



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud

Informe Final

Capítulo 2

Métodos de Investigación



CAPÍTULO 2

MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

Este capítulo presenta una síntesis de los métodos de investigación empleados en el proyecto, el trabajo de campo y el análisis posterior de los datos recogidos, utilizados en las diferentes fases del proyecto.

Consideramos importante de manera preliminar al detalle que se presentará, contextualizar nuevamente al lector, en cuanto a las fases que se desarrollaron del proyecto.

La primera de ellas (Fase I) se denominó como Diagnóstica. En ella, entre muchas otras actividades, se desarrollaron el Marco Conceptual de la Investigación (Ver Capítulo anterior), los diferentes objetivos de estudio¹, un extenso y complejo trabajo de campo, estudios de caso y diferentes análisis previstos en el plan de trabajo.

Entre dichos informes de Objetivo es importante resaltar el Objetivo No.8 “Experiencias Internacionales”, el cual enmarcó parte de las sugerencias o propuestas de soluciones que se plantearon, para lo cual se tomaron como base las experiencias exitosas en IVC de otros países.

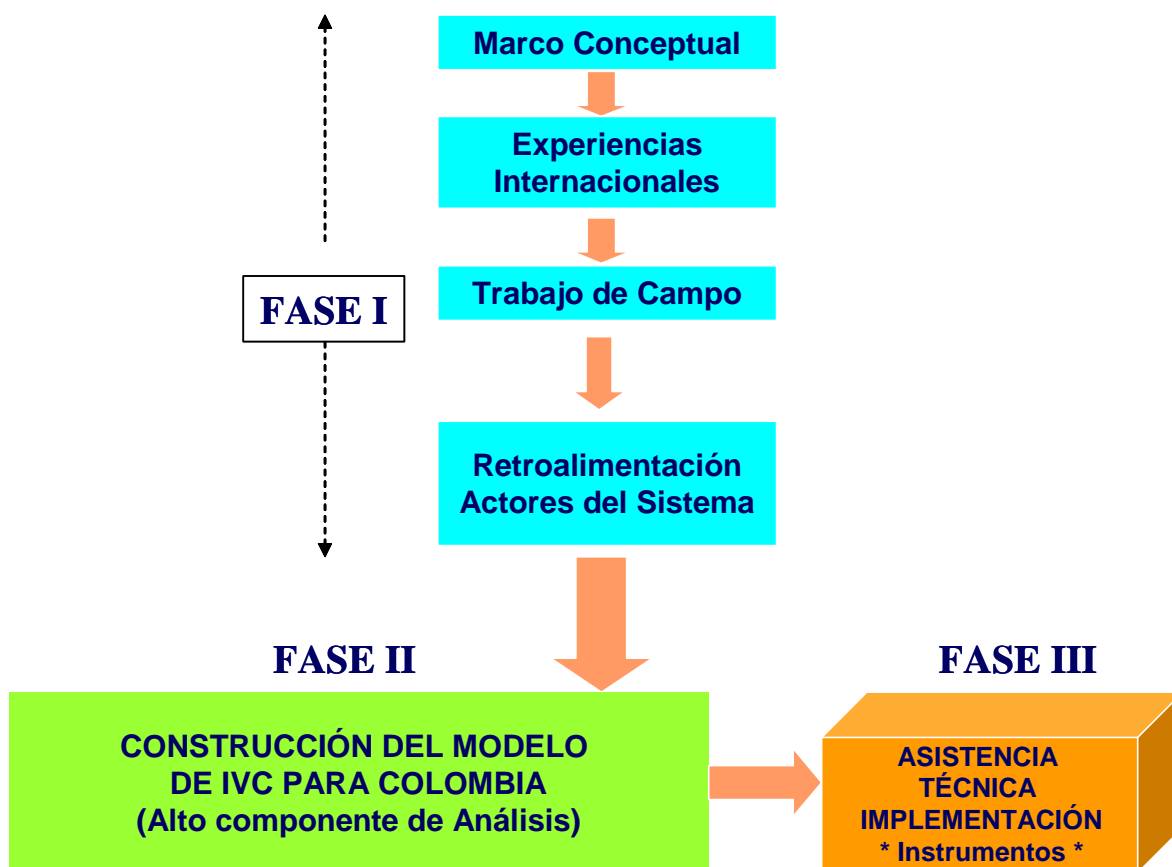
En la segunda fase del proyecto se construyó el Modelo de IVC para el sector salud de Colombia, para lo cual se utilizaron el Marco Conceptual desarrollado y los resultados obtenidos de la fase anteriormente mencionada. Adicionalmente en esta fase vale la pena anotar que también se profundizaron diversos análisis y se continuó la constante interacción con el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, en un proceso que se denominó de concertación, con lo se enriqueció de manera importante el diseño del Modelo, producto de la consultoría desarrollada.

Finalmente, la tercera fase denominada como Asistencia Técnica, se ocupó en esencia de las pruebas piloto de orden nacional y territorial, en las cuales se sometieron a prueba parte de los instrumentos y herramientas elaboradas por la Unión Temporal. Complementario a las pruebas efectuadas se efectuó un proceso de divulgación y presentación del Modelo a diferentes actores de orden nacional y territorial, tanto públicos como privados y agentes de control y vigilados.

A manera de ilustración en la gráfica No. 2-1, se presentan las diferentes fases del proyecto.

¹ Nueve (9) Informes de Objetivo de la Fase I. Reposan en los archivos del PARS – Minsalud.

**GRAFICA 2-1
FASES DEL PROYECTO**



2.1 FASE I: ASPECTOS RELEVANTES DE LA METODOLOGIA

2.1.1 DISEÑO Y VALIDACIÓN DE LA MUESTRA – FASE I

La decisión acerca de las unidades de observación del Proyecto que nos ocupa, vale decir, las entidades vigilantes y vigiladas que fueron objeto de examen detallado y de recolección de la información requerida por la investigación, se estructuró en función de un conjunto de consideraciones o premisas que se deducen de los objetivos, alcances y métodos de la investigación, y de los recursos disponibles para realizarla. A su vez, la metodología de selección de la muestra de unidades de observación fue función de las premisas o consideraciones básicas,

REPÚBLICA DE COLOMBIA – Ministerio de Salud – Programa de Apoyo a la Reforma de Salud dentro de un marco de máxima eficiencia, o sea de mínimo costo y óptima precisión de las estimaciones para el universo estudiado.

2.1.1.1 Premisas

Las premisas del diseño muestral se expresan en términos del universo de estudio, de los indicadores a ser estimados, de los análisis previstos, de la precisión deseada en tales indicadores y análisis y de la desagregación requerida en los resultados para efectos de comparación, diferenciación y presentación.

2.1.1.1.1 Universo de estudio

El universo de estudio fueron las entidades vigilantes y vigiladas, las cuales se clasifican en diferentes subuniversos de variable tamaño según su naturaleza, así:

- EPS = 30 Empresas Promotoras de Salud
- ARS = 250 Administradoras del Régimen Subsidiado
- EAS = 27 Entidades Asimiladas a EPS
- DTS-L = 850 (aprox.) Direcciones Locales de Salud
- DTS.D= 33 Direcciones Departamentales de Salud
- IPS = 5,371 Instituciones Prestadoras de Servicios

Las IPS incluyen los hospitales y clínicas públicos y privados, los centros y puestos de salud oficiales, y los consultorios institucionales de atención ambulatoria del ISS, cajas de previsión, cajas de compensación, y de tipo eminentemente privado.

Por definición, los universos muy pequeños y variables no pueden ser estudiados con precisión y confiabilidad estadística aceptables (Ej., error de muestreo menor del 20%, y 95% de confianza) a través de una muestra de sus unidades. Tal es el caso de las EPS y DTS-D las cuales fueron abordadas en su totalidad mediante una encuesta censal. Las demás entidades fueron investigadas por medio de una muestra que las representa adecuadamente.

En el Cuadro 2-2-1, se presenta un resumen del universo institucional de IPS, clasificado por tipo de entidad, subsector al que pertenece, y nivel de complejidad, según cuatro grandes grupos de municipios.

Cuadro 2-1-1
 UNIVERSO DE IPS INSTITUCIONALES

TIPO	SUBSECTOR	NIVEL DE COMPLEJIDAD O CLASE	GRUPOS DE ESTRATOS DE MUNICIPIOS				TOTAL
			CERTEZA	NO CERTEZA			
			5 áreas metropolitanas	15 estrato otras capitales y 3 ciudades intermedias	15 estrato 429 UPM con hospital público	15 estrato 447 UPM sin hospital público	
Hospitales y clínicas	Oficial	1	24	22	384		430
		2	34	29	54		117
		3	25	10	1		36
		Todos	83	61	439	0	583
	Privado	1	336	152	80	14	582
		2	78	23			101
		3	25	4			29
		Todos	439	179	80	14	712
	Seguridad Social	1	10	19	21	2	52
		2		2			2
		3	1	1			2
		Todos	11	22	21	2	56
	Todos	1	370	193	485	16	1064
		2	112	54	54	0	220
		3	51	15	1	0	67
		Todos	533	262	540	16	1351
Instituciones de Atención Ambulatoria	Oficial	Centro de Salud	189	169	196	264	818
		Puestos de Salud	122	523	1787	591	3023
		Todos	311	692	1983	855	3841
	Privado	Todos	18	19	22		59
		CAB	19	16	60	3	98
	Seguridad Social	Dispensarios	17	3	1	1	22
		Todos	36	19	61	4	120
Todos	Todos	365	730	2066	859	4020	
Total IPS	Todos	Todos	898	992	2606	875	5371
Fuente: Cálculos de Econometría S.A. a partir de la base de datos del Ministerio de Salud (Corte a Mayo/2000)							

2.1.1.2 Indicadores a ser estimados

La naturaleza estadística de los indicadores condiciona de manera importante el tamaño y características de la muestra. En esta investigación, se manejaron prioritariamente variables cualitativas, que dan lugar a indicadores tipo proporción. Aunque también se midieron variables cuantitativas, y se calcularon promedios y medidas de variabilidad y de relación matemática, los

REPÚBLICA DE COLOMBIA – Ministerio de Salud – Programa de Apoyo a la Reforma de Salud

indicadores guía del diseño fueron las proporciones, sin que ello impidiera la estimación de otros indicadores (aún con igual o mejor precisión).

Esto es lo más razonable, dado que en términos genéricos, se requiere la verificación del grado de conocimiento y aplicación de las normas esenciales del sistema de salud en materia de aseguramiento, financiamiento, prestación de servicios y participación social, por parte de entidades vigilantes y vigiladas, y del grado de conocimiento y aplicación de las normas de inspección, vigilancia y control, en tales materias, por parte de las entidades vigilantes.

2.1.1.3 Precisión deseada

En los estudios por muestreo probabilístico, la precisión se expresa en términos de “error estándar” o error de muestreo, que indica el grado de aproximación (o de error) con que se infieren o generalizan los valores estimados (a partir de la muestra) al universo investigado. Para esta investigación, se consideraron aceptables errores estándar relativos (ESrel) iguales o inferiores al 10%. La inferencia de los resultados se hizo rutinariamente con un 95% de confianza. Para el caso de las encuestas censales (EPS, DTS) los resultados no tienen error de muestreo.

2.1.1.4 Desagregación requerida

El diseño de la muestra tuvo en cuenta que se tendrían que considerar diferentes clasificaciones o desagregaciones de las unidades de observación, en función de los objetivos específicos del proyecto, y de las hipótesis sobre los diferenciales y determinantes de los indicadores a ser estimados, así :

- Según la naturaleza de las entidades vigilantes y vigiladas: EPS, ARS, EAS, DTS/DLS e IPS.
- Según el origen de las IPS: públicas y privadas
- Según la tipología de los servicios suministrados por las IPS: hospitalarios y ambulatorios, según nivel de complejidad.
- Según el grado de descentralización de las entidades territoriales
- Según la evolución del aseguramiento de la población de los municipios en los distintos regímenes.

2.1.1.5 El Diseño

Comprende la definición del tipo de muestra, el tamaño de la misma, los esquemas de estratificación y selección, los procedimientos de estimación de los resultados, y el modelo para el cálculo de la precisión observada en las estimaciones.

2.1.1.5.1 Tipo de muestra

Se aplicó una muestra probabilística, de conglomerados, estratificada y bietápica.

Probabilística Porque cada unidad de observación de los subuniversos a ser investigados por muestreo (ARS, IPS y DLS) tuvo una probabilidad de selección conocida y superior a cero. Este tipo de muestra, que se sustenta en las leyes del azar, permite fijar a priori, en forma aproximada, la precisión deseada en las estimaciones, y calcular a posteriori la precisión efectivamente observada en los resultados inferidos

Conglomerados Constituidos por los conjuntos de ARS e IPS existentes en los municipios del país. De las DLS, sólo hay una por municipio. Se denomina Unidad Primaria de Muestreo (UPM), el municipio, o grupo de municipios aledaños, que reúnen condiciones mínimas en cuanto a tipo y cantidad de las IPS existentes en el mismo, y tamaño de la población usuaria.

Las Unidades Secundarias de Muestreo (USM), elementos en este caso, son cada una de las ARS e IPS existentes en las UPM.

Mediante la selección de una muestra de UPM, se concentraron las ARS e IPS estudiadas en un número limitado de sitios del país, lo cual es más eficiente que aplicar una muestra aleatoria de unidades de observación (sin conglomeración alguna). El mayor error de muestreo que genera este método, se compensa con un pequeño incremento del tamaño total de la muestra, pero manteniendo la eficiencia.

Estratificada A través de la clasificación de las unidades de muestreo primarias y secundarias, previamente a su selección, en grupos o estratos de máxima homogeneidad interna, y de máxima heterogeneidad entre sí. La estratificación, que es la estrategia de optimización por excelencia, reduce a un mínimo el error de muestreo, si las variables de estratificación están altamente correlacionadas con los indicadores de estudio.

Bietápica La muestra se seleccionó en dos etapas. La primera, de UPM, y la segunda, de elementos dentro de las UPM. En el caso de las ARS y DLS, se tomaron todas las existentes en las UPM seleccionadas. En relación con las IPS, también se seleccionaron en la muestra todas las localizadas en las UPM de menor tamaño, pero se submuestrearon aleatoriamente, con fracciones de muestreo predefinidas, las numerosas IPS de tipo ambulatorio existentes en las UPM de gran tamaño, y se incluyeron todas las IPS hospitalarias que existen en la muestra de UPM.

2.1.1.5.2 El tamaño de la muestra

El tamaño final de la muestra de IPS, estuvo condicionada por los recursos disponibles para la recolección, y por el costo unitario del trabajo en cada una de ellas.

El número de UPM seleccionadas fue de 50. Este número incluye las cinco grandes áreas metropolitanas de certeza seleccionadas, 15 entre las restantes capitales de departamento y tres

REPÚBLICA DE COLOMBIA – Ministerio de Salud – Programa de Apoyo a la Reforma de Salud ciudades intermedias, 15 UPM de menor tamaño, pero con por lo menos un hospital, representantes de otros tantos estratos de no certeza, y otras 15 UPM, las más pequeñas, también de no certeza, y representativas de los municipios sin hospital, y con mas reducida infraestructura de salud. Un total de 68 municipios quedaron incluidos en esta muestra de 50 UPMs.

El número de IPS institucionales muestreadas, fue de 315. Este número fue decidido en función de los parámetros de precisión y de costo unitario de recolección. La muestra de DLS, está constituida por las existentes en los municipios de las UPM seleccionadas, donde haya sido seleccionadas IPS, un total de 68.

La muestra de ARS fue de 67 administradoras que corresponde a las ARS que prestan servicio en los municipios seleccionados en la muestra.

Con los tamaños de muestra previstos, se garantizan estimaciones para:

- El universo de IPS, de fenómenos representados en el 20% o más de las unidades, con error estándar relativo ESrel del 12% o menos; en el 30% o más, con Esre del 11% o menos; en el 40% o más, con Esrel del 8% o menos; en el 50%. O más con Esrel del 6.4% o menos; y en el 60% o más con Esrel del 5.2% o menos.
- Para dos particiones del universos de IPS, de fenómenos representados en el 30% o más de este universo, con Esrel del 14% o menos; en el 40% o más con Esrel del 10% o menos; en el 50% o más con Esrel del 9.1% o menos; y en el 60% o más con Esrel del 7.4% o menos.
- Para tres particiones del universo de IPS, de fenómenos representados en el 40% o más de este universo, con un Esrel del 14% o menos; en el 50% o más, con un Esrel del 11% o menos; y en el 60% o más, con Esrel del 10% o menos.
- Para cuatros particiones del universo de IPS, de fenómenos representados en el 50% o más de este universo, con Esrel del 13% o menos
- Para cinco particiones del universo de IPS, de fenómenos representados en el 60% o más, con un Esrel del 14% o menos; y en el 70% o más, con Esrel del 12% o menos

Para las ARS, DLS e IPS que fueron muestreadas, el cuadro 2-1-2 permite deducir la precisión esperada de las muestras respectivas en función de diferentes universos o subuniversos de clasificación y análisis (N), de la varianza máxima absoluta de indicadores tipo proporción (PQ), para una proporción p=0.5 que corresponde a dicha varianza máxima, y tres niveles de precisión, Esrel=5%, 7.5% y 10%. Con base en el análisis de tablas de precisión (Esrel) como ésta, se definió el tamaño de las muestras de IPS, DLS y ARS requeridas para obtener la precisión deseada.

**CUADRO 2-1-2
EXPLORACION DE TAMAÑO DE MUESTRA DE IPS, ARS Y DLS**

Universo N	Varianza Absoluta Máxima PQ	Proporción P	Error estándar Relativo ESrel	Muestra n
------------	-----------------------------	--------------	-------------------------------	-----------

CUADRO 2-1-2
EXPLORACION DE TAMAÑO DE MUESTRA DE IPS, ARS Y DLS

Universo N	Varianza Absoluta Máxima PQ	Proporción P	Error estándar Relativo ESrel	Muestra n
50	0.25	0.5	0.1	33
50	0.25	0.5	0.075	39
50	0.25	0.5	0.05	44
75	0.25	0.5	0.1	43
75	0.25	0.5	0.075	53
75	0.25	0.5	0.05	63
100	0.25	0.5	0.1	50
100	0.25	0.5	0.075	64
100	0.25	0.5	0.05	80
150	0.25	0.5	0.1	60
150	0.25	0.5	0.075	81
150	0.25	0.5	0.05	109
200	0.25	0.5	0.1	67
200	0.25	0.5	0.075	94
200	0.25	0.5	0.05	133
500	0.25	0.5	0.1	83
500	0.25	0.5	0.075	131
500	0.25	0.5	0.05	222
750	0.25	0.5	0.1	88
750	0.25	0.5	0.075	144
750	0.25	0.5	0.05	261
1000	0.25	0.5	0.1	91
1000	0.25	0.5	0.075	151
1000	0.25	0.5	0.05	286
1500	0.25	0.5	0.1	94
1500	0.25	0.5	0.075	159
1500	0.25	0.5	0.05	316
2000	0.25	0.5	0.1	95
2000	0.25	0.5	0.075	163
2000	0.25	0.5	0.05	333
5000	0.25	0.5	0.1	98
5000	0.25	0.5	0.075	172
5000	0.25	0.5	0.05	370
10000	0.25	0.5	0.1	99
10000	0.25	0.5	0.075	175
10000	0.25	0.5	0.05	385
20000	0.25	0.5	0.1	100
20000	0.25	0.5	0.075	176
20000	0.25	0.5	0.05	392

Fuente: Cálculos Econometría S.A.

2.1.1.5.3 Selección de la muestra de UPM de no certeza

Del universo total de municipios existentes en el país se excluyeron cerca de 180 por razones de violencia o extrema dificultad en el acceso, teniendo en cuenta que la población total excluida era una mínima fracción de la población total del país y los costos y riesgos de recolección eran excesivamente altos. Excluyendo las 5 UPM de certeza para el diseño de la muestra en la primera etapa, se agruparon las restantes 876 UPM (municipios) en 30 estratos, teniendo en cuenta la región del país, el nivel de urbanización, el NBI, la disponibilidad o no de hospital, y la cantidad total de IPS en cada una de ellas. Como estrategia de minimización de la varianza, se buscó que los estratos tuvieran un número similar de IPS. Se seleccionó una UPM por estrato, con probabilidad proporcional al número de IPS existentes en él. En el grupo de estratos de UPM sin hospital, la probabilidad se dio en función del número de instituciones de atención ambulatoria existentes.

2.1.1.5.4 Composición de la muestra de IPS

El Cuadro 2-1-3 presenta la composición de la muestra de IPS por tipo, subsector, nivel de complejidad y grupos de estratos poblacionales.

El número de IPS decidido para las clases de los tres criterios: tipo, subsector y nivel, se calculó buscando un nivel de precisión similar –Esrel- La distribución según estratos poblacionales se elaboró proporcionalmente al número de IPS de cada tipo existentes en tales estratos, según cifras del Cuadro 2-1-3–Universo de IPS-.

**CUADRO 2-1-3
MUESTRA DE IPS INSTITUCIONALES A ENCUESTAR**

TIPO	SUBSECTOR	NIVEL COMPLEJIDAD O CLASE	GRUPOS DE ESTRATOS DE MUNICIPIOS				TOTAL
			CERTEZA	NO CERTEZA			
			5 Areas Metrop	15 estrat otras cap y 3 ciud interm	15 estrat 429 UPM con hospital	15 estrat 447 UPM sin hospital	
Hospitales y Clínicas	Oficial	1	5	6	13	0	24
		2	8	8	6	0	22
		3	12	5	1	0	18
		Todos	25	19	20	0	64
	Privado	1	14	6	3	1	24
		2	17	5	0	0	22
		3	17	1	0	0	18
		Todos	48	12	3	1	64
	Seguridad Social	1	6	12	2	0	20
		2	0	0	0	0	0
		3	1	1	0	0	2

**CUADRO 2-1-3
MUESTRA DE IPS INSTITUCIONALES A ENCUESTAR**

TIPO	SUBSECTOR	NIVEL COMPLEJIDAD O CLASE	GRUPOS DE ESTRATOS DE MUNICIPIOS				TOTAL
			CERTEZA	NO CERTEZA			
			5 Areas Metrop	15 estrat otras cap y 3 ciudad interm	15 estrat 429 UPM con hospital	15 estrat 447 UPM sin hospital	
		Todos	7	13	2	0	22
	Todos	1	25	24	18	1	68
		2	25	13	6	0	44
		3	30	7	1	0	38
		Todos	80	44	25	1	150
Instituciones de Atención Ambulatoria	Oficial	Centros de Salud	14	13	8	12	47
		Puestos de Salud	2	8	28	11	49
		Todos	16	21	36	23	96
	Privado	Todos	18	10	0	0	28
	Seguridad Social	CAB	15	6	4	0	25
		Dispensarios	14	2	0	0	16
		Todos	29	8	4	0	41
	Todos	Todos	63	39	40	23	165
Total IPS	Todos	Todos	143	83	65	24	315

**Fuente: Cálculos Econometría S.A.

2.1.1.5.5 Muestra de ARS y DLS

La selección de las ARS y las DLS se basó en las UPM y sus correspondientes municipios. Se previó visitar las sedes principales de las ARS que prestan servicios en los municipios de la muestra, y las DLS de estos mismos municipios.

2.1.1.5.6 Procedimientos de estimación

Se denominan así, los procedimientos para garantizar estimaciones insesgadas de los resultados de la investigación. Son importantes fuentes de sesgo las diferentes probabilidades de selección y la cobertura incompleta de las unidades seleccionadas. El efecto de las varias probabilidades finales (producto de las probabilidades de selección de la UPM en su estrato y de las USM en su UPM), se controla ponderando los valores muestrales por el recíproco de tales probabilidades, antes del cálculo de los indicadores de estudio. El sesgo por no cobertura, se puede corregir en alguna medida a través de un factor de ajuste, si se tiene evidencia de que, en promedio, las características de las unidades cubiertas son similares a las de las no cubiertas.

Probabilidades de selección y factores de expansión: Dado que se utilizó un procedimiento bietápico para la selección de las muestras (IPS, DLS, ARS), la probabilidad de selección final de una unidad de observación es el producto de la probabilidad de selección del municipio donde se

REPÚBLICA DE COLOMBIA – Ministerio de Salud – Programa de Apoyo a la Reforma de Salud
ubica, por la probabilidad de selección de esta unidad de observación, dado que se seleccionó este municipio,

$$f = f1*f2$$

La probabilidad de selección del municipio en la primera etapa del diseño se hizo por estratos,

$$f1 = \frac{\text{Total IPS en la UPM}}{\text{Total IPS en el estrato}}$$

Todos los estratos quedaron en consecuencia, representados en la muestra.

La probabilidad de selección en la segunda etapa en la UPM seleccionada es:

$$f2 = \frac{\text{Número de IPS seleccionada en la UPM}}{\text{Número de IPS existentes en la UPM}}$$

El factor básico de expansión en cada estrato es el recíproco de la probabilidad total.

$$FBE = \frac{1}{F}$$

En los casos de IPS, DLS y ARS en que se seleccionaron todas las existentes en la segunda etapa,

$$f2 = 1$$

2.1.1.5.7 Cálculo de precisión observada

El error estándar de los resultados finalmente obtenidos se calculó mediante formulas deducidas específicamente para el tipo de muestra propuesto.: estratificada, de conglomerados desiguales y bietápica.

Con base en tales errores estándar, se calcularon los intervalos de confianza en los cuales están contenidos los verdaderos indicadores del universo estudiado, con un 95% de confianza, y se hicieron pruebas de significancia estadística de las diferencias observadas entre subgrupos del universo comparados.

2.1.1.5.8 Precisión de las estimaciones a partir de la muestra nacional de IPS

Las cifras que se muestran a continuación en el Cuadro 2.-1-4, ilustran la diferencia en precisión, en términos de Error Estándar Relativo (ESrel), de la muestra total planeada (n = 315) y la finalmente encuestada (n = 277), para fenómenos o características presentes en variable proporción (P) de los casos estudiados.

**CUADRO 2-1-4
ERROR ESTÁNDAR RELATIVO PLANEADO VS. OBSERVADO**

P	Esrel	
	Planeado (n = 315)	Observado (n = 277)
0.10 (10%)	16.1	17.6
0.20	10.7	11.7
0.30	8.2	8.9
0.40	6.6	7.2
0.50	5.4	5.9
0.60	4.4	4.8
0.70	3.5	3.8

El impacto de la pérdida de muestra en términos de la precisión de las estimaciones es de alrededor de un punto porcentual en los fenómenos de muy baja frecuencia de la característica estimada. Para proporciones mayores de 0.5, el incremento del ESrel es menor de medio punto porcentual. Podría decirse entonces, que la no cobertura de un 12% de la muestra seleccionada, que está dentro del rango esperado para una encuesta de esta naturaleza, genera ciertamente un incremento en el error de muestreo, pero que tal aumento es de poca importancia y no pone en riesgo los objetivos de la investigación.

El Cuadro 2-1-5, presenta los valores del diseño muestral y los observados por tipo de entidad, subsector y nivel de complejidad y para varios subtotales, para dos niveles de frecuencia, P = 0.30 y P = 0.50. Es claro que para pequeños subgrupos de entidades, con tamaño muestral reducido, el impacto relativo de la pérdida de muestra, es mayor.

Los cálculos anteriores han sido realizados con fórmula de Muestreo Aleatorio Simple de Elementos, suponiendo un efecto despreciable de la conglomeración de la muestra.

Como puede observarse los errores de muestreo para fenómenos con las probabilidades indicadas en el total general son inferiores al 9%. Estos errores aumentan significativamente para particiones que desagreguen mucho el universo, llegando a nivel del 30% cuando se combinan subsectores y nivel de complejidad.

**CUADRO 2-1-5
ERRORES ESTÁNDAR RELATIVOS (ESREL) DEL DISEÑO Y OBSERVADOS POR TIPO DE IPS, SEGÚN EL NIVEL DE COMPLEJIDAD**

Tipo de IPS	Subsector	Nivel Complej. o Clase	Universo N	Muestra		ESrel			
				Seleccionada	Encuestada	P = 0.30		P = 0.50	
						Diseño	Observado	Diseño	Observado
Hospitales y Clínicas	Oficial	1	430	24	22	30.9	32.5	20.3	21.3
		2	117	22	22	30	30	19.7	19.7
		3	36	18	17	26.2	27.7	17.1	18.2
		Todos	583	64	61	18.2	19.6	11.9	12.2
	Privado	1	582	24	15	31.2	40.3	20.4	26.3
		2	101	22	20	29.5	31.4	19.3	20.5
		3	29	18	15	22.8	28.4	15.3	18.9
		Todos	712	64	50	18.4	21	12	13.8
	Seguridad Social	1-2	54	20	19	27.8	29	18.2	19
		3	2	2	2				
		Todos	56	22	21	26	27	17	17.5
	Todos	1	1,066	68	56	18.1	20	11.8	13.1
		2	218	44	42	20.8	21.4	13.6	14
		3	67	38	34	16.5	18.7	10.8	12.2
		Todos	1,351	150	132	11.8	12.7	7.7	8.3
	Instituciones de Atención Ambulatoria	Oficial	Centros de Salud	818	47	39	21.9	24.2	14.3
Puestos de Salud			3,023	49	38	21.9	25	14.3	16.3
Todos			3,841	96	77	15.5	17.3	10.1	11.4
Privado		Todos	28	28	28	0	0	0	0
Seguridad Social		CAB	29	25	24	11.6	13.2	6.7	7.9
		Dispensarios	22	16	16	20.6	20.6	13.5	13.5
		Todos	51	41	40	11.0	11.5	6.9	7.3
Todos		Todos	3,920	165	145	11.7	12.5	7.6	8.5
TOTAL IPS	Todos	Todos	5,271	315	277	8.2	8.9	5.5	5.9

Fuente: Cálculos Econometría S.A.

2.1.2 DISEÑO Y ELABORACIÓN DE LA PRUEBA PILOTO - FASE I

El operativo de Prueba Piloto tenía como objetivo general evaluar los instrumentos de recolección, los manuales y la metodología prevista para la recolección de la información. La prueba se realizó en una muestra de instituciones del mismo tipo de las que componían el universo del estudio. Para evitar sesgos en la evaluación de los resultados, las condiciones bajo las cuales se realizó la prueba piloto correspondían a las limitaciones y diversidad de situaciones bajo las cuales se llevaría a cabo el estudio.

2.1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos específicos fueron los siguientes:

- Estimar los recursos necesarios para la ejecución del trabajo de campo
- Establecer si las preguntas, tal como se habían definido interpretan la realidad y son manejables por entrevistadores de perfil y características similares a los que tendrá el estudio.
- Establecer la funcionalidad de los procedimientos operativos, en particular el tiempo de encuesta, la identificación de informantes idóneos y el acceso a la información.
- Evaluar el Instrumento de recolección para sustituirlo o mejorarlo. Dentro de este análisis se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:
 - Nivel de comprensión, capacidad de respuesta y receptividad sobre las preguntas formuladas.
 - Disponibilidad de información.
 - Mecanismos que permitan recolectar y verificar la información de óptima calidad para el análisis.
- Verificar si el manual y los instructivos eran un apoyo suficiente para la recolección, se adaptaban a la realidad y eran instrumentos de consulta eficaces para los fines previstos en el diseño.

2.1.4 PERSONAL PARTICIPANTE

Para efectuar la prueba se contó con la participación de observadores, supervisores y encuestadores seleccionados de un grupo de profesionales presentados principalmente por la ESAP, la Universidad Nacional y la firma consultora.

El observador fue un consultor del equipo de la Unión Temporal, y en algunos casos hubo asistencia de un funcionario del Ministerio de Salud. El observador como su nombre lo indica solo

REPÚBLICA DE COLOMBIA – Ministerio de Salud – Programa de Apoyo a la Reforma de Salud iba de acompañante del proceso. El supervisor era el encargado de la presentación del Proyecto y también participó como encuestador en algunas partes de los formularios, esto último se hizo con el fin de poder obtener recomendaciones de parte de estas personas sobre la estructura y operabilidad de los formularios.

2.1.5 CAPACITACIÓN

Para la prueba piloto se utilizó un Manual de recolección, que contenía información acerca de: los objetivos y alcances del proyecto, aspectos operativos y logísticos del trabajo de campo, descripción de las unidades de observación, el sistema de recolección de la información, la descripción de funciones del entrevistador y el supervisor, y una guía para facilitar la interacción entre el supervisor y el encuestador.

Durante los días 26 y 27 de Septiembre de 2000 se realizó una capacitación con el apoyo de los consultores de la Unión Temporal en donde se explicaron los objetivos del proyecto, la perspectiva de la investigación el funcionamiento del SGSSS, la pertinencia de las variables incluidas en el formulario en cuanto a su forma y contenido, las técnicas de entrevista y la metodología de la prueba piloto.

2.1.6 UNIDADES DE OBSERVACIÓN

La Prueba Piloto se realizó una vez finalizada la etapa de capacitación, es decir a partir del 28 de septiembre de 2000, durante 10 días. Se seleccionaron 10 instituciones² que incluyeron entidades de diferente tipo, de acuerdo con las características de las que conformaban el universo del estudio. La prueba se realizó en una entidad de cada tipo, y en el caso de las IPS se incluyeron instituciones de los tres niveles.

Estas entidades no hacían parte del universo del estudio y fueron abordadas por la Unión Temporal a través del director o gerente, a quien se le informó sobre los objetivos y alcances del Proyecto y de la prueba piloto. A cada uno de los participantes se le suministró información acerca del contenido de los formularios y el propósito de cada capítulo (en algunos casos los formularios fueron enviados previamente vía correo electrónico).

Con el fin de garantizar la calidad de la información suministrada por la institución, los informantes idóneos fueron seleccionados por el gerente o director, de acuerdo con el contenido de los formularios. Además se envió un listado de documentación e información necesaria que permitía contrastar la calidad de la información suministrada por la institución.

Para contar con una estimación mas precisa de los recursos necesarios se incluyó un formato para medición del tiempo en el Manual de la Prueba Piloto³ utilizado para la aplicación de los formularios.

En ninguna de las instituciones visitadas se requirió mas de un día para completar el formulario; sin embargo, debido a la falta de soportes de verificación de información, fue necesario regresar a algunas entidades para comprobar la veracidad de los datos suministrados.

2.1.7 METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE RESULTADOS

A partir de las preguntas y aclaraciones que surgieron en la capacitación impartida por el equipo consultor de la Unión Temporal al personal de campo contratado para el levantamiento de la información se procedió a realizar reuniones de análisis de resultados de cada una de la Unidades de observación. En estas reuniones participaron: el personal del operativo de campo (Observadores, Supervisores y Encuestadores), el equipo de coordinación del trabajo de campo, consultores principales y los observadores. Con base en estas discusiones, en los informes presentados por el personal de campo y en el análisis de los formularios y demás formatos diligenciados, se hicieron ajustes en los siguientes aspectos:

- Ambientación del operativo de campo
- Manual de recolección
- Estructura y contenido de los formularios
- Estimación de los recursos necesarios

2.1.8 TRABAJO DE CAMPO - FASE I

Este capítulo presenta una descripción general del proceso de recolección, crítica y validación de la información durante el Trabajo de Campo.

2.1.8.1 Proceso de Recolección

Tras el proceso de selección y capacitación de los encuestadores y selección de supervisores, se inició el trabajo de campo basado un una muestra de 531 instituciones, de las cuales se logró un 88% de cobertura. La no cobertura de un 12% de la muestra seleccionada, está dentro del rango esperado para una encuesta de esta naturaleza, que aunque genera ciertamente error de muestreo, no pone en riesgo los objetivos de la investigación.

El Cuadro 2-5-1 muestra la distribución de la muestra por institución y el resultado final.

**CUADRO 2-5-1
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA Y RESULTADO FINAL POR TIPO DE INSTITUCIÓN**

	TOTAL MUESTRA (1)	RESULTADO FINAL (2)	% DE EFECTIVIDAD (2) / (1)
ARS	61	52	85.2%
DLS	67	64	95.5%
DTS	32	31	96.9%
EAS	28	22	78.6%
EPS	28	23	82.1%
IPS	315	38	12.1%
TOTAL	531	466	87.8%

El trabajo de campo se ejecutó durante los meses de noviembre y diciembre de 2000, con las rutas descritas⁴ en el Cuadro 2-5-2.

**CUADRO NO. 2-5-2
RUTAS O ZONAS DEL TRABAJO DE CAMPO**

Ruta o Zona	Fecha inicio	Fecha terminación	Número personas	Número entidades
Ruta 1: Guajira- Cesar	11-20-00	12-13-00	2	30
Ruta 2 : Atlántico-Bolivar	11-20-00	12-15-00	2	41
Ruta 3:Córdoba-Sucre-Caucasia	11-20-00	12-21-00	2	35
Ruta 4: Boyacá-Armenia	11-20-00	12-20-00	2	33
Ruta 5: Santander	11-20-00	12-13-00	2	38
Ruta 6: Caldas-Risaralda	11-21-00 (sup)* 11-27-00 (enc)	12-20-00	2	26
Ruta 7: Huila-Cauca-Nariño-	11-20-00	12-20-00	2	31

⁴ Durante el desarrollo del trabajo de campo se presentaron algunos cambios en las rutas o zonas. Cabe mencionar los siguientes:

CAUCASIA: Se tenía programada la visita a éste municipio por el grupo que responsable de la Zona de Antioquia, pero fue pasada a la Ruta 3, por facilitarse el acceso desde la ciudad de Sincelejo.

ARMENIA: Ante los problemas presentados en el personal responsable de esta ruta, se envió al Supervisor, y ante los problemas de extender las encuestas mas allá del 15 de diciembre, se reforzó el levantamiento de la información y revisión de la información ya levantada, con el grupo de la Ruta 4, el cual ya había terminado su recolección.

CUADRO NO. 2-5-2
RUTAS O ZONAS DEL TRABAJO DE CAMPO

Ruta o Zona	Fecha inicio	Fecha terminación	Número personas	Número entidades
Caqueta				
Ruta 8: Meta-Guaviare-Casanare	11-20-00	12-16-00	1	17
Ruta 9: N/Stder-Vaupes-Guainía	11-20-00	12-21-00	1	14
Ruta 10: Chocó-Arauca	11-20-00	12-13-00	1	17
Ruta 11: San Andres, Amazonas, Putumayo y Estudios de Caso	11-14-00	12-21-00	4	14
Zona A: Antioquia	11-21-00	12-21-00	4	58
Zona B : Bogotá	11-14-00	12-21-00	4**	92
Zona C: Cundinamarca	12-07-00	12-21-00	4	17
Zona D: Valle-Cauca	11-20-00	12-21-00	4	69
* En la ruta 6, inicia el supervisor el 11-20-00 y el encuestador el día 11-27-00				
** La zona Bogotá, inició con 18 personas, dado que esta zona se inició como parte de la práctica de la capacitación, entre el 11-14-00 y el 11-17-00, quedando a partir del 11-20-00, 4 personas.				

La pérdida de muestra, mencionada anteriormente, tuvo diversas razones entre las cuales cabe señalar problemas de orden público, rechazos de la encuesta, instituciones que hacían parte de la base utilizada como universo, pero no existen, o se encontraban en liquidación, o no prestaban servicios de salud en el momento de la encuesta.

2.1.8.2 Proceso de Crítica en Campo

El proceso de crítica en campo estuvo bajo la responsabilidad de los supervisores en campo, a los cuales se les retroalimentó constantemente desde la sede central del Proyecto, ante sus solicitudes de aclaraciones y problemas surgidos en el diligenciamiento de los formularios. Estos problemas tuvieron diferentes orígenes, como son la renuencia por parte de las instituciones de dar información, especialmente financiera, y limitaciones del formulario por su extensión y complejidad.

2.1.8.3 Captura de la Información y Crítica en Captura y Digitación

Para la captura de la información se hizo un programa de captura inteligente, el cual el cual hacía verificación de pases y verificación de rangos. Se elaboró un programa por formulario

La captura se realizó en ISSA, un programa de manejo de bases de datos altamente eficiente para este fin, que es un programa versátil e inteligente dado que permite validación de las preguntas al momento de grabar. Tanto el programa de captura como el instrumento utilizado (ISSA), garantizan un procedimiento de filtración de errores en la digitación (error en rangos, pases, etc).

Adicionalmente, durante el proceso de digitación se hizo crítica de la misma por medio de la revisión del 45% de la digitación (con doble digitación). Este porcentaje varió dependiendo de los resultados parciales encontrados.

2.1.8.4 Proceso de Validación

El proceso de validación de la información recogida y con la crítica correspondiente en campo, se hizo cuidadosamente. Siete profesionales fueron responsables de revisar pregunta por pregunta de los formularios diligenciados y a cada uno de los problemas se le dio solución.

La revisión y validación requirió visitas y llamadas a las instituciones verificando y completando información. En el caso específico de Medellín, se encontraron vacíos en la información recogida en 40 instituciones, por lo tanto se realizó un operativo minucioso de crítica y validación con el fin de completarla y recuperarla. En 33 instituciones la información se recuperó a través de los encuestadores y supervisores encargados de esta zona, con respecto a las siete entidades restantes se vio en la necesidad de entrevistarlas nuevamente. Otro caso que cabe mencionar de manera especial, fue el de la ruta Cali - Popayán en donde de las 68 entidades encuestadas se identificaron problemas en 13 que solucionados con entrevistas telefónicas.

Este trabajo de crítica y validación de la información fue fundamental para lograr la conformación de bases de datos de alta calidad y confiables.

2.1.8.5 Proceso de Generación de Tabulados y Validación

Con el fin de continuar el proceso de validación y crítica de la información se realizaron unos primeros tabulados y cruces, en una fase indagatoria de la información, buscando posibles inconsistencias. Este proceso generó información para el equipo de validación encargado de solucionar estos problemas, los cuales efectivamente fueron solucionados.

Finalmente, para el análisis de cada uno de los instrumentos, cada uno de los analistas responsables propuso los cruces fundamentales y todos los cruces adicionales que consideraron necesarios para el análisis.

2.1.9 METODOLOGÍA DE LOS ESTUDIOS DE CASO - FASE I

Para la elaboración de los estudios de caso se realizaron informes de visita en un número representativo de instituciones a nivel nacional que permitieron recoger la percepción sobre su funcionamiento con relación a los procesos de inspección, vigilancia y control, ya sea como entidad controladora o entidad controlada.

Los estudios de caso tuvieron los siguientes objetivos específicos:

- Observar e identificar características comunes y específicas sobre funciones generales y propias de regulación y de IVC en las instituciones visitadas, y observar y analizar los principios de los modelos de operación para organizar el desarrollo de estas funciones.
- Establecer elementos y propiedades relacionadas con funciones y actividades de regulación y de IVC que puedan señalar y describir opciones, fortalezas o debilidades, al interior del SGSSS, o que por relaciones con elementos externos al Sistema, puedan afectar al Sistema en distintos campos y direcciones.
- Conocer características, elementos y propiedades de las funciones y actividades de regulación y de IVC que desarrollan entes externos al Sistema y que puedan ofrecer elementos de valor para las experiencias de regulación e IVC actuales y futuras en el SGSSS.
- Establecer elementos para el análisis y formulación de propuestas sobre el modelo actual de regulación y de IVC en el Sistema, proponer ajustes y la formulación de nuevas propuestas que puedan ser adoptadas por el SGSSS.
- Explorar y evaluar características y propiedades de modelos desarrollados, que permitan que las funciones y actividades de regulación y de IVC posean cualidades de eficiencia, efectividad y eficacia respecto a los principios y propósitos del Sistema.
- Establecer elementos para el análisis del modelo actual de regulación y de IVC en el Sistema.

A continuación se presenta un resumen de la metodología de selección y aplicación de los estudios de caso.

2.1.9.1 Selección de Instituciones

La selección de las instituciones se hizo conjuntamente con la Inteventoría. Los parámetros de selección fueron principalmente los siguientes: i) cobertura regional según división Corpes, ii) que hicieran parte del universo del trabajo de campo, iii) nivel de desarrollo en relación con el SGSSS, iv) que en su conjunto abarcaran todos los tipos de institución del universo de la muestra. El Cuadro 2-6-1 muestra la distribución de las visitas realizadas para la elaboración de los estudios de caso.

**CUADRO 2-6-1
DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTUDIOS DE CASO**

Entidad	No	Región Corpes	Seleccionados
CNSS	1		
MINSALUD	1		
SUPERSALUD	1		

Entidad	No	Región Corpes	Seleccionados
DTS Y DLS	8	1	DTS
		2	• Atlántico
		3	• D.C. Bogotá
		4	• Antioquia
			• Meta
			DLS
		1	• Cartagena
2	• Bucaramanga		
	5	• Leticia	
EPS, ARS, Y ESS	6	2	• EPS IPS ISS
		1	• EPS MONTES DE MARIA
		1	• EPS ARS SALUDCOOP
		3	• EPS ARS PREPAGADA SUSALUD
		3	• ARS – CAJA DE COMPENSACION COMFENALCO ANTIOQUIA

**CUADRO 3-7-1
DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTUDIOS DE CASO**

Entidad	No	Región Corpes	Seleccionados
IPS	6	2	NIVEL I DE COMPLEJIDAD
		3	• Hospital San Juan de Dios - Girón- Santander (público)
			• Unidad de Atención Susalud, Medellín (Privado)
		5	NIVEL II O MEDIANA COMPLEJIDAD
		1	• Hospital San Rafael – Leticia (Público)
			• Clínica Club de Leones en Cartagena (Privado)
		2	NIVEL III O ALTA COMPLEJIDAD
3	• Hospital La Samaritana en Bogotá (Público)		
		• Fundación Valle de Lily –Cali (Privado)	
Entidades Controladoras	19	1 a 5 1,2,3 y 5 1,2,3 y 4	• Contraloría Nacional , 4 departamentales y 4 Municipales • Procuraduría Nacional y 4 personerías municipales • Defensoría Nacional y 4 defensorías departamentales
Regímenes excluidos	4		• Ecopetrol • Magisterio • Policía Nacional • Fuerzas Militares

Entidad	No	Región Corpes	Seleccionados
Superintendencias	6		<ul style="list-style-type: none"> • Bancaria • Servicios Públicos • Subsidios • Valores • Industria y comercio • Sociedades

De las 50 visitas, se realizaron 22 estudios de caso, dado que en algunos objetivos los estudios de caso se realizaron sobre la base de varias visitas. Como ejemplo de esto se menciona las IPS, DTS, EPS, Contralorías, Personerías y Defensorías del Pueblo.

En la muestra de las instituciones visitadas se recogieron todos los ejes propuestos: Política y Gobierno, Dirección y Control, Aseguramiento, Financiamiento, y Prestación de Servicios.

2.1.9.2 Metodología Especifica para cada una de las Unidades de Observación.

Para cada uno de los tipos de unidades de observación institucional (DTS/DLS, Aseguradores, prestadoras, Red de Controladores, Regímenes Excluidos y otras Superintendencias) se diseñó una metodología específica con el fin de abordar los tres ejes fundamentales de análisis (aseguramiento, financiamiento y prestación de servicios). Sin embargo, para la presentación y organización de informes no se diseñaron formatos específicos, con el fin de dejar en libertad al consultor de profundizar en los temas de mayor interés para la investigación. En este sentido los informes de visita constituyen un relato de la realidad percibida por los consultores en campo, cuya interpretación se validó en discusiones internas con los responsables de objetivo. Los informes hacen parte de la prueba documental de cada uno de los objetivos. Para su análisis en profundidad se sostuvieron reuniones con cada uno de los responsables de objetivo que permitieron identificar aspectos críticos de cada caso.

2.1.9.2.1 DTS/DLS

Los objetivos generales del estudio de caso de DLS/DTS, se resumen así:

- Verificar si efectivamente las funciones de IVC están siendo cumplidas cuando se observan desde la acción de las entidades vigilantes o de las entidades vigiladas.
- Evaluar si efectivamente se observan duplicidades limitaciones o antagonismos en le ejercicio de las funciones de IVC, nuevamente desde el punto de vista tanto de las entidades vigilantes como vigiladas.
- Identificar experiencias innovadoras y lecciones para la construcción de políticas de IVC.

El estudio de caso se orientó a observar el comportamiento y grado de adaptación de los procesos relacionados con la función de vigilancia y control sobre el financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios de salud, a las nuevas reglas de juego sobre descentralización de responsabilidades y recursos en los niveles territoriales de la administración pública, de acuerdo con el marco de regulaciones y normas vigentes

2.1.9.2.2 Aseguradores

En cuanto a los aseguradores, cada tipo de institución (EPS,ARS,EAS) contaba con un marco conceptual y metodología específica. Sin embargo los objetivos generales se resumen a continuación. Es importante aclarar que estos temas debían ser explorados por los consultores al interior de la instituciones, sin que esto constituyera una camisa de fuerza para la presentación del informe.

- Estudiar y analizar las características comunes y específicas de las aseguradores de salud
- Funciones generales y específicas de planeación, dirección, control y dependencia jerárquica.
- Funciones generales y específicas de inspección, vigilancia y control en los aseguradores
- Principios de los regímenes para estructurar y organizar sus operaciones.
- Políticas y Estrategias para la ejecución de las funciones.
- Áreas temáticas y procesos críticos para el cumplimiento de objetivos.
- Ámbitos de operación.
- Financiamiento.

Establecer elementos y propiedades con relación a debilidades y fortalezas de las Entidades Adaptadas de Salud, relacionadas con:

- Funciones y actividades de regulación.
- Funciones y actividades de reglamentación.
- Funciones y actividades de IVC.

Conocer características, elementos y propiedades de las funciones y actividades que relacionen las Entidades Adaptadas de Salud con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y que puedan ofrecer elementos de valor agregado, con relación a:

- Funciones y actividades de regulación.

- Funciones y actividades de reglamentación.
- Funciones y actividades de IVC.

Conocer características, elementos y propiedades de las funciones y actividades que relacionen las entidades adaptadas de salud con otros entes externos en Salud, que puedan ofrecer elementos de valor agregado, para las experiencias de regulación y reglamentación en:

- Funciones y actividades de regulación.
- Funciones y actividades de reglamentación.
- Funciones y actividades de IVC.

Establecer elementos para el análisis y formulación de propuestas sobre el modelo actual de regulación y de IVC en las entidades adaptadas de salud, así como los ajustes y la formulación de nuevas propuestas que puedan ser adoptadas por éstas.

2.1.9.2.3 IPS

En el caso de la IPS, se observó detenidamente el funcionamiento de los procesos críticos. Como herramienta adicional para el análisis se pidió la documentación de experiencias exitosas (factores críticos de éxito, dificultades en el proceso, abordaje de estas) y grandes problemas (causas, mecanismos de solución, relaciones con los controladores frente a los organismos de IVC). De manera específica se abordaron los siguientes aspectos: organización, contratación, financiamiento (incluida la facturación), estructura de control de calidad para la prestación de los servicios, participación ciudadana y su relación con controladores; en este último se incluyó la relación con EPS por ser un mecanismo de control importante en relación con la calidad.

2.1.9.2.4 Ministerio de Salud, Superintendencia de Salud y Consejo Superior de Seguridad Social en Salud

El objeto general de los estudios de caso de Supersalud, CNSSS y el Ministerio de Salud consistió en hacer una evaluación de campo y análisis de la Supersalud. Los temas abordados fueron su estructura, los procesos, los soportes de sistemas de información, las estrategias utilizadas, y las necesidades de recursos de ella para desarrollar las funciones de inspección, vigilancia y control, con base en el marco legal vigente; adicionalmente, se definieron en qué actividades debería la entidad contratar auditorías externas para complementar el desarrollo de sus funciones.

La información necesaria para abordar los objetivos y preguntas propuestas se obtuvo a partir de fuentes secundarias y primarias. Con respecto a la información secundaria se utilizaron los resultados del trabajo de campo, en especial los estudios de campo para evaluar el comportamiento de las instituciones con respecto a la SNS con las características organizacionales y operacionales generales de las unidades que fueron observadas durante el operativo de campo, y las bases de datos sobre las regulaciones vigentes, los manuales de procedimientos existentes y los resultados

REPÚBLICA DE COLOMBIA – Ministerio de Salud – Programa de Apoyo a la Reforma de Salud de investigaciones que han adelantado en el pasado en relación con el tema de IVC. Esta información, sirvió de soporte para el análisis del marco regulatorio y normativo y, a su vez para la elaboración de los instrumentos de recolección de información. Adicionalmente, durante el trabajo de campo, se accedió a otras fuentes secundarias, compuestas por los documentos de orden legal, normativo, y a otros documentos internos en los cuales se describen las funciones, procesos y procedimientos que deben desarrollar las DTS y DLS.

Con respecto a la información primaria, durante los meses de enero y febrero del 2001, se sostuvieron entrevistas semiestructuradas con los consejeros del CNSSS y las directivas del MS y la SNS. Para apoyar esta labor se diseñó y concertó con la interventoría del Proyecto tres guías. Las entrevistas se orientaron a conocer la forma como, en la práctica, las tres instituciones se están respondiendo frente a las necesidades de regulación del sector salud y de IVC.

Los resultados de los estudio de caso, se consignó en informes de visita, luego fueron evaluados, utilizando para ello diversas herramientas tales como cuadros comparativos de funciones, diagramas de flujos y relaciones, gráficos de localización, escenarios de eventos, cuadros de comparación, entre otras.

2.1.9.2.5 Red de Controladores

El objetivo de este grupo de estudios de caso fue el de observar el comportamiento de instituciones externas al Sector Salud, que cumplen funciones de inspección, vigilancia y control, incluyendo tres instituciones del nivel nacional: Contraloría, Procuraduría y Defensoría. A nivel territorial se abordaron entidades que cumplen funciones de inspección, vigilancia y control por delegación o competencia propia principalmente en el caso de contralorías y personerías territoriales.

De acuerdo con la propuesta de trabajo, el propósito de los estudios de caso para la Red de Controladores: Contraloría (s), Procuraduría – Defensoría del Pueblo y Personerías, se enfocó a entender las relaciones y operaciones que se dan entre los diferentes organismos de control entre si, y respecto a la Supersalud y frente a las instituciones del Sector Salud. Los objetivos específicos fueron los siguientes:

- A partir de las funciones, competencias y responsabilidades asignadas por ley, identificar y evaluar las relaciones de IVC de estos actores con el SGSS, en forma especial con la Superintendencia de Salud, para analizar las fortalezas, debilidades, sinergias que se dan entre ellos.
- Observar las relaciones que mantienen cada uno de ellos con los otros elementos de la Red de Controladores, establecer identidad y diferenciación de funciones y sinergia entre ellos. Establecer situaciones y efectos que por funciones de IVC de los distintos componentes de la Red de Controladores se tienen sobre los procesos y actividades de IVC que adelante la Supersalud, como agente activo y pasivo frente a cada uno de ellos.

- Evaluar las funciones, competencias y responsabilidades que tiene cada uno de ellos respecto al SGSS; el modelo operacional que ha establecido para abordarlas; los procesos que desarrolla especialmente en IVC para el sector Salud; las estructuras que ha montado; los soportes de sistemas y tecnología de información que emplea para el manejo de información periódica y regulada; los planes y proyectos que adelanta; los recursos con que cuenta; todo lo anterior con referencia al Sector Salud.
- Conocer y analizar metodologías y técnicas de trabajo empleadas para el cumplimiento de las funciones de IVC en general y con profundidad aquellas que pueden brindar aportes para ser aplicadas en el SGSS. Registrar observaciones y sugerencias que al nivel de las experiencias se hayan obtenido, incluyendo los enfoques de auto-control por parte de los entes vigilados.
- Señalar el seguimiento hecho a las formas de participación ciudadana y en correspondencia la normatividad vigente, principalmente en aspectos referidos al Sector de la Salud.
- Estudiar las características de contenidos, operación, procesamiento y empleo que se le da a la información de control y gestión periódica que solicita en general a los entes vigilados sobre los cuales tiene competencia y en particular a los del SGSSS.
- Reconocer y evaluar los recursos, presupuestos y costos de operación con relación a los procesos y actividades de IVC que adelanta sobre entidades del SGSSS. Conocer los indicadores de gestión utilizados al interior de los procesos de IVC que cumple la entidad y a su modelo de operación, que puedan ser aplicados en el SGSSS.
- Conocer y validar fortalezas, limitaciones y sugerencias sobre la normatividad vigente de IVC, respecto a las funciones, competencias y responsabilidades con relación al Sector Salud y en forma particular al SGSSS.
- Indagar desde la perspectiva de cada entidad, la posibilidad de generar sinergias entre ellas y particularmente con la Supersalud, para las funciones de IVC sobre el Sector Salud, señalar ventajas, fortalezas y limitaciones que se tendrían.

2.1.9.2.6 Otras Superintendencias

El propósito de los estudios de caso de las Superintendencias Bancaria, de Valores, Sociedades, Industria y Comercio, Servicios Públicos y de Subsidio Familiar, fue el de conocer sus funciones y como se adecua la estructura, procesos, métodos y sistemas de información al cumplimiento de su labor en materia de inspección, vigilancia y control, evaluando la posibilidad de adaptar algunos de estos procesos al Sector Salud.

Como objetivos específicos se consideraron los siguientes:

- Conocer las funciones, competencias y responsabilidades que tiene cada una respecto a los entes por ellas vigiladas. Caracterizar el modelo operacional que ha establecido para

REPÚBLICA DE COLOMBIA – Ministerio de Salud – Programa de Apoyo a la Reforma de Salud
abordarlas; los procesos que desarrolla especialmente en IVC; las estructuras que ha desarrollado; los soportes de sistemas y tecnología de información que emplea para procesos de IVC y que permite el manejo de información periódica y regulada; los planes y proyectos que adelanta; los recursos con que cuenta.

- Establecer identidad y diferenciación en funciones de regulación y de IVC, con referencia al ámbito o sector de operación, instancias u organismos que participan, mecanismos que delimitan y establecen sinergias entre estas funciones.
- Indagar por las relaciones que mantienen con otras instituciones de IVC y de la Red de Controladores. Identificar formas de operación y sinergias que desarrollan. Conocer situaciones y efectos que se han mantenido en el corto, mediano y largo plazo.
- Conocer y analizar metodologías y técnicas de trabajo empleadas para el cumplimiento de las funciones de IVC en general y en profundidad aquellas que pueden brindar aportes para ser aplicadas en el SGSS. Registrar observaciones y sugerencias que a nivel de las experiencias se hayan obtenido, incluyendo los enfoques de auto-control por parte de los entes vigilados.
- Señalar el seguimiento hecho a las formas de participación ciudadana en la dinámica del sector o ámbito de acción y en correspondencia la normatividad vigente.
- Estudiar las características de contenidos, operación, procesamiento y empleo que se le da a la información periódica de control y gestión que solicita en general a los entes vigilados sobre los cuales tiene competencia.
- Conocer indicadores de gestión utilizados al interior de los procesos de IVC que cumple la entidad y a su modelo de operación, que puedan ser aplicados en el SGSSS, la forma como se generan y administran.

2.1.9.3 Resultados Efectivos del Trabajo de Campo

Como resultado del operativo, se realizaron visitas en 50 de las 52 instituciones propuestas. Los dos faltantes, fueron el Fondo de la Universidad Nacional y la Secretaría de Salud de Cali. En el caso de la Secretaria de Salud de Cali, el rechazo se debió a un paro institucional motivado por la reestructuración del municipio. En el caso de la Universidad Nacional, no fue posible conseguir una cita con la persona encargada del Fondo, la cual se negó sistemáticamente.

Los resultados de ejecución obtenidos muestran un 96% de cumplimiento. Este resultados puede considerarse exitosos, si se tiene en cuenta que los rechazos se debieron a razones ajenas a planeación y logística de la firma consultora.

2.2 FASE II: METODOLOGIA GENERAL

Para la construcción del Nuevo Modelo de IVC se partió del Marco Conceptual trazado durante la Fase I del proyecto.

El desarrollo del Modelo se ocupó en primera instancia de las condiciones básicas que deben ser tenidas en cuenta a la hora de desarrollar un modelo de supervisión; a partir de allí se formula la perspectiva general del modelo propuesto, lo que permitió el desarrollo en cuanto a la presentación del mismo por agentes y funciones y por los ejes del sistema (financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios y salud pública).

Para llegar al desarrollo mencionado se identificaron las debilidades detectadas⁵, la naturaleza de las mismas, las propuestas de solución, los instrumentos para su implementación, los agentes implicados, su coordinación y en algunos casos el esquema de la situación sugerida.

Adicionalmente se elaboró el Esquema de Gestión del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del sector salud basado en los objetivos, principios y lineamientos establecidos en el decreto de creación del sistema.

El Esquema de Gestión determinó y precisó el alcance operativo de las competencias y funciones de los organismos de control, los instrumentos de supervisión, la forma de articulación y difusión de las acciones para llevar a cabo la inspección, vigilancia y control del Sistema y del Sector Salud, teniendo como organismo rector de dichas funciones a la Superintendencia Nacional de Salud, en su papel de articulador y coordinador entre las instancias del nivel nacional y las del nivel territorial que tienen a su cargo el ejercicio de estas competencias, así como de las instancias gubernamentales de control externas al sector salud.

2.3 FASE III: METODOLOGIA GENERAL

La Fase III del proyecto inició el proceso de Asistencia Técnica, el cual correspondió a la Fase III.

Las propuestas planteadas por la Unión Temporal, fueron ampliamente discutidas con los diferentes agentes, mediante reuniones técnicas, presentaciones y entrega de documentos propositivos, especialmente enfocados a apoyar los cambios normativos que requerían las conclusiones del Modelo de IVC propuesto por la Unión Temporal; como por ejemplo se dio con la expedición del Decreto 1280 de 2002.

Es así como desde julio de 2001 se desarrolló la Fase de asistencia técnica, registrando como primera actividad los comentarios que en su momento dado la Unión Temporal realizó a la

⁵ Fase I: Proyecto de referencia. Informes de Objetivo.

REPÚBLICA DE COLOMBIA – Ministerio de Salud – Programa de Apoyo a la Reforma de Salud
propuesta de modificación de la Ley 60 de 1993, que meses después se plasmaron en diferentes artículos de la hoy Ley 715 de 2001.

A partir de Febrero de 2002, después de una decisión conjunta entre el Ministerio de Salud y la Unión Temporal se trazó un plan de asistencia técnica y acompañamiento final del proyecto, en el cual a grandes rasgos se definieron los productos y actividades de finalización del contrato comprendidos principalmente por la realización de los ajustes al nuevo modelo de Supervisión, la selección de instituciones y áreas funcionales para las demostraciones o pruebas piloto de las soluciones propuestas, la elaboración de modelos de actos para la administración, la incorporación de los resultados de las pruebas piloto o demostraciones en el Modelo de IVC, la descripción y selección de las alternativas propuestas, la realización de seminarios institucionales de transferencia y aplicación de las estrategias del modelo.

Adicionalmente a los compromisos trazados se seleccionaron instituciones en las cuales se pudo aplicar las soluciones propuestas y realizaron las demostraciones o pruebas piloto de las mismas. De esta manera el Plan de Trabajo planteado se efectuó de acuerdo con los siguientes agentes y/o actividades: Ministerio de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, Direcciones Territoriales de Salud, Aplicación del Modelo en la coordinación de agentes en particular la Red de Controladores, Elaboración de Modelos de Actos para la Administración y Elaboración del Documento Final del nuevo Modelo de IVC.