sus gastos.

El seguro de enfermedad está gestionado por instituciones especiales cuyas administraciones son paritarias (empleados y patronal). En paralelo a un régimen general existen regímenes especiales que acogen a los empleados de servicios y empresas de carácter público.

¹ En la actualidad, el Ministerio de Empleo y Solidaridad reagrupa los departamentos ministeriales tradicionales de Trabajo y Empleo, por un lado, y de Sanidad y Solidaridad por el otro.

2.2 La aparición de déficit duraderos y de graves incidentes sanitarios a principios del decenio de 1990 ha motivado varias innovaciones

2.2.1 El fortalecimiento y la diversificación de las instituciones encargadas de la sanidad pública. Se han creado varias agencias especializadas, a saber:

- ANAES: la Agencia Nacional de Acreditación y Evaluación Sanitaria cuya misión principal es la acreditación de los establecimientos sanitarios;
- La Agencia Francesa de Seguridad Sanitaria de Productos de Salud, encargada especialmente de la autorización de medicamentos;
- La Agencia Francesa de la Sangre;
- El Establecimiento Francés de Trasplantes
- El Instituto de Vigilancia Sanitaria;
- La Oficina de Protección contra las Radiaciones Ionizantes.

Todos estos organismos dependen del Ministerio de Sanidad.

2.2.2 La implementación de un dispositivo legislativo de reglamentación.

Desde 1996, el Parlamento vota todos los años una ley de financiación de la Seguridad Social en la que se prevén los recursos de las cuatro ramas de la protección social, a saber:

- El seguro de enfermedad
- Pensiones de ancianidad y viudedad
- Accidentes de trabajo
- Familia

y se determinan los objetivos de gastos de cada una de ellas.

Dentro del total de gastos del seguro de enfermedad la ley establece el objetivo nacional de gastos del seguro de enfermedad, que el Gobierno divide seguidamente en cuatro partidas que constituyen otros tantos límites de los gastos correspondientes a "atenciones de consulta externa", "establecimientos sanitarios", "establecimientos médico-sociales" y "clínicas privadas".

Objetivos para 1999:	- Atenciones de consulta externa	267,5
(en miles de millones de francos)	- Establecimientos sanitarios	249,0
	- Establecimientos médico-sociales	44,0
	- Clínicas privadas	38,0

La partida destinada a los establecimientos sanitarios (hospitales) tiene carácter regional. Dentro de cada región la ARH (Agencia Regional de Hospitalización), que depende del Estado, determina la dotación de cada establecimiento.

3. La auditoría externa

Comparten esta tarea el Tribunal de Cuentas y las Salas regionales. El dispositivo tradicional se ha visto reforzado por la obligación impuesta al Tribunal de Cuentas de presentar todos los años al Parlamento un informe sobre la aplicación de la ley de financiación de la Seguridad Social.

3.1 La auditoría tradicional

El Tribunal de Cuentas fiscaliza *a posteriori* los recursos que el Estado ha asignado a la política de salud. Los recursos en efectivo señalados en el Presupuesto del Estado son modestos, ascendiendo a unos 6.000 millones de francos. Su examen se lleva a cabo en el marco de la auditoría de la ley presupuestaria anual (el Presupuesto del Estado).

El Tribunal se encarga también de la auditoría de los establecimientos públicos nacionales (las agencias y organismos citados más arriba), los establecimientos públicos nacionales que son cabeza de red de las ramas de la Seguridad Social, en este caso la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad de Trabajadores Asalariados, las Agencias Regionales de Hospitalización, etc.

La EFS se encarga además de guiar la auditoría externa *a posteriori* del conjunto de las cajas regionales y locales del seguro de enfermedad¹. De la auditoría se encargan equipos de auditores que pertenecen a los servicios exteriores de los Ministerios de Hacienda, Asuntos Sociales y Agricultura, organizados en el plano regional en el marco de los Comités regionales de examen de cuentas de los organismos de seguridad social (COREC).

La auditoría abarca las cuentas y la gestión de todos esos organismos y se realiza periódicamente (cada 4 ó 5 años). Puede adoptar la forma de exámenes horizontales sobre temas concretos.

Igualmente, las Salas Regionales de Cuentas fiscalizan los establecimientos hospitalarios cada 4 ó cinco años.

¹ El número de instituciones que ingresan las partidas asignadas a la seguridad social y gestionan las prestaciones de enfermedad, pensiones y familia rebasa ligeramente el millar.

El Tribunal y las Cámaras Regionales organizan auditorías conjuntas sobre temas de interés común, por ejemplo, la política psiquiátrica, la función pública hospitalaria, la tesorería de los hospitales, etc.

Esas auditorías desembocan en:

- el dictamen sobre las cuentas, que imputa o descarga a los contadores,
- observaciones de gestión dirigidas a los establecimientos y a las autoridades tutelares (prefectos y/o ministros).

3.2 Informes

En paralelo al ejercicio de esta competencia tradicional, el Tribunal levanta un informe sobre la aplicación de la ley de financiación de la Seguridad Social del año anterior (en septiembre de 1999 para la ley votada a finales de 1997 para 1998). El informe debe presentarse al Parlamento antes de que se examine la ley para el año siguiente.

El informe incluye en primer lugar elementos de carácter obligatorio como los siguientes:

- Un análisis de las condiciones de aplicación de la ley,
- Un análisis del conjunto de las cuentas de los organismos de seguridad social,
- Una presentación de la síntesis de los informes y dictámenes emitidos por los Comités encargados de fiscalizar los organismos locales.

Además, el informe se propone aportar al Parlamento informaciones y análisis idóneos para esclarecer los debates sobre la seguridad social y formular recomendaciones destinadas a la Administración y a los organismos de seguridad social.

He ahí el motivo de que al lado de los elementos obligatorios que se han mencionado anteriormente se encuentre la profundización en un tema principal que cambia todos los años y el examen concentrado de cuestiones que tienen una influencia directa en los gastos: en 1998 y 1999 el tema central ha sido el control de los gastos sanitarios, comprendidos los medicamentos, y en 2000 lo será la articulación entre política sanitaria y seguro de enfermedad basándose en el ejemplo del cáncer.

El informe se elabora con arreglo a los métodos y procedimientos habituales del Tribunal: instrucción sobre el terreno; examen de los informes por el órgano colegiado; presentación de las conclusiones de la auditoría y recomendaciones sobre la contestación de descargo de las instituciones interesadas antes de elevar el informe al Parlamento.

Se ha modificado la organización del Tribunal de Cuentas para que pueda hacerse cargo de esta nueva misión en buenas condiciones: una de las siete salas se consagra exclusivamente

a la auditoría de la política de salud y a la Seguridad Social. La sala en cuestión moviliza a unas 40 personas en régimen de plena dedicación, y de ellas la mitad se dedica a preparar el informe anual. Una vez que se ha transmitido el informe, pasa por varias sesiones de presentación y debate ante la Comisión especializada respectiva de cada una de las dos Cámaras del Parlamento. Parte de los estudios cuyos resultados se presentan en el informe atienden a las órdenes expedidas por esas Comisiones.

4. Algunas observaciones

El dispositivo ha sido implantado en parte hace muy poco y no se puede llevar a cabo todavía una evaluación. Sin embargo, ya se pueden formular algunas observaciones relacionadas tanto con los problemas de fondo puestos en evidencia por las auditorías como con las cuestiones de procedimiento.

4.1 Cuestiones de fondo

Los problemas tradicionales de la gestión parecen revestir menor importancia cuando se les compara con la cuestión principal, que no es otra que la gestión del riesgo, es decir, la *capacidad* de controlar el gasto. El que recientemente se haya vuelto al equilibrio se debe más a que se haya reanudado un fuerte crecimiento que a las consecuencias de las medidas encaminadas a limitar el crecimiento de los gastos.

Controlar los gastos sanitarios es tanto más difícil cuanto más complejo es el sistema de prestación de las atenciones de salud y de financiación de los costos (conviene recordar que más del 75% de esos gastos están socializados). Los gastos de unos son los ingresos de otros. Los "mundos" de los establecimientos hospitalarios y de la medicina de consulta externa responden a lógicas muy diferentes, la fragmentación de la representación de las profesiones dificulta sobremanera la reglamentación a través de la negociación y el consenso, y así sucesivamente.

No existe una articulación racional "explícita" entre la política de salud pública –sobre todo la prevención- y las condiciones de asunción de la financiación de los gastos sanitarios. El sistema de oferta se ha desarrollado espontáneamente sobre la base de decisiones descentralizadas.

4.2 Cuestiones de método

La ley de financiación de la Seguridad Social permite que el poder político adopte en condiciones de transparencia –cosa que no siempre le facilita la tarea- decisiones que son fundamentales para los ciudadanos. Por lo tanto, coexisten "dos leyes de finanzas", que son por naturaleza diferentes pero que tienen múltiples vínculos recíprocos: el total del presupuesto del Estado es inferior a la suma de los recursos de la ley de financiación de la

Seguridad Social (1 billón 660 mil millones de FF en comparación con 1 billón 852 millones de FF en 1999).

La existencia de la ley pone de relieve las lagunas del dispositivo de información y análisis, es decir, de la necesidad de disponer rápidamente de cuentas homogéneas, de nomenclaturas exhaustivas de actas y de bases de datos ultramodernas. Controlar el gasto y dejar al mismo tiempo una gran libertad de acción a los protagonistas entraña un enorme desarrollo de los estudios sobre la morbilidad y sobre los comportamientos.

La eficacia de la auditoría de los establecimientos hospitalarios está limitada por la falta de puntos de referencia, de normas, de instrumentos de observación incontrovertidos de la actividad médica. Cada establecimiento es autónomo desde el punto de vista jurídico y su Consejo rector está presidido por el alcalde de la localidad.

La auditoría de una EFS de vocación general tropieza muy pronto con ciertos límites: puede verificar la regularidad de las operaciones y las actuaciones y tratar de detectar las incoherencias y las deficiencias que causan el sobrecosto, pero no puede ocuparse de los dispositivos de atención de salud, del fundamento de las decisiones individuales, sean de los enfermos o de los médicos. No puede sustituir a un dispositivo de reglamentación cuya definición y puesta en práctica incumben en primer lugar a los profesionales y los expertos bajo el control de los políticos. El auténtico objetivo es lograr que todos estos protagonistas incorporen a sus prácticas los principios de rentabilidad.

6. Tribunal de Cuentas Europeo: Aspectos del sector de la salud pública como objeto de fiscalización del Tribunal de Cuentas Europeo

1. Medidas de la UE en materia de salud pública

1.1 Ámbitos políticos relacionados con la salud.

Los Tratados constitutivos de la Comunidad Europea contemplan de manera explícita, en su artículo 152, la salud pública como un ámbito de acción que complementa las políticas nacionales para mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades humanas y evitar las fuentes de peligro para la salud humana, así como luchar contra las enfermedades más graves y ampliamente extendidas.

En consecuencia, es necesario orientar los recursos financieros hacia estas prioridades políticas.

Actualmente – desde el punto de vista organizativo - destacan los ámbitos siguientes, en los que la salud pública es objeto de actividades políticas, legales y financieras:

- Protección de la salud y del consumidor
- Empleo y asuntos sociales
- Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo
- Agencia Europea de Salud y Seguridad en el Trabajo
- Investigación y desarrollo

<http://europa.eu.int/comm/health>

1.2 Política de investigación y desarrollo de la UE

La partida más importante de gastos de la UE en el ámbito de la medicina y la salud está destinada al quinto programa marco de investigación y desarrollo, y uno de los temas principales de una "acción clave" se refiere a la "calidad de vida y gestión de los recursos vivos" (<http://europa.eu.int/comm/research/fp5>).

2. Proyectos de investigación médica

2.1 Cuestiones principales del programa marco de investigación

El quinto programa marco de investigación (PMI) tiene previsto financiar las prioridades siguientes en el período 1998-2002 por la suma de 14.158 millones de ecus.

Los niveles intermedios de la administración dependen de la Dirección General "Investigación" de la Comisión Europea, en lo que se refiere a los proyectos indirectos de investigación, y del Centro Común de Investigación (CCI) cuando se trata de acciones directas. La participación financiera de la Unión Europea se realiza a través de una cofinanciación, en cierta forma compleja, de los proyectos de investigación y de demostración, que van desde la investigación básica hasta la investigación aplicada. La elección de los proyectos de investigación tiene lugar a través de un proceso escalonado de selección (véase el gráfico), en el que se tienen en cuenta los criterios relacionados tanto con los aspectos científicos como con los aspectos financieros. El pago directo a los encargados de la realización del proyecto se efectúa en tres etapas: un anticipo tras la firma del contrato, un pago intermedio en forma de reembolsos y un pago final tras la aprobación de los resultados de investigación. Los proyectos son ejecutados, normalmente, por un grupo encargado de cada proyecto en el que, como mínimo, deben estar representados dos Estados miembros. El gráfico que figura más adelante proporciona una visión de los proyectos financiados conforme al apartado 2 del artículo 4 el Reglamento Financiero.

2.2 Base para la fiscalización del TCE de los proyectos de investigación

Partiendo de los objetivos generales de fiscalización del Tribunal, conforme a su definición en los Tratados y en el Reglamento Financiero y, aplicando el manual de fiscalización, los controles se suceden en varias etapas. Tras definir el ámbito temático, se procede a la elaboración de un estudio preliminar para continuar con la elaboración del plan de fiscalización.

Una vez realizado un examen intenso de los expedientes, se procede a la realización de controles sobre el terreno, la elaboración de informes y el análisis de los resultados.

2.2.1 Definición del ámbito temático

La insuficiencia de tiempo y de recursos de personal y financieros obligan a definir con precisión el ámbito de la fiscalización. Para ello se realiza un estudio preliminar, al que sigue la elaboración de un plan detallado de fiscalización ("APM"), en el que se fija el desarrollo de la misma, desde el punto de vista de los plazos y de la organización

2.2.2 Etapas de la fiscalización

Las actividades de fiscalización propiamente dichas se concentran después en el control de los expedientes de los servicios de la Comisión en Bruselas y en el nivel de los beneficiarios en toda Europa y en países terceros. Durante las diferentes fases de la fiscalización, una serie de informes graduales – Informe de síntesis – informe de fiscalización – carta de sector – garantiza el análisis sistemático y la evaluación de los resultados de fiscalización. En la fase final, estos resultados se condensan, para su publicación, en el informe correspondiente (Informe Anual, informes especiales) y se transmiten a la autoridad presupuestaria europea para el procedimiento de aprobación de la gestión.

2.2.3 Destinatarios de los resultados de fiscalización y seguimiento

Aunque las conclusiones de la fiscalización se dirigen esencialmente al Parlamento Europeo y al Consejo, se publican, no obstante, en el Diario Oficial ; de esta forma la opinión pública tiene acceso a los mismos. Lógicamente, entre los utilizadores potenciales de esta información se encuentran las administraciones nacionales, los centros de investigación y la industria, al igual que las entidades nacionales de control, que se ocupan de la fiscalización de ámbitos similares en el nivel nacional.

3. Controles en el ámbito de la medicina y la salud

El TCE no ha llevado a cabo, hasta la fecha, ninguna fiscalización específica en relación con la salud pública. No obstante, todos los años controla los recursos de funcionamiento de los organismos satélites encargados de las cuestiones de salud. El Tribunal dispone, además, en este campo y en relación con el período 1992-1999, de 42 informes del Control Interno de la Comisión relativos a proyectos concretos de investigación en este ámbito.

4. Importancia del análisis de la relación coste/eficacia

Por lo general, el análisis de la relación coste/eficacia constituye una parte importante de la fiscalización, cuando ésta se centra en proyectos en los que la UE contribuye financieramente a la adquisición de (grandes) aparatos o de infraestructura , incluida la construcción de edificios. En el contexto de la fiscalización de la buena gestión financiera se evalúan, además, la incidencia y el logro de los objetivos de los proyectos.

5. Diferencias con el control tradicional en el ámbito de la salud pública

La UE no financia ningún gasto derivado de los costes de personal o de funcionamiento del sector de la salud pública, de manera que esta parte tradicional de los gastos públicos operativos tampoco constituye objeto de fiscalización por parte del TCE.

V. INFORMES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO

1. Informe del Grupo de Trabajo 1 (Grupo de Trabajo en inglés)

1. Introducción

Durante varios días los representantes de las EFS anglófilos se encontraron para debatir diferentes temas de interés acerca de la auditoría de programas de sanidad pública en sus respectivos países. Las discusiones se centraron principalmente en problemas básicos de la auditoría, como por ejemplo la elección de los temas de las auditorías, el desarrollo de criterios y métodos sólidos para llevar a cabo las auditorías y como presentar de la mejor forma los resultados de auditoría. A pesar de que se trataron algunos de los desafíos específicos de la auditoría de programas de sanidad pública los participantes se dieron cuenta que todos se enfrentan a este tipo de desafíos principales en su labor de auditoría día a día. Y por lo tanto mucho de los puntos que se debatieron en el presente documento reflejan el amplio interés del grupo de llevar a cabo en términos generales unas auditorías útiles, eficaces y sólidos.

El presente documento resume los resultados de nuestra discusión. Además se elaboró otra serie de notas que se dedican con más detalle a los diferentes aspectos.

2. Requisitos de conocimientos por parte de las EFS

Acordaron unánimemente que la utilización de expertos externos para algunos temas especiales del sector de sanidad pública tiene un papel importante sin embargo resulta muy difícil y costoso emplear tales expertos como colaboradores permanentes de una EFS. Se consideró como mucho más favorable crear un equipo de auditores con unos conocimientos profundos y básicos en el sector de la fiscalización y de reforzar estos equipos en caso de necesidad por uno expertos externos.

Los especialistas que se podrían consultar para la auditoría del sector de la sanidad pública son aparte de los expertos en medicina, analíticos de estadística y especialistas PED. Ellos al igual que los consultores médicos son caros pero no obstante presentan una inversión importante sobre un asunto relativamente amplio y probablemente bastante controversial Respecto a las profesiones médicas había que tomar en cuenta que las EFS han descubierto

que sus representantes tienden a no criticarse mutuamente y por lo tanto parece lo más recomendable emplear profesionales retirados o entidades que tienen un gran interés en una especial objetividad de la auditoría. Se mencionó también la enorme importancia de programas internos de entrenamiento tanto respecto a conocimientos básicos de auditoría como a conocimientos especiales de la fiscalización pero también se discutieron los altos costes de tal entrenamiento.

3. Elección de los objetos de auditoría

Muchas EFS tienen debido a su mandato legal la obligación de llevar a cabo cierto tipo de auditorías continuamente. Muchas EFS consideran como las más eficaces las auditorías que se realizan en sectores muy sensibles para la mala gestión o incluso el fraude. Ya que estas actividades podrían involucrar recursos sustanciales, es de vital importancia seleccionar con mucha prudencia los objetos adicionales para auditorías y evaluaciones.

El tema de una evaluación de los riesgos fue discutido largo y detenidamente y se consideró finalmente como parámetro legítimo para la decisión sobre objetos adicionales de auditoría. Muchos factores intervienen en el proceso de una evaluación seria pero al final tienen que tomarse en cuenta los factores más esenciales y clasificar según su importancia para llegar a un resultado óptimo. El grupo llegó a la conclusión que los distintos factores de riesgo deberían ser fácilmente cuantificables y fáciles de entender para terceros. Sin duda alguna la evaluación de los riesgos presenta una herramienta importante para identificar objetos de auditoría sin embargo tampoco puede reemplazar los instintos del auditor. Otro factor que se podría tomar en cuenta es el hecho si el asunto concierne a todo el territorio nacional.

4. Relación entre la EFS y la entidad auditada

Después de largos debates el grupo llegó a la conclusión que las EFS tienen que actuar con mucho tacto y diplomacia en sus auditorías. El desafío más grande es el de ganarse el respeto de la entidad auditada y la mejor forma de conseguirlo es la de convencerla que el proceso de auditoría es muy profesional y que los resultados ayudarán a mejorar los procesos de forma substancial. El desafío aún mayor si la auditoría descubre fallos de los responsables del programa y de su personal. Sin embargo una buena actitud profesional y cierto grado de humildad pueden contribuir a crear un ambiente en el cual se puede llevar a cabo una auditoría con mucho éxito.

Las EFS deberían estudiar con antelación los posibles problemas que podrían surgir a lo largo de la auditoría para poder enfrentarlos. Por ejemplo, podría darse el caso que los responsables de programas empezaran a usar su lengua materna - en vez de hablar en

inglés – en el caso de tratar un problema sumamente técnico. Lo mismo podría ocurrir si se sintiesen amenazados o si el auditor reclama unas explicaciones muy detalladas. En este caso la EFS debería tener entre su personal alguien quien hable la lengua materna del auditado.

5. El valor de la auditoría de eficacia

El grupo acordó que auditorías de eficacia – que relevan la relación del beneficio relativo de un programa y sus costes – son instrumentos sumamente útiles para las EFS. Ese tipo de auditorías podría realizarse a menudo en conexión con auditorías financieras y de regularidad y podrán ofrecerle al cliente un aspecto distinto del valor del programa. Incluso si se identifican problemas a lo largo de las auditorías de eficacia, la EFS puede dar unas recomendaciones constructivas de como modificar el programa para que alcanzara mejores resultados.

Se nos informó que algunas EFS tienen prohibidos realizar tales auditorías mientras que otras EFS no disponen de suficientes recursos personales para llevarlas a cabo. Sin embargo debido a las enormes ventajas que representan estas auditorías se acordó que todas las EFS deberían luchar para tener la capacidad de llevar a cabo por lo menos algunas auditorías de eficacia.

6. Manera de fijar los criterios de auditoría

El grupo de trabajo opinó que no representa ninguna dificultad desarrollar criterios para las auditorías financieras y de regularidad. En el caso de estas auditorías hay que respetar las normas de auditoría establecidas y para la mayoría de los procedimientos de auditoría existen también normas. En el caso de la auditoría de la regularidad se acordó que las EFS deberían revisar las leyes y normas vigentes para el respectivo programa y ello podría servir de base para fijar los criterios del procedimiento propio. El problema más difícil consiste en elaborar criterios para las auditorías de eficacia ya que para ese sector no existen normas establecidas.

En el caso de las auditorías de eficacia el auditor tiene que ser creativo en el momento de elegir los criterios apropiados. Una posibilidad consiste en consultar las investigaciones académicas y científicas que existen acerca de este tema de auditoría o de convocar un grupo de expertos que podrían proponer los criterios apropiados para la auditoría en cuestión. Otra posibilidad podría ser la consulta de algunos datos bases ya existentes como por ejemplo el rendimiento del año anterior, el rendimiento de provincias vecinas en condiciones equiparables con las de la auditada. Además serían los mismos responsables del programa que iban a beneficiarse de la elaboración de criterios para evaluar el

rendimiento, es decir unos programas cuantificables continuamente evaluables. Por lo general son los mismos responsables del programa más que los auditores que elaboran los criterios de evaluación del rendimiento. Sin embargo el auditor puede usar su influencia colaborando para desarrollar unos criterios perfectamente aceptables para ambos lados. La evaluación del rendimiento se puede orientar en los resultados como por ejemplo una reducción de la tasa de mortalidad o morbilidad por cierto porcentaje. Se pueden realizar también en una evaluación de ciertos procesos como por ejemplo el acceso a la asistencia medica en un lugar determinado o el tiempo de espera para ser atendido por un medico en un caso especial.

7. Selección de métodos de auditoría

Tras largas discusiones sobre diferentes métodos el grupo especificó cuatro que tienen importancia y son frecuentes en muchas auditorías. Entrevistar los que participan en el programa, coleccionar documentos como evidencia, realizar análisis estadísticos y meta-análisis. Los primeros dos métodos son muy frecuentes y se usan muchas veces para corroborar una prueba de evidencia con otra. Además acordaron que por lo general las entrevistas solas (coleccionar evidencia testimonial) no representan una prueba fehaciente sino deberían corroborarse dentro de lo posible siempre con otra. El auditor tiene que decidir a quien quiere entrevistar y bajo cuales condiciones las pruebas parezcan fiables. En el caso que no hubiera mucha confianza en la fiabilidad de las pruebas recogidas parece de fundamental importancia llevar a cabo entrevistas adicionales y comprobar otras pruebas documentales. El auditor debería ser abierto y mentalmente flexible para darse cuenta de estas situaciones y adaptar o cambiar su plan de auditoría usando técnicas de verificación nuevas o adicionales.

Análisis estadísticos pueden ser sumamente útiles para sacar conclusiones de toda una situación compleja si sólo se pueden verificar transacciones y acontecimientos por muestreo. El meta-análisis representa también un método de especial valor – en especial en el caso de temas específicos donde el auditor carece de los conocimientos específicos necesarios. El meta-análisis forma la base de las investigaciones de fondo del auditor y facilita en muchos casos la identificación de criterios y procedimientos de auditoría.

8. Presentación de los resultados de auditoría

El grupo de trabajo opinó unánimemente que los resultados de auditoría deben presentarse en una forma clara y convincente lo que aumenta la probabilidad de su implementación. "Presentar de forma convincente" significa que los resultados deben ser completos y deben contener las informaciones claves gracias a los cuales el auditor haya llegado a sus conclusiones. La gravedad del problema identificado debería describirse en tal contexto

que el responsable del tema pueda entender el relativo peso de los resultados. En muchas ocasiones ejemplos ayudan a que el lector pueda entender la labor del auditor y pueden servir de instrumento útil para demostrar la importancia de las correcciones propuestas.

Sin embargo el factor más determinante para garantizar que los resultados se comuniquen con éxito es la forma en la cual se presentan. Ello significa que los resultados de auditoría deberían presentarse de tal manera que el lector ya pueda empezar a entender que recomendaciones se sacarán a continuación de estos resultados y en especial que tipo de acciones será preciso para resolver los problemas mencionados.

9. Garantía de la implementación de las recomendaciones

Por profundo que sean los hechos que sustenten una recomendación siempre se darán ocasiones en las cuales los responsables del programa se mostraran reacios a tomar acciones correctivas. Una garantía que se tomen las acciones necesarias no es nada fácil pero ciertas técnicas se pueden intentar para aumentar la posibilidad. Un método sería discutir el problema a nivel informal con el responsable del programa y convencerle que es imprescindible tomar alguna acción. Para ello el auditor tiene que actuar de forma abierta y transparente y poner muchas veces las evidencias sobre la mesa. Además es esencial presentar las recomendaciones a la persona que tiene la autoridad para resolver el problema porque no siendo así, pueda que exista la disposición para resolver el problema pero no la autoridad necesaria.

Recomendaciones constructivas y específicas se implementan con mayor frecuencia. En vez de decir "resuelva el problema" o "haga lo mejor en el futuro" recomendaciones validas aconsejan acciones más concretas que en el caso de implementarse fomentarán el éxito del programa sustancialmente. Y por último las EFS deberían elaborar unas directrices para el seguimiento de recomendaciones expresadas en auditorías anteriores para asegurar que se hubieran implementado. Si la EFS confía en ese contexto en alguna persona particular no puede contar con la memoria institucional y con alta probabilidad el seguimiento no se realizará. Ello en especial, si la persona responsable para el seguimiento deja su puesto en la EFS, se encarga como responsable de otra auditoría o le sean asignadas otras responsabilidades de auditoría.

10. Conclusiones

El grupo de trabajo anglófilo llegó a la conclusión que existen muchos desafíos para el auditor para realizar su labor de forma relevante, útil y a tiempo. Muchos de estos desafíos – aunque pueden ser más críticos para una EFS que para otra – se plantean en casi todas las EFS. Para poder garantizar el éxito de cualquier auditoría se requieren equipos de auditores productivos, motivados y bien entrenados. El entrenamiento que fue recibido en este seminario ha sido sumamente útil para fomentar el profesionalismo y el entendimiento para las distintas formas en las cuales las diferentes EFS enfrentan sus desafíos de auditoría en sus respectivos países.

La creciente conciencia para la importancia de las auditorías de los sistemas de sanidad pública en casi todos los países aumentará en el futuro la demanda por conocimientos más especializados para las auditorías de la sanidad y para los problemas médicos. Pero mientras se espera a que los equipos de auditores sean reforzados por expertos – muy especializados pero al mismo tiempo muy costos- el grupo propone acordarse de los "métodos de toda la vida". Al fin al cabo programas de sanidad pública tienen en lo esencial la misma estructura que otros programas y por lo tanto se pueden aplicar con mucho éxito los métodos de auditoría ya establecidas y a veces creativas.

2. Informe del Grupo de Trabajo 2 (Grupo de Trabajo en francés)

Evaluación de un proyecto de sanidad pública por una EFS

1. Introducción

Al principio el grupo de trabajo advirtió que la evaluación de un proyecto de sanidad pública por una EFS plantea toda una serie de problemas iniciales, sobre todo porque se trata de un tipo de trabajo novedoso para las EFS. Para poder entrar en la materia misma de la evaluación de un proyecto de este tipo, el grupo de trabajo formuló algunos supuestos básicos.

2. Supuestos básicos

De hecho, resulta muy importante convencerse de la regularidad financiera del proyecto que va a ser evaluado antes de reflexionar sobre la evaluación de un proyecto. Parece inadecuado iniciar la evaluación de un proyecto en caso de que existan dudas sobre su regularidad. La regularidad financiera tiene que ser confirmada por la EFS misma, o en su caso, por una sociedad de revisión de cuentas debidamente autorizada.

Si la revisión es encargada a una sociedad externa, la EFS tiene que someter el informe presentado por el revisor autorizado a un examen crítico. Hay que subrayar que se debe destinar a esta tarea la menor cantidad de recursos internos posible.

3. Fases necesarias para la evaluación de la calidad de un proyecto de sanidad

3.1 Cómo enfocar la auditoría

Para poder definir los exámenes de la economía, la eficiencia y la eficacia de tal proyecto, parece conveniente establecer una metodología antes de llevar a cabo las tareas de auditoría. Al principio hay que plantearse algunas preguntas a fin de verificar los siguientes puntos generales del proyecto en cuestión:

- ¿Se han formulado los objetivos?
- ¿Se han clasificado los objetivos por prioridad?

- ¿Están a disposición indicadores (de los recursos empleados, de los resultados)?
- ¿Existen estudios de viabilidad?
- ¿Existen procedimientos para la implementación del proyecto?
- ¿Existen procedimientos de control para el proyecto?
- ¿Cuáles son los datos básicos?
- ¿Existe una lista detallada de todas las personas que participan en el proyecto?
- ¿Están disponibles informaciones generales acerca del sistema de sanidad y el proyecto?

Al terminar esta fase de identificación del proyecto, habrá que formular las cuestiones a las que se contestará. Es decir, se elaboran los ejes centrales de la auditoría.

3.2 Elaborar los ejes centrales de la auditoría

La elaboración de los ejes centrales de la auditoría debe conducir a la elaboración de un programa para la auditoría. Además, en el marco de la verificación de un proyecto de sanidad, parece importante basarse en los siguientes elementos:

- Opiniones de expertos en materia de sanidad (a continuación, el propio auditor tiene que verificar ciertos aspectos tales como la independencia del experto)
- Análisis y examen de los resultados del proyecto en términos estrictamente sanitarios
- Examen de los costes y de la gestión del proyecto
- Análisis comparativo de los resultados y objetivos (análisis de los indicadores)
- Estudio comparativo (identificar los elementos que serán comparados a fin de compensar la falta de normas)
- Identificación y explicación de las desviaciones entre los resultados proyectados y alcanzados

Después de haber definido y convalidado los ejes centrales de la auditoría, se procederá a la planificación de la evaluación y a continuación a la realización de la misma. La realización de la auditoría según los ejes definidos dará naturalmente resultados de los cuales se podrán sacar conclusiones para formular las respectivas sugerencias y recomendaciones.

Dado que la evaluación de proyecto representa un tipo de auditoría especial, el grupo de trabajo propone algunos instrumentos que puedan ser útiles para llevar a cabo esta tarea, sobre todo:

Entrevistas (mediante cuestionarios preparados de antemano)

- Análisis de informes, de datos estadísticos
- Definición de ratios u otros indicadores apropiados
- Macro-análisis y toma de muestras (prueba con muestra representativa)
- Simulación (proyección, extrapolación, generalización)
- Examen de los indicadores de rendimiento
- Empleo de expertos locales o extranjeros
- Estudios comparativos multidimensionales (véase 3.2)
- El grupo de trabajo hace hincapié en señalar que no se trata de una lista exhaustiva.

4. Conclusión del grupo de trabajo

La evaluación de proyectos representa un tipo de auditoría especial que resulta difícil y sensible. La tarea se vuelve especialmente difícil cuando se abordan los problemas sanitarios, sea cual fuere el país en cuestión. El carácter complejo de la problemática muestra que debería establecerse una cooperación internacional entre las EFS de todos los países, la cual debería ser fomentada y apoyada por INTOSAI. Podría consistir sobre todo en:

- Invitar a todas las EFS a que informen regularmente a INTOSAI sobre sus experiencias en materia de evaluación de proyectos (métodos, informes).
- Invitar a INTOSAI a difundir estas informaciones a través de los medios apropiados (correo, publicación en su página web etc.).
- Seminarios específicos sobre la evaluación de proyectos.
- Organización por parte de INTOSAI de cursillos de formación en EFS que disponen de experiencias más amplias en este campo.

3. Informe del Grupo de Trabajo 3 (Grupo de trabajo en alemán)

El control de instalaciones sanitarias (Hospitales)

1. Introducción

Los criterios y condiciones que el grupo de trabajo en alemán ha considerado como esenciales para un control eficiente de instalaciones estacionarios de sanidad (hospitales) toman en cuenta tanto los aspectos mencionados en la ponencia base austríaca como las conclusiones de las monografías nacionales presentadas a lo largo del seminario. El resultado del grupo de trabajo se resume bajo los siguientes seis puntos.

2. Medidas para la preparación de auditorías

En el Tribunal de Cuentas de Austria auditoría "la lista del mandato de auditoría", una colección completa de las instalaciones sanitarias que se deben auditar, sirve para recoger y abarcar todas las competencias de auditoría y también de base para la planificación de las auditorías.

Para el comienzo eficiente de una auditoría tienen esencial importancia la colección de datos generales de los hospitales que se actualizan continuamente, por ejemplo, datos de rendimiento y economía, datos sobre cálculos de costes, datos sobre el tratamiento medico (en Austria los elabora el Ministerio Federal correspondiente) y normas legales para garantizar la asistencia estacionaria. Lo último en especial para poder controlar si se logran los objetivos de asistencia obligatoria establecida por ley respetando al mismo tiempo el papel del auditor como consejero para el poder ejecutivo.

Para elegir las entidades auditadas (hospitales) deberían tomarse en cuenta los siguientes criterios (en especial si se quiere realizar una escala de los criterios de la audibilidad)

- Faltas notorios en el sector medico y organizativo
- cambios notorios de datos de rendimiento y costes
- volumen de la gestión financiera (presupuesto anual)
- acontecimientos actuales o temas actuales
- lapso de tiempo que paso desde la última auditoría

3. Criterios de auditoría

El grupo de trabajo ha especificado los siguientes criterios principales:

La regularidad, se debe controlar en especial el cumplimiento de las disposiciones legales vigentes para la asistencia médica

La exactitud de los cálculos, comprobar que sean legales, completos, validos y correctos

La eficiencia: comprobar, por ejemplo, si se ha elaborado un catálogo que se orienta en las necesidades de los servicios médicos de acuerdo a las necesidades demográficas y diagnosticas y si estos servicios se prestan por parte de las instituciones sanitarias competentes según su nivel de equipamiento y capacidad de servicios (empezando por la asistencia básica por médicos alternativos y médicos con consultas y pasando a ambulatorios, hospitales estándar, hospitales centrales y llegando a la asistencia con tecnologías sumamente sofisticadas en las clínicas universitarias).

La economía, que significa en la auditoría de los hospitales alcanzar el objetivo de asistencia prevista con la utilización mínima de medios financieros públicos y para cumplir este objetivo se tienen que aplicar estrictas normas de adjudicación para inversiones y compras, un sistema a nivel nacional de la administración equilibrada de los recursos personales, la utilización máxima de los hospitales y de sus equipos medico-tecnológicos así como parámetros para la auditoría

La eficacia que se mediría en la aplicación de medios financieros públicos para garantizar la asistencia médica tomando en cuenta los estándares médicos actuales y los códigos nacionales e internacionales, y por ejemplo

- en el número de reconocimientos anuales con un grandes aparatos (cuchillo gama, sonda de corazón, aparatos de resonancia magnética) y
- en unas normas y formulas de calculo generales reconocidas o elaboradas por el ministerio correspondiente (véase tablero)

Normas de calculo

Gastos

Gastos por cama

Gastos por día de estancia hospitalaria

Gastos por paciente estacionario

Gastos por empleado

Gastos por plaza de reconocimiento y tratamiento

Gastos por paciente ambulante

Gastos totales por rendimiento (tratamiento)

Gastos totales por frecuencia

Gastos de las comidas por día de estancia hospitalaria

Gastos por kilo de ropa lavada

Gastos por hora de taller

Formulas de cálculo

Utilización promedia de las camas: $\frac{\text{días de estancia hospitalaria}}{365 (366)}$

Utilización promedia: $\frac{\text{días de estancia hospitalaria} \times 100}{\text{camas} \times 365 (366)}$

Estancia hospitalaria promedia $\frac{\text{días de estancia hospitalaria}}{\text{paciente}}$

Factor de personal: $\frac{\text{promedio de camas ocupadas}}{\text{empleados}}$

Pacientes estacionarios: $\frac{\text{Ingresos} + \text{bajas} + \text{muertos}}{2}$

4. Recursos necesarios para auditorías

Los recursos personales y reales que requieren las EFS para las auditorías de los hospitales deberían ser adaptadas por lo general a las previsibles mejoras y ahorros cuantificables que se fijaran en el resultado de auditoría. En el caso que se estuviera realizando un control de temas no cuantificables como por ejemplo el cumplimiento de la calidad medica o el cumplimiento de estándares se puede hacer una excepción de ese criterio.

5. Métodos de auditoría

Los principales métodos para una auditoría fructífera de los hospitales por parte de las EFS serán los siguientes:

- Actividades de auditoría en los mismos hospitales, como por ejemplo la inspección de las instalaciones y de apuntes hechos en el sitio, entrevistas en el sitio, control en el sitio de la organización básica y estructural, identificación de las responsabilidades reales y del funcionamiento práctico del control interno y de los sistemas PED
- Analizar y pedir documentos por escrito, como balances, facturas, estadísticas, datos de los cálculos de costes, apuntes sobre el personal, actas , cuestionarios datos de planificación
- Comparación objetivos/datos actuales, es decir una comparación entre los objetivos fijados de asistencia y el grado de asistencia que se haya alcanzado en la realidad.
- Control de las medidas de garantía de calidad, mediante controles de las medidas previstas que se llevan a cabo en los hospitales continuamente para garantizar la calidad medica y organizativa

Respecto a todos los métodos de auditoría habrá que respetar lo siguiente:

- posible prueba por muestreo deben basarse en suficientes ejemplos,
- para las entrevistas deben elegirse las personas adecuadas,
- los cuestionarios y las preguntas adicionales deben orientarse en el objetivo y entenderse fácilmente,
- todos los documentos y pruebas deben estar a disposición en versión original y completa,
- no se debe violar la protección de datos,
- debe crearse entre el auditor y el auditado una relación adecuada de confianza.

6. Cualificaciones del equipo de auditoría

El equipo de auditoría debería contar preferiblemente con economistas, juristas y técnicos (técnicos superiores de construcción y de medicina) tomando en cuenta la amplia gama de sectores diferentes que se deben auditar en un hospital. Dependiendo de los casos concretos también se recomienda la eventual utilización de expertos externos como médicos, personal de enfermería, expertos PED etc.

7. Presentación de los resultados de auditoría

Para garantizar una eficaz presentación de los resultados de auditoría que puede servir para corregir defectos y realizar recomendaciones se requiere una forma de presentación fácil de entender y corta y una publicación adecuada. El informe de auditoría debería incluir por lo menos informaciones acerca del objeto y objetivo de la auditoría así como acerca del cumplimiento de los objetivos y datos principales del hospital y debería dividirse en una parte descriptiva y una parte de crítica y recomendaciones. A ello se debería añadir un certamen de la entidad auditada para cumplir con el derecho de ser oído y la EFS debería tener la oportunidad de presentar un contra-certamen. La publicación puede realizarse en forma de un informe completo o en partes y debe ponerse verdaderamente a disposición del público.

Criticas de las EFS sin consecuencias ningunas y recomendaciones no realizadas deberían usarse como base de auditorías de seguimiento.

4. Informe del Grupo de Trabajo 4 (Grupo de Trabajo en español)

Auditoría en el área de salud pública en zonas de alta marginalidad

1. Ambito de auditoría:

El ámbito o alcance de la Auditoría debería incluir, no sólo aspectos financieros , sino también la medición de la eficiencia y la eficacia en las prestaciones de salud, a través de la aplicación de encuestas entre los prestadores y los receptores de dichos servicios, así como la medición del impacto social entre el grupo específico de población seleccionado para la auditoría , considerando también aspectos de costo beneficio.

2. Requisitos de información:

Lo anterior significa obtener un pleno conocimiento sobre aspectos tales como:

- Políticas y Programas específicos del Gobierno en materia de salud para los sectores más pobres y las Entidades encargadas de ellos.
- Magnitud de recursos monetarios involucrados
- Población beneficiada y áreas de pobreza .
- Metas asociadas a los Programas
- Indicadores de medición de resultados
- Sistema de información y de Control Interno de las Entidades encargadas de desarrollar los Programas.

En una Auditoría de los servicios médicos en zonas de alta marginalidad se estima de toda importancia combinar, tanto los aspectos de gestión o desempeño, como los de regularidad y legalidad. Esto se justifica por cuanto:

- Normalmente los controles internos relacionados con el desarrollo de Programas especiales, presenta diversas falencias o, en otros casos, simplemente no existe.

- Es necesario poner énfasis en el examen de estos programas por los objetivos y metas esperados de estos, para mejorar la salud de la población, por lo tanto se requiere saber cual fue el impacto logrado por el uso de tales recursos.
- Los recursos se destinan a una población significativa y en consecuencia deben generar un impacto positivo.

3. Selección de objetivos de auditoría:

Es evidente que el desarrollo de una auditoría no debe implicar un costo que sobrepase los beneficios esperados de ella. Sin embargo, se debe tener presente, al momento de tomar la decisión de efectuar una determinada auditoría, no solo la cuantía de recursos involucrados, sino que también aspectos de orden cualitativos.

4. Relaciones con la entidad auditada:

En cuanto a la mejor manera con la que los auditores deben trabajar con la Entidad auditada, se puede mencionar lo siguiente:

- Mantener una relación de cordialidad con el recurso humano de la Institución, manteniendo una actitud imparcial y de apoyo a la gestión.
- Mantener una colaboración y apoyo con las Unidades de Auditoría Interna
- En general, poner en conocimiento de la Entidades que se va a desarrollar una Auditoría

5. Entrenamiento, experiencia y habilidad

En base a las normas de auditoría y a las características de una profesión como esta, Se hace necesario que el auditor este en posesión de un conjunto de conocimientos especializados adquiridos a través de un proceso educativo formal en auditoría y además conocimientos de auditoría, administración ingeniería, contabilidad, sistemas PED y experiencia en el campo de la salud. Asimismo se requiere tener conciencia ética y aceptar la responsabilidad social que implica el ejercicio de un profesión que consista el interés público.

Hoy día se hace necesario que en el desarrollo de las auditorías participen profesionales de diversas áreas del conocimiento, para conducir adecuadamente el trabajo y llegar a resultados efectivos

En ciertas condiciones no es posible evaluar simultáneamente los aspectos relativos a la eficiencia y la eficacia, por las razones que se indican

- falta de políticas y objetivos estratégicos
- ausencia de indicadores
- tiempo necesario para medir resultados o impacto
- información no confiable para la evaluación

6. Pautas de auditoría:

Los siguientes pautas permiten hacer una evaluación en términos de gestión. A continuación algunos ejemplos:

- tasa de mortalidad
- comparación de nivel tecnológico de los hospitales
- número de consultas
- nacidos vivos/muertos
- relación cama por medico
- relación enfermera por cama
- esperanza de vida
- satisfacción de paciente
- grado de utilización de equipo

7. Presentación de hallazgos de auditoría:

Los juicios que emita el auditor, son de su responsabilidad y por lo tanto deben tener suficiente fundamento. En consecuencia, solo debe confiar en aquello que él esta en condiciones de validar y respaldar. si utiliza información corroborada por otro debería indicar este hecho en su informe.

La presentación de los hallazgos y recomendaciones deben ser expuestos de manera objetiva, constructiva y resumida. Al mismo tiempo las recomendaciones deben enunciarse de tal forma que su implementación sea posible por parte de la Entidad Auditada .

8. Seguimiento de auditoría:

La metodología de la auditoría contempla las fases de planificación, ejecución, informe y seguimiento. El seguimiento tiene gran importancia puesto que nos permite evaluar con posterioridad a la auditoría en terreno, si la entidad auditada ha adoptado las medidas para corregir las deficiencias detectadas, de acuerdo a las sugerencias formuladas por los auditores o, en base a formulas alternativas ideadas por el nivel superior de la organización.

Por lo tanto estimamos que una auditoría no termina con la comunicación de los resultados del informe sino cuando se ha desarrollado la fase de seguimiento y se conoce el impacto que originó el trabajo de los auditores en términos de mejorar la gestión de la entidad.

ANEXOS

I. Naciones Unidas:

Role of Supreme Audit Institutions and the Audit of Public Health Services

1. A brief note on Supreme Audit Institutions

SAI structures and relationships with INTOSAI

The structure, functions, and the status of the supreme audit institutions (SAI) vary from country to country due their respective historic development, political systems, culture, language and regional affiliations. Some SAIs have long traditions, developed over hundreds of years, while others are fairly new. Notwithstanding the variances, it is remarkable that SAIs from all over the world have joined hands under the common umbrella of the International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI) and have formulated common codes and standards to which they can individually and collectively subscribe. This, in part, reflects the march towards globalization.

Impact of globalization and accountability

The pervasive impact of globalization is causing countries to re-examine the role of the state in governance, including the types of and methods by which services to the citizens are delivered. Governments are responding by experimenting and implementing alternate ways of delivering service economically and efficiently with better assurance that planned results and outcomes are achieved. The citizens, armed with universally accessible information, on the other hand, are making increasing demands for responsive institutions and accountability for the resources used in delivering services and the results achieved in a transparent way.

INTOSAI has defined public accountability “as the obligation of persons or entities, including public enterprises and corporations, entrusted with public resources to be answerable for the fiscal, managerial and program responsibilities that have been conferred on them, and to report to those that have conferred these responsibilities on them.” This implicitly assumes the existence of a well defined accountability structure – a structure that consists of systems for delegating authority and reasonably stable organizational structures governed by rules, regulations, procedures and systems that can account for the implementation of the delegated authority. The accountability structure, at the highest level, encompasses the three branches of government – i.e. the legislature, executive and

judiciary, found in most modern democratic governments and individuals at the lowest level of every department, office, branch or entity at all levels of government.

The SAIs' play a critical role in completing the final loop in the accountability cycle. The SAIs' have the onerous task of independently and objectively examining the accounts and other reports prepared by the executive and submitting reports of the results of audits directly or indirectly to the supreme authority, which in most cases would be the elected legislatures and by extension, the citizens. The publication of such audit reports is the most public manifestation of the critical role SAIs play in the public accountability framework.

In the course of their efforts to reform their governance institutions, many countries have found that the capacity of their SAIs needed to be strengthened, partly because of the need to extend audit coverage to areas, which were previously not within their domain. International organizations, including the UN, UNDP and the World Bank Group, having been assisting these SAIs through technical cooperation projects through the cooperation of INTOSAI and other more advanced SAIs.

SAIs and INTOSAI standards

Notwithstanding the fact that the roles and responsibilities of SAIs' are normally determined by the mandates bestowed on them by their national laws, the INTOSAI auditing standards provide invaluable professional guidance on how the SAIs may be organized and how they may implement their mandate more effectively. The standards have also identified the various types of audits that may be conducted. Full scope governmental auditing is defined to include regularity and performance audits. Regularity auditing encompasses the attestation of financial statements and reports as well as review of compliance with applicable laws, regulations and rules and established standards, policies and procedures. Regularity audit would also require the review of the adequacy of internal control systems and internal audits. Performance audits, on the other hand, includes the review of the "economy, efficiency and effectiveness" aspects of government operations.

The demands being placed on governments for greater accountability makes it almost imperative for SAIs to embrace full scope audits. As postulated in the INTOSAI guidelines, by undertaking full scope audits, the SAIs will be able to better fulfill their roles within the accountability framework of their respective countries. And in the process, SAIs could also become an important catalyst for change. SAIs can have a profound effect on the way governments formulate programmes and fund those programmes as well as the methods by which programmes are implemented and managed. In so doing, the SAIs would have added value to their work and contributed significantly to nation building efforts.

2. A brief note on public health services

Before discussing the specific role of SAIs in the audit of public health services, it will be useful to discuss some of the current issues in public health management.

Access to health-care and human rights

Access to reasonable health-care at an affordable cost has long been considered as a basic human right by most countries and all international organizations. It is noteworthy that this human right is even specifically enshrined in the constitutions of some countries. Chile's constitution, for example, states that the government has an obligation to "protect free and egalitarian access to actions that promote, protect, restore health and rehabilitate the health status of individuals".

Good health contributes to the overall quality of life as well as to productivity. Many diseases are not fatal, but disabling. For example some 1 billion people suffer from anemia and this has an obvious debilitating effect on productivity and on health-care costs. Good health contributes to human capital and this is essential to economic growth and national development. This indeed is recognized by the following decisions with respect to health made in recent world conferences:

- All countries should seek to make primary health care, including reproductive health care, available universally by the end of the current decade;
- Governments should promote full access to preventive and curative health-care to improve the quality of life, especially of the vulnerable and disadvantaged groups and in particular women and children;
- Governments should provide more accessible, available and affordable primary health-care services of high quality, including sexual and reproductive health-care.

Developments in world health

The last fifty years has seen impressive gains in world health. People live longer, fewer children and their mothers die in childbirth and many serious diseases have been controlled or eliminated. Factors influencing these trends include:

- Increasing income levels and reduction of poverty;
- Education, particularly of girls and women;
- Adequate food, clean water, and sanitation;

- Health-related public policies and intervention; and
- Scientific and technological advancements.

Because of the disparities in the factors mentioned earlier, the development of world health has been uneven not only among regions and countries, but also within countries. The average life expectancy in industrialized countries exceed 70, while the comparable figure in many developing countries, particularly those in the sub-sahara region, ranges from 45 to 55. A similar pattern is also evident in child mortality rates. Similar patterns, though not as drastic, are also noted among the poorer segments of populations of high- and middle-income countries.

The world bank estimates that a minimum package of public health and clinical interventions in low-income and middle-income countries would require USD 12 and USD 22 per person per year respectively. The world bank estimates that the majority of the world's 1.3 billion people who live in absolute poverty, with incomes of less than USD 1 per day, lack adequate access to essential health services and other basic amenities such a potable water, sanitation and elementary education. In a way, these facts points to the enormity of the problem faced by the world today.

Public health service expenditures

Global spending on health-care in 1994 amounted to about USD 2,330 billion or 9 per cent of gdp, making it one of the largest sectors in the world economy. Industrialized countries accounted for about USD 2,080 billion of the amount. On the other hand, low- and middle-income countries, which accommodate 84 per cent of the world's population, spent USD 250 billion or 11 per cent of the total health expenditure. Notwithstanding the disparities, the sheer size of the health expenditures and the criticality of health outcomes warrant critical examination of the economic and financial policies affecting health-care as well as the management of health systems.

Financing public health services - public and private sector mix

No government can provide health services to meet all the possible needs of its population. However, in many developed countries and middle-income countries, governments have become central to social policy and health care. In the industrialized countries, the publics sector finances nearly 60 per cent of health expenditures. Whereas, in the developing countries, the public sector's share varies from 40 to 60 percent. In some countries such as india and syria, the share is only 30 per cent.

The involvement of governments in health-care is justified both on grounds of: (i) equity – i.e. securing access by the population, particularly the disadvantaged, to health; and

(ii) economic efficiency – in many respects health is a “public good” and hence private markets are inefficient or incapable of providing the service.

On the basis of empirical evidence, economists have concluded that a mixture of both private-public involvement leads to the best results in health-care provision. The optimal mixture will obviously depend on the circumstances prevailing in each country and obviously there cannot be “one size fits all”. The relative capacity of both government organizations as well as the private sector to finance and provide a reasonable package of services will mainly determine the mix.

In order to optimize the use of scarce resources, governments on their part need to carefully plan the provision of a universally accessible, publicly financed packages of public health measures and clinical services, which can help resolve major health problems. Where feasible, governments should actively promote private expenditure on the clinical interventions in the package.

Governments also have a special responsibility to ensure that the health service programmes are properly targeted at the poor and disadvantaged communities and also ensure easy accessibility.

Types of services and methods of delivery

The provision of public health services by governments normally involves a wide range of programmes or activities, some of which are as follows:

- Regulatory – ensuring standards of professionals and private sector services and quality and safety control of drugs, equipment, facilities, etc.;
- Preventive public health services – public hygiene education, nutrition, sanitation, health screening, surveillance, immunization etc.;
- Primary care – provision of general clinical and specialized clinical day care in hospitals and outreach clinics targeted at specific groups – general public, maternity and child care, dental care, dispersed rural population, senior citizens etc.;
- Institutionalized clinical care – hospitals, homes both for general and specialized cases etc.;
- Procurement of drugs, medical supplies and equipment;
- Construction of facilities;
- Research and development; and
- Human development – professional education and development.

The type of health systems chosen to deliver health services may vary from country to country. Many governments deliver the services directly through government departments, hospitals and clinics. Some governments, on the other hand, deliver much of the services

through private sector participation such as self-financing ngos and trusts using various systems of contracting. Most countries in africa and latin america follow the former model while many of the high-income countries, tend to follow the latter model. Many countries also delegate delivery of a mix of health services to sub-national governments through a combination of grants and subsidies.

While each model of health delivery may have its own advantages and disadvantages, it is clear that the competencies required to manage each model are different. Where governments contract private providers or delegate sub-national governments to deliver services, transparent quality and cost control systems need to be established and managed. Such institutional competencies are generally deficient in the low- and middle-income countries.

Many countries also charge user fees ranging from nominal charges to full cost recovery. Many positive and negative issues arise in this respect and raises a range of issues relating from equity to the administrative efficiency of collection.

Enhancing performance of public health services

Increasing health-care budgets alone would not necessarily guarantee the achievement of desired outcomes. Health-care systems have not always been responsive and successful in delivering the right quantity and quality of services. Evidence shows that government spending on health services in many developing countries tends to have benefited the well to do more than the poor. On the other hand, the poor quality of services has caused patients, even in the poorest of countries, to frequently use their meager resources to turn to private providers.

In the last two decades, rich and poor countries alike, have been struggling to design more effective and acceptable policies and operating systems that are capable of delivering responsive, cost-effective and affordable health-care in the public domain. Studies of different policies and delivery systems continue to show that reforms are necessary for:

- Improving equity in access to a range of preventive and clinical services through: (i) reduced geographic, financial, cultural and other barriers; and (ii) interventions that address conditions that are frequent and inexpensive to treat;
- Raising efficiency in the use of scarce resources through better governance, management and accountability mechanisms that promote decentralization and the use of market incentives and minimize opportunities for waste and misuse;
- Improving the effectiveness of interventions through improved clinical management skills; design of more effective basic preventive and clinical packages; improvement in treatment protocols with limited drug formularies; and research and training in efficacy and cost of different interventions;

- Raising the quality of care through incentives, improved information, training and accreditation systems, peer reviews, inspection systems and routine surveillance; and
- Maximizing consumer satisfaction through improved interaction with clients.

3. Audit of public health services

Planning – macro level

Most SAIs have very wide mandates, but limited resources to fulfill the onerous tasks and therefore choices have to be made as to when specific audits are to be conducted and the amount of resources to be allocated to that effort. Auditing standards do provide guidance on the parameters that should be used in planning the work programme of SAIs.

However, based purely on the sheer size of national public expenditures, health-care services should rank very high on the list of activities requiring attention of most SAIs. Further, as noted earlier, the range of services involved; the various modes of service delivery; as well as the evolving political, ethical and economic issues surrounding health services are likely to present daunting challenges to even the most advanced SAIs in terms of the modalities and the audit approaches to be used. The audit of health service programmes would require a review of a wide range of inputs - staffing; travel; procurement or contracting for supplies, services, equipment, construction; maintenance of facilities and equipment and so on.

Audit scope

Subject to the respective mandates of each SAI, health services area would benefit from the application of full scope audits, which was alluded to earlier. The impact such audits are likely to accrue on policy makers as well as managers in terms of accountability for results could be profound.

Audit execution planning

In planning the audit of the health services itself, auditors no doubt would have to clearly identify and analyze the range of risks and vulnerabilities involved. The nature of some of the problems and issues identified in recent research reports were noted earlier. Among the highest risks are obviously: (i) the failure to attain results and outcomes expected of specific health service programmes; and (ii) improper use of resources due to bad management practices, including inadequate planning and coordination, uneconomic procurements, wastefulness, misuse through fraud, misappropriation and corruption etc.

Internal controls

The audit programmes formulated as a result of the risk analysis would obviously seek to determine if managers have indeed established efficient and effective internal control environments necessary to address the identified risks.

Some very interesting discussion papers have been submitted for this conference. We will note that in Mexico, because of inadequate supply of appropriate drugs and nurse absenteeism, the quality of medical care suffered. In the US, on the other hand, it is estimated that care providers were overpaid about USD 12 billion and GAO concludes that sloppy management and poor internal oversight could result in significant financial losses to the government. In Switzerland, the SAI, after a complex audit of a small but controversial programme, concluded that the funds were used properly and effectively for the approved purpose, though subsequent clarifications had to be made with respect to entitlements. All the weaknesses noted could be attributed to the strength or weakness of the management control systems.

While on the subject of control, it must be noted that government systems have been widely criticized for being burdened with excessive regulations and bureaucracy that not only do not add value, but also inhibit efficiency and innovation. The need to control soaring health-care costs, as already pointed out, requires innovations. Auditors in reviewing control systems should carefully weigh the costs and benefits of existing controls as well as those that they recommend to management.

Performance measures

Many governments are reorienting public sector activities to performance and results. As you may know “results based budgeting” is slowly becoming the norm among public sector entities. Implicit in this budgeting system is that management would clearly define performance standards and quantify planned outputs or results. Such systems would also require management to establish proper management information systems, which can be used to collect pertinent data and analyze results. Such clear statements of objectives and expected results as well as supporting systems, if objectively developed, could greatly facilitate auditors establish audit criteria against which to measure their findings, such as shown in the paper submitted by Austria.

SAIs should seriously consider making appropriate recommendations to management where: (i) programme objectives as well as credible and measurable performance targets are not clearly defined; and (ii) performance targets are not being used to monitor actual performance and correct programme directions in a timely way.

Benchmarking performance and best practices

Very often managers in the public sector do not establish performance measurement standards or if they do, they are not realistic or are not revised on the basis of actual experience. Auditors should be mindful of the benefits of using benchmarking and ‘best practice’ examples and ought to use these wherever possible and feasible. Benchmarks can be established on the basis of performances in different units within the organization, different public organizations within the country and by private sector organizations within the country. International benchmarks can also be used ,where appropriate adjustments can be made to local conditions.

Exchanging and obtaining information to improve quality of audit

Discussion forums such as this seminar provide the means for auditors the world over to exchange experiences in the different approaches and techniques used in audits. We further hope that this will provide SAIs and their staff the impetus to slowly establish networks across borders to compare notes and information as to how different approaches can be used in practical terms. The internet has made the world a global village and has enabled the exchange of information at almost no cost.

Numerous SAIs have established their own web sites and post their audit reports and other technical publications on these sites. For instance, you will find that the uk SAI web site has some interesting audit reports on health services, including one on ‘inpatient admissions and bed management in acute hospitals’. Almost all-international organizations have useful web sites. The world bank and who web sites provide some very useful information on health-care services.

4. Conclusion

Public health services will continue to remain a significant activity of governments both in terms of the profound humanitarian and equity issues it entails as well as the level of resources it consumes. Supreme audit institutions, through the regular and properly planned audits of public sector health services can contribute effectively to public accountability and the efficient and effective use of resources. The challenges presented by such audits are immense. Through the sharing of experiences and information the burden can be reduced and more effective audits conducted.

II. Lista de Contribuciones

I. Ponencias nacionales de las EFS

Algería	Israel	Marruecos
Antigua y Barbuda	Jordania	Namibia
Armenia	Líbano	Nepal
Bhután	Lesotho	Omán
Bolivia	Malawi	Polonia
Burkina Faso	Malasia	Qatar
Cabo Verde	Maldivas	Samoa
Chile	Malta	Túnez
Etiopía	Mauritania	Turquía
Guinea-Bissau	Mauricio	

2. Ponencias de las EFS

Autor	País	Título
Sra. Leslie Aronovitz	Estados Unidos de América	La función de las Entidades Fiscalizadoras Superiores para prevenir irregularidades en los programas estatales de atenciones de salud
Sr. Didier Monnot Sra. Regula Durrer	Suiza	La Auditoría de proyectos en el sector de la salud tomando como ejemplo el proyecto de la prescripción médica de estupefacientes
DI Heinrich KRAUTSTOFL Mag. Peter STRAKA Sr. Hermann Wawra Dr. Martin Bartos	Austria	La auditoría de hospitales por parte de las EFS
C.P. Juan Calderón Montelongo	México	Auditoría de desempeño de los servicios médicos en una institución de sanidad pública en zonas de alta marginalidad económica y social
Sr. Gabriel Mignot	Francia	La auditoría de la sanidad pública por las Entidades Fiscalizadoras Superiores
Sr. Hendrik Fehr	Tribunal de Cuentas Europeo	Aspectos del sector de la salud pública como objeto de fiscalización del Tribunal de Cuentas Europeo

3. Contribuciones de otras organizaciones

Autor	País	Título
Sr. Abdel Hamed Bouab	Naciones Unidas	La función de las Entidades Fiscalizadoras Superiores en la auditoría del sector de sanidad pública.

III. Lista de Participantes:

Sra. Arah ARMSTRONG
Director of Audit
Member of the INTOSAI Governing Board
The Social Security Annex
High Street
St John's/Antigus W.I.
Antigua y Barbuda
Tel: ++1 (268) 462 - 0022, 5960
Fax: ++1 (268) 462 - 0357 (- 1622)

Sra. Khadidja MESSAOUDI
Présidente de Chambre
38 Avenue Ahmed Ghermoul
16000 Alger
Argelia
Tel: ++213 (2) 68 43 41, 67 17 46
Fax: ++213 (2) 67 18 58
E-mail: cdc@wissal.dz

Sra. Ruzan ZAZYAN
Head of International Loans and Credits Audit
Dep.
Baghramian Ave. 19
375095 Yerevan
Armenia
Tel: ++374 (2) 52 33 32
Fax: ++374 (2) 58 85 42
E-mail: vpall@parliament.am

Sra. Zhanna GEVORGYAN
Leading specialist of Brieth Analytical and
Information Methodological Department
Baghramian Ave. 19
375095 Yerevan
Armenia
Tel: ++374 (2) 52 33 32
Fax: ++374 (2) 58 85 42
E-mail: vpall@parliament.am

Sr. Dawa TENZIN
Deputy Chief Auditor
Post Box 191
Thimphu
Bhután
Tel: ++975 2 32 23 88, 32 21 12, 32 21 11
Fax: ++975 2 32 34 91
E-mail: raa-md@druknet.net.bt

Lic. Fidel QUISBERT Condori
Contador Publico
Casilla Postal 432
432, La Paz
Bolivia
Tel: ++591 (2) 37 00 78, 33 14 14 ext. 501 o ext.
408
Fax: ++591 (2) 811 35 22 (811 35 21)
E-mail: cgr@ceibo.entelnet.bo

Sr. Amos OUBDA
Inspecteur d'Etat
01 B.P. 617
Ouagadougou 01
Burkina Faso
Tel: ++226 31 16 09 (31 39 16)
Fax: ++226 30 57 04 (31 49 26)

Sra. Natalina LIMA
de Fátima Spencer
Assistente de Verificação
C.P. 126
Prédio da Diocesana Center
Asa Praia
Cabo Verde
Tel: ++238 62 35 52/66
Fax: ++238 62 35 51

Sr. Victor Manuel ASTUDILLO Parra
Contador Auditor de la Contraloria Regional del
Biobío
calle O'Higgins N° 403
Concepción
Chile
Tel: ++56 (41) 24 17 01, 21 30 93 (244 208)
Fax: ++56 (41) 23 65 71

Sra. Kaie KARNIOL
Audit Manager
Narva mnt.4
EE-15013 Tallinn
Estonia
Tel: ++372 640 07 02, 640 07 00, 640 07 721
(Intern. Liaison)
Fax: ++372 661 60 12
E-mail: kaie.karniol@sao.ee

Sr. Negusie JEMBERE
Head of an Audit Department
P.O. Box 457
Addis Abeba
Etiopía
Tel: ++251 (1) 56 18 40, 56 18 41
Fax: ++251 (1) 55 25 94

Dr. Francisco ROSA Cá
Juge-Conseiller du Tribunal de Comptes
Avenida Pansau na Isna
Caixa postal No 478
Bissau
Guinea-Bissau
Tel: ++245 22 20 40, 22 20 50
Fax: ++245 20 22 09, 20 34 95

Sra. Ziona ALON
Assistant Director
Rashi St. 66
P.O. Box 1081
Jerusalem 91010
Israel
Tel: ++972 (2) 531 51 01, 531 51 06
Fax: ++972 (2) 531 51 50
E-mail: rothyosh@netvision.net.il

Sr. Ali Saleh ATEYYAT
Supervisor Auditor
P.O. Box 950334
Amman
Jordanian
Tel: ++962 (6) 593 01 74 - 593 01 79, 593 01 91,
-08 30, -08 43, -19 14
Fax: ++962 (6) 593 11 80
E-mail: audit.b@nic.net.jo

Sra. Manako Leocadia RAMONATE
Senior Auditor
P.O. Box 502
Maseru
Lesotho
Tel: 00266 (3) 23 904 or 14 247
Fax: 00266 (3) 103 66

Sra. Mirvat MORKOS
Controller
Al Kantari - Rue de l'Armée
Immeuble Rizk Helou
Beyrouth
Libano
Tel: ++961 (1) 86 02 36; 86 02 52; 37 30 41
Fax: ++961 (1) 42 46 95, 37 30 40
E-mail: President@coa.gov.lb,
zmaalouf@coa.gov.lb

Sra. Zainun TAIB
Senior Auditor
Pejabat Ketua Audit Negara
Jalan Cenderasari
MAL-50518 Kuala Lumpur
Malasia
Tel: 0060 (3) 443 65 69, 294 64 22
Fax: 0060 (3) 227 37 497, 291 30 30, 293 02 64
E-mail: jbaudit@audit.gov.my

Sr. Laudon Alfred NAZOMBE
Assistant Auditor General
P.O. Box 30045
Capital City/Lilongwe 3
Malawi
Tel: ++265 78 07 00
Fax: ++265 78 30 71

Sr. Mohamed HUSSAIN
Deputy Director of Audit
Huravee Building (3rd Floor)
Male' 20-05
Maldivas
Tel: ++960 32 39 38
Fax: ++960 31 64 30
E-mail: maldago@dhivehinet.net.mv

Sr. Harold P. DARMENIA
Notre Dame Ravelin
Floriana CMR 02
Malta
Tel: ++356 22 40 13, 4, 5
Fax: ++356 22 07 08
E-mail: nao.malta@magnet.mt

Sr. Abdelaziz EZZAIDI
magistrat à la Cour des comptes
44 Av. de France, Agdal
B.P. 706
Rabat
Marruecos
Tel: ++212 (7) 77 21 00, 77 30 32
Fax: ++212 (7) 68 03 77, 77 31 68

Sra. Kim Chow CHAN MOO LUN
Principal Auditor
14th Floor Air Mauritius Centre
John Kennedy Street
Port-Louis
Mauricio
Tel: ++230 212 20 96-97, 212 30 91
Fax: ++230 211 08 80
E-mail: auditdep@bow.intnet.mu

Sr. BÂ SAÏDOU Moussa
Président de la Chambre des Finances Publiques
B.P. 592
Nouakchott
Mauritania
Tel: 00222 (2) 25 34 04, 25 51 55, 25 71 95,
25 33 37-549
Fax: 00222 (2) 549 64

Sra. L. VAN SCHALKWYK
Private Bag 13299
Windhoek 9000
Namibia
Tel: ++264 (61) 23 74 43
Fax: ++264 (61) 22 43 01
E-mail: lvanschalkwyk@oag.gov.na

Sr. Raja Ram SEDHAIN
Assistant Auditor General
P.O. Box No. 13328
Kathmandu
Nepal
Tel: ++977 (1) 262381, 262415, 262417, 262649
Fax: ++977 (1) 26 27 98
E-mail: oagnp@mail.com.np

Sr. Younis AL TOOBI
The Palace - Muscat
P.O. Box 727
Muscat, Postal Code 113
Omán
Tel: ++968 73 62 20, 73 62 17, 73 62 19
Fax: ++968 740 - 264

Sra. Danuta GAJDUS
Deputy Director of Health and Physical Culture
Dep.
P.O.Box P-14
PL-00-950 Warszawa
Polonia
Tel: ++48 (22) 825 81 93
Fax: ++48 (22) 825 89 67
E-mail: wsm@nik.gov.pl, nik@nik.gov.pl

Sr. Abdullah Hilal AL-KUWARI
P.O. Box 2466
Doha
Qatar
Tel: ++974 44 10 00
Fax: ++974 41 21 01
E-mail: qsab@qatar.net.qa

Sr. Tamaseu Leni WARREN
Controller and Chief Auditor
P.O. Box 13
Apia
Samoa
Tel: ++685 254 23, 205 51
Fax: ++685 241 67

Sr. Taoufik BOUFAIED
magistrat conseiller à la Cour de Comptes
25, Avenue de la Liberté
1004 Tunis
Túnez
Tel: 00216 (1) 83 10 33, 75 36 82, 83 13 75
Fax: 00216 (1) 83 12 53

Sr. Ömer KARAMOLLAOGLU
Auditor
06100 Ulus Ankara
Turquía
Tel: ++90 (312) 311 23 28, 311 21 69
Fax: ++90 (312) 310 65 45
E-mail: omer.karamollaoglu@hazine.gov.tr

IV. Lista de los ponentes:

DI Heinrich KRAUTSTOFL
Fach 240
A-1033 Viena
Austria
Tel: ++43 (1) 711 71-8239
Fax: ++43 (1) 711 71-8494

Lic. Peter STRAKA
Fach 240
A-1033 Viena
Austria
Tel: ++43 (1) 711 71-8342
Fax: ++43 (1) 711 71-8494

Herrmann WAWRA
Fach 240
A-1033 Viena
Austria
Tel: ++43 (1) 711 71-8180
Fax: ++43 (1) 711 71-8494

Dr. Martin BARTOS
Fach 240
A-1033 Viena
Austria
Tel: ++43 (1) 711 71-8344
Fax: ++43 (1) 711 71-8494

Sra. Leslie ARONOVITZ
Suite 700
200 W. Adams St.
Chicago, Il. 60606
Estados Unidos de América
Tel: ++1 (312) 220-7767
Fax: ++1 (312) 220-7726
E-mail: aronovitzl.chro@gao.gov

Sr. Gabriel MIGNOT
Président de la 6e Chambre
13, rue Cambon
F-75100 Paris
Francia
Tel: ++33 (1) 42 985 973
Fax: ++33 (1) 42 989 657
E-mail: Gmignot@ccomptes.fr

Sr. Prof. Dr. Hendrik FEHR
Jefe de Departamento
CDCG 2/04 (Gebäude)
12, rue Alcide de Gasperi
L-1615 Luxemburg
Luxemburgo
Tel: ++352 43 98 - 45503
Fax: ++352 43 98 - 46503
E-mail: hendrik.fehr@eca.eu.int

C.P. Juan CALDERÓN Montelongo
Subcontador Mayor de Hacienda
Av. Coyoacán No. 1501, Cal del Valle
Delegation Benito Juárez
México D.F. C.P. 06600
México
Tel: ++52 (5) 524 12 65
Fax: ++52 (5) 534 18 91
E-mail: cmhasesor@mexis.com

Dr. James ROBERTSON
Director, Health
157-197 Buckingham Palace Road
Victoria
London SW1W 9SP
Reino Unido
Tel: ++44 (171) 798 - 7821, oder ++44 (20)
7798-7821
Fax: ++44 (171) 931 - 9072
E-mail: nao@gtnet.gov.uk

Sr. Didier MONNOT
Monbijoustrasse 51a
CH-3003 Bern
Suiza
Tel: ++41 (31) 323 10 48
Fax: ++41 (31) 323 11 00
E-mail: didier.monnot@efk.admin.ch

Sra. Regula DURRER
Monbijoustrasse 51a
CH-3003 Bern
Suiza
Tel: ++41 (31) 323 10 48
Fax: ++41 (31) 323 11 00

V. Lista de Observadores:

Sr. Jens PETERSEN-THUMSER
Director, Fundación Alemana
POSTFACH 27 06 61
D-13476 BERLIN-TEGEL
Alemania
TEL: ++49 (30) 43 99 6 - 333
FAX: ++49 (30) 43 99 6 - 336
E-mail: j.petersen@dse.de

VI. Secretaría de la reunión:

Sr. Abdel Hamed Bouab
Officer-in-Charge Public Finance and Enterprise
Management Branch
United Nations
PFBDB / DGPAF / DDSMS
Room DC1-0964
New York, N.Y. 10017
Estados Unidos de América
Tel: ++1 (212) 963 - 8406, 963 - 2916
Fax: ++1 (212) 963 - 9681

Dr. Franz Fiedler
Presidente del Tribunal de Cuentas y Secretario
Gernal de la INTOSAI
Fach 240
A-1033 Viena
Austria
Tel: ++43 (1) 711 71 - 8456
Fax: ++43 (1) 712 94 25

Lic. Reinhard Rath
Jefe de Departamento
Tribunal de Cuentas de Austria
Fach 240
A-1033 Viena
Austria
Tel: ++43 (1) 711 71 - 8350
Fax: ++43 (1) 718 09 69

Dr. Gertrude Schlicker
Tribunal de Cuentas de Austria
Fach 240
A-1033 Viena
Austria
Tel: ++43 (1) 711 71-8330
Fax: ++43 (1) 718 09 69

Lic. Michaela Ott - Spracklin
Tribunal de Cuentas de Austria
Fach 240
A-1033 Viena
Austria
Tel: ++43 (1) 711 71-8473
Fax: ++43 (1) 718 09 69

Lic. Monika Gonzalez-Koss
Tribunal de Cuentas de Austria
Fach 240
A-1033 Viena
Austria
Tel: ++43 (1) 711 71-8474
Fax: ++43 (1) 718 09 69

Sra. Claudia Simeonoff
Tribunal de Cuentas de Austria
Fach 240
A-1033 Viena
Austria
Tel: ++43 (1) 711 71-8478
Fax: ++43 (1) 718 09 69

Sra. Gabriela Eger
Tribunal de Cuentas de Austria
Fach 240
A-1033 Viena
Austria
Tel: ++43 (1) 711 71-8572
Fax: ++43 (1) 718 09 69

Sra. Andrea Vilimek
Tribunal de Cuentas de Austria
Fach 240
A-1033 Viena
Austria
Tel: ++43 (1) 711 71-8228
Fax: ++43 (1) 712 94 25

Sr. Georg Jerabek
Tribunal de Cuentas de Austria
Dampfschiffstraße 2
Fach 240
A-1033 Viena
Austria
Tel: ++43 (1) 711 71-8434
Fax: ++43 (1) 712 94 25