



Inter-American Development Bank
Banco Interamericano de Desarrollo
Latin American Research Network
Red de Centros de Investigación
Research Network Working paper #R-426

Efectos de la reforma en salud sobre las conductas irregulares en los hospitales públicos: El caso de Bogotá, Distrito Capital, Colombia

Por

Ursula Giedion*
Luis Gonzalez Morales*
Olga Lucia Acosta*

*Fedesarrollo

Enero 2001

**Cataloging-in-Publication data provided by the
Inter-American Development Bank
Felipe Herrera Library**

Giedion, Ursula.

Efectos de la reforma en salud sobre las conductas irregulares en los hospitales públicos : el caso de Bogotá, Distrito Capital, Colombia / por Ursula Giedion, Luís González Morales, Olga Lucía Acosta.

p. cm. (Research Network working papers ; R-426)
Includes bibliographical references.

1. Hospitals--Colombia--Bogotá--Business management. 2. Hospitals--Colombia--Bogotá--Corrupt practices. I. González Morales, Luís. II. Acosta, Olga Lucía. IV. Inter-American Development Bank. Research Dept. IV. Latin American Research Network. V. Title. VI. Series.

362.11 G862--dc21

©2000

Banco Interamericano de Desarrollo
1300 New York Avenue, N.W.
Washington, D.C. 20577

Las opiniones y puntos de vista expresados en este documento son del autor y no reflejan necesariamente los del Banco Interamericano de Desarrollo.

Si desea obtener una lista de los documentos de trabajo del Departamento de Investigación, visite nuestra página Internet al: <http://www.iadb.org/res/32.htm>

Resumen*

La reforma aplicada en Colombia en el sector salud durante la década de los noventa logró un importante avance en cobertura de la población mediante un nuevo esquema público-privado en la provisión de este servicio. Este trabajo estudia el efecto de las innovaciones institucionales sobre las conductas irregulares en los hospitales públicos de Bogotá. El estudio muestra en primer lugar que hay evidencia de conductas irregulares en los hospitales públicos. Los resultados muestran que en 1998 se perdieron alrededor de un 5% de las horas médicas contratadas como consecuencia del ausentismo injustificado y también que el 60% de las adquisiciones de insumos médicos de una muestra fueron pagadas a precios superiores a los que era posible obtener a través de una organización que ofrece precios negociados con las autoridades del Distrito. Así mismo encuentra que la reforma no logró en todos los casos realizar un verdadero cambio de reglas del juego en el sector. Aquellos hospitales más exitosos en asimilar la reforma, muestran menores niveles de conductas irregulares en el indicador construido en este trabajo.

* Para la realización de este estudio se contó con el apoyo de la Secretaría de Salud de Bogotá y de los hospitales del Distrito que nos brindaron su apoyo. Resaltamos el aporte de los asistentes de investigación Tatiana Apraez, Mario García, Lorena Hernández y Alvaro Muriel. Los autores quieren agradecer a Bill Savedoff, Martha Misas, Fabio Sánchez, Hugo Oliveros, Jairo Nuñez, Juan Gonzalo Zapata y César Caballero por sus valiosos comentarios. El apoyo de Giovanni Cortés fue definitivo en el trabajo estadístico y econométrico. Finalmente hay que destacar la labor de Carlos García en el procesamiento y construcción de las bases de datos.

1. Introducción

En distintas encuestas internacionales, Colombia ha sido señalada como un país afectado severamente por el problema de la corrupción. Esta condición se ha visto agravada en las dos últimas décadas probablemente por la penetración del narcotráfico en casi todas las esferas de la sociedad, en especial en las ramas del poder público, creando en muchos casos un ambiente de tolerancia e indiferencia frente a situaciones como el enriquecimiento rápido y fácil aún a costa de la legalidad. Reflejo de esta situación, es el resultado de una encuesta realizada a principios de la década del 90, donde el 62% de los colombianos considera que la “corrupción está generalizada o muy generalizada” y el 32% de los ciudadanos “confiesa haber incurrido en prácticas corruptas alguna vez en su vida” (Vesga *et al.*, 1992). Así mismo en reciente encuesta a los empresarios, realizada en los primeros meses del presente año, reconocieron que pagan en comisiones alrededor del 12.4% del valor del contrato que logran (Fundación Corona, 2000).

En cuanto al sector de la salud, algunos afirman que la corrupción es hoy el principal problema del sistema de seguridad social en salud en el país (Thoene, 1999). Así por ejemplo, a comienzos del año 2000, se reportó que 20 de las 29 empresas que afilian las personas con capacidad de pago estaban siendo investigadas por la Superintendencia de Salud por supuestas irregularidades en el manejo de los recursos.

No obstante, las evidencias que se tienen de corrupción en el sector de la salud son limitadas, y hasta la fecha no se conoce un análisis sistemático del fenómeno. Los únicos datos disponibles parten de los archivos pertenecientes a la Contraloría General de la República y de la Superintendencia de Salud, que muestran como en esta área se padecen todas las formas de corrupción como son, entre otras, las diferentes modalidades de robo y fraude, la surgida a partir de los trámites con el Estado, aquella derivada de la compra de bienes y servicios, y la generada en los procesos licitatorios para la adquisición de éstos y, más recientemente, todas aquellas relacionadas con el flujo de los recursos públicos hacia las aseguradoras privadas. Algunos consideran que este fenómeno es en parte producto del cambio de las reglas de juego introducidas por el nuevo marco de seguridad social en salud (Thoene, 1999), el que generó nuevos espacios para la corrupción, al tiempo que reducía otros.

La ciudad capital de Colombia, Bogotá, nos brinda un escenario sin par para evaluar el impacto de algunas innovaciones institucionales en las conductas irregulares en el sector hospitalario público. Por una parte, por ser probablemente la ciudad con mayor grado de avance en el desarrollo y puesta en marcha de las reformas del sector salud, y, por otra, porque hay una importante diversidad en la forma como se aplicaron las innovaciones.

En el momento de redactar este informe, el 81.2% de la población bogotana se encontraba afiliada a un seguro de salud, 24 de las 28 aseguradoras más grandes del país estaban operando en la capital, la totalidad de los hospitales públicos operaban bajo una figura jurídica que les concedía autonomía en aspectos tan importantes como la venta de servicios y en menor medida en la contratación de personal. El 71% de sus recursos provenían de la venta de servicios tanto al sector privado como al sector público y la Secretaría Distrital de Salud, ente coordinador de este

sector, se había reorganizado en cuatro oportunidades en lo corrido de la década para adaptarse a las nuevas funciones que le asignaron el proceso de descentralización y la reforma del sector Salud. Estos avances son considerables, si se tiene en cuenta que apenas 5 años atrás, la población pobre dependía totalmente de la asistencia pública para su atención, los hospitales eran manejados en forma centralizada desde la Secretaría Distrital de Salud y la totalidad de sus recursos eran distribuidos de acuerdo a una presupuestación histórica, independiente de la cantidad y calidad de los servicios prestados.

Al tiempo que Bogotá es la ciudad dónde se percibe el mayor impacto de la reforma, se registra una gran diferencia entre los hospitales, de acuerdo con el grado de implementación de las innovaciones institucionales. Así por ejemplo mientras que algunos están logrando financiar una parte importante de sus recursos con contratos de prestación de servicios con las aseguradoras privadas que afilian la población pobre (financiación de acuerdo con la demanda), otros todavía dependen casi en la totalidad de los recursos de oferta, girados directamente a ellos por la Secretaría Distrital de Salud. Estas diferencias en el nivel de implementación de las innovaciones institucionales derivadas de la reforma de salud en Colombia brindan un escenario único para estudiar su posible relación con las conductas irregulares en los hospitales públicos.

Este estudio ofrece evidencia contundente sobre un conjunto de características institucionales que explican las conductas irregulares. La primera sección es esta introducción. En la segunda sección se presentan los rasgos característicos de la reforma del sector salud y su efecto en términos de ampliación de cobertura, de transformación de hospitales en empresas sociales del estado y de mayor participación de la comunidad en la gestión hospitalaria. La tercera sección argumenta la relación entre las nuevas reglas del juego derivadas de la reforma en salud y su incidencia sobre las conductas irregulares que podrían presentarse en los hospitales. La cuarta sección presenta la información obtenida de las tres encuestas realizadas y de las otras fuentes de información consultadas y se aproxima a las variables determinantes de estas conductas irregulares. La quinta sección estudia de manera más rigurosa los determinantes de las conductas irregulares, verificando la relación de las variables asociadas al proceso de compra, las de carácter individual y las institucionales sobre las desviaciones de precios en las compras de los insumos médicos. Finalmente, se presentan las conclusiones más importantes del estudio.

2. Las innovaciones institucionales en el sector de la salud en Colombia

La reforma de 1993 del sector salud en Colombia, respondió a diagnósticos de inequidad, ineficiencia y mala calidad en la prestación de los servicios: Sólo el 20% de la población se encontraba afiliada a la seguridad social en salud, los médicos atendían, en promedio, no más de 2 pacientes por hora, se daba prioridad a la atención curativa y, aunque no existen estudios detallados sobre la calidad de los servicios del sector público antes de iniciarse la reforma es diciente que el 40% de las consultas ambulatorias y el 45% de las hospitalizaciones del país fueron hechas, en 1992, por el sistema privado de salud (Molina y Giedion, 1993). Más preocupante aún es el hecho de que la población asegurada prefería, en muchas instancias, utilizar los servicios de la red privada. En efecto, en 1992, más del 15% de las hospitalizaciones en los centros prestacionales privados en el área rural y el 35% en el área urbana eran atribuibles a

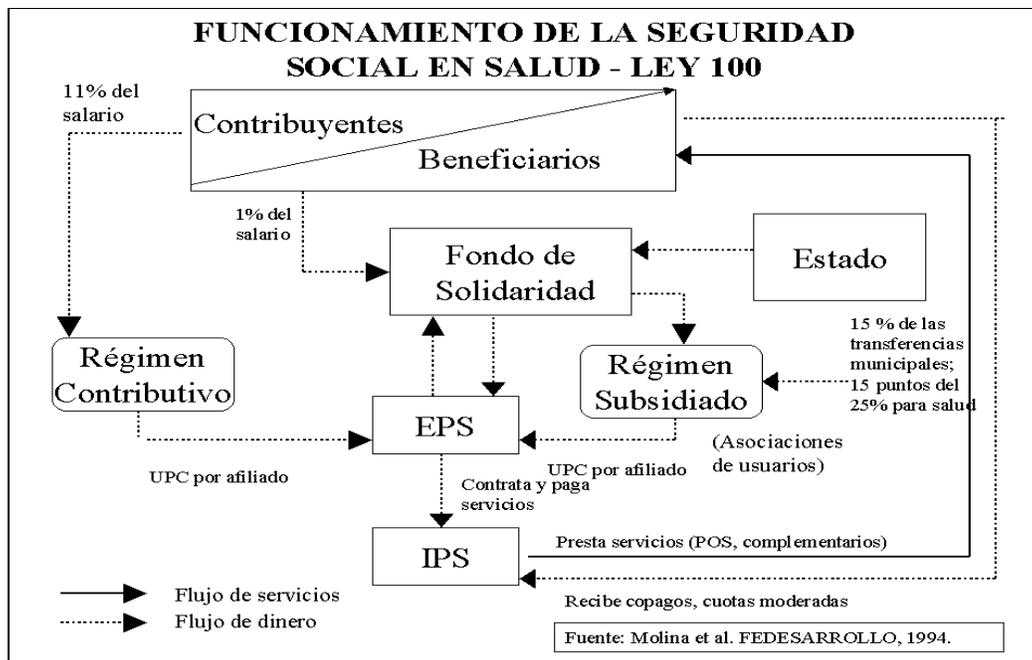
pacientes que contaban con un seguro de salud financiado por el Estado (Harvard School of Public Health, 1995).

Desde el principio fue claro que la razón de la baja cobertura no era tanto la carencia de los recursos sino su deficiente gestión y la forma de asignarlos. Así, se aprobó una reforma que cambió radicalmente la forma de asignar y administrar los recursos de salud en Colombia. En efecto, gradualmente los recursos públicos dejarían de fluir directamente de las arcas del Estado a los hospitales públicos para ser canalizados, en primera instancia, hacia unos aseguradores públicos y privados (“Empresas Promotoras de Salud, EPS” para la población con capacidad de pago, o “Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS”, para la población sin recursos) que buscarían competir por los asegurados negociando contratos de prestación de servicios de buena calidad y de bajo costo con los prestadores públicos y privados. Toda la población se encontraría afiliada de esta manera al así llamado “Sistema General de Seguridad Social en Salud” y disfrutaría del derecho de elegir entre EPS y por ende entre prestadores de servicios. (Gráfico 1).

De esta forma se pretendía poder lograr cobertura universal de la población colombiana con un paquete preestablecido de beneficios. Las innovaciones institucionales más importantes para el sector hospitalario público que se dedujeron de estos cambios, fueron:

i) un nuevo sistema de asignación de los recursos públicos donde se reemplaza gradualmente el presupuesto histórico (recursos de oferta) por un sistema de pago relacionado con el tipo y cantidad de servicios ofrecidos a la población asegurada. En este nuevo esquema, los hospitales dejarían de recibir sus recursos exclusivamente del sector público y se financiarían también de la venta de servicios a los aseguradores privados. De igual manera se estipuló que los recursos de oferta restantes se entregarían contra demostración del volumen de servicios prestados. De esta forma se pretendió operar un cambio en la forma como venían funcionando los hospitales públicos, con el objetivo de estimular una gestión más eficiente y una mayor transparencia y rendición de cuentas frente a los usuarios quienes los premiarían—o no—con sus decisiones de consumo.

Gráfico 1.



ii) la conversión de los hospitales públicos en “Empresas Sociales del Estado”, figura administrativa que los dotó de una mayor autonomía en la gestión de sus recursos humanos y financieros, al igual que de la posibilidad de un control directo de las comunidades sobre su funcionamiento. En efecto, la así llamada “Empresa Social del Estado” (ESE en adelante) constituye una categoría especial de entidad pública “descentralizada con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa”, según define el decreto 1298 de junio 22/94, art. 95. Por ejemplo, las ESE ya no dependen de las entidades territoriales para el nombramiento de nuevos funcionarios. En la justificación del articulado de la reforma se afirma que las principales modificaciones al modelo vigente de funcionamiento de los hospitales incluyen la búsqueda de “entidades [de prestación de servicios] autónomas, solventes y descentralizadas” y, que en las “entidades de prestación de servicios es necesario impulsar una verdadera autonomía para tener plena capacidad de obrar, de contratar y obligarse...; para ello, los hospitales y otros centros hospitalarios podrían transformarse en ESE, y de esta forma sus procesos de contratación quedarían sometidas al derecho privado” (Ministerio d Salud, 1994), esto con el fin de darles mayor flexibilidad en el manejo, condición fundamental para poder competir con los demás proveedores, como pretende la reforma de 1993.

iii) la constitución de una junta directiva en la que hay *amplia representación de la comunidad*, con injerencia en las decisiones de nombramiento y remoción del director de la institución y de control y asesoramiento en su gestión y, finalmente, mayor autonomía del director para contratar el recurso humano necesario. Así, las decisiones ya no se toman a nivel del ente central (Secretaría Distrital de Salud, SDS) sino a través de las juntas directivas constituidas por miembros del hospital, delegados de la comunidad, que son elegidos por votación entre las asociaciones de usuarios que respondan a la convocatoria pública realizada por la SDS, y también por un representante de la SDS.

Hoy, los avances en materia de cobertura logrados con la reforma son incontrovertibles: el aseguramiento, que cubre aproximadamente el 60% de un paquete básico de servicios, alcanza

cerca del 60% de la población total y el 75% de la población más pobre. Más de 200 “ARS” están hoy ofreciendo sus servicios de intermediación a la población pobre en el régimen subsidiado en el país y en Bogotá 30 de ellas están compitiendo por cerca de 1 millón de afiliados. Así mismo, la totalidad de los hospitales de mayor complejidad en el país y todos los hospitales públicos de Bogotá se han convertido en empresas autónomas para adquirir sus insumos, nombrar el personal y elaborar sus presupuestos. La reforma también logró aumentar sustancialmente los recursos sectoriales con el fin de permitir la cobertura universal en salud (Cuadro 1).

Cuadro 1. Sector Salud—Nación y Distrito

Indicadores	Antes de la Reforma (1993)		5 años después (1998)	
	Nación	Bogotá	Nación	Bogotá
% Población total afiliada	24%	30%	60%	81%
% Población pobre afiliada	0%	0%	75%	88%
Número de aseguradores régimen contributivo*	20	2	29	24
Número de aseguradores régimen subsidiado	0	0	243	18
Recursos Públicos total para salud en millones de pesos corrientes de 1998**	1,512.127	171.586	3'654.012	318.753
Recursos de demanda (% del total de recursos públicos para salud)	-	-	31%	38%

*Incluye el Seguro Social para los trabajadores del sector privado y las cajas públicas para empleados públicos

**Tasa de cambio vigente promedio 1998. US\$1 = 1.426 pesos

Pero la implementación de la reforma ha tenido también importantes limitaciones. Por ejemplo, es importante notar que la cobertura en aseguramiento está financiada en su mayor parte con recursos nuevos y sólo una parte muy pequeña con los recursos asignados. En efecto sólo el 17% del situado fiscal, principal fuente de financiación del sector público desde antes de la reforma ha sido “transformado” en recursos de demanda y fluye a las “ARS”. El 83% restante sigue canalizándose directamente a los hospitales públicos originando en no pocas ocasiones asignaciones poco eficientes de los recursos. En Bogotá y a manera de ejemplo, los hospitales de baja complejidad atienden aproximadamente el 12% de la población pobre pero reciben recursos por montos muy similares a los asignados a las Administradoras del Régimen Subsidiado que aseguran un 82% de esta población. Así mismo, sólo el 31% del total de los recursos públicos de salud se asignan como recursos de demanda y el resto se sigue asignando como recurso de oferta. Por otra parte, debido a presiones de varios grupos del sector se ha congelado el proceso de transformación de los recursos de oferta y las perspectivas para aumentar la cobertura en aseguramiento y el contenido del paquete de beneficios para la población pobre son hoy muy limitados. Finalmente, agudizada por una grave situación recesiva de la economía, se está hoy ante una crisis financiera de los hospitales públicos sin precedentes.

Como muestran las anteriores cifras y como se analizará en el curso de este trabajo, los cambios en el sector salud puestos en marcha en Colombia, estuvieron bien concebidos en su orientación pero aún no ha sido posible ponerlos en marcha totalmente por todos los agentes y en especial por los hospitales públicos. Estos hospitales enfrentan restricciones derivadas de una inflexible legislación laboral que protege a los trabajadores y cuyo costo incide en el 70% de los gastos de los hospitales. Por otra parte los incentivos para reestructurarse se han perdido por la debilidad del gobierno para exigir una rápida transición al nuevo esquema y los permanentes salvamentos a los hospitales en crisis. Podría decirse que los cambios organizacionales no han producido en todos los casos nuevas instituciones.

3. Relación entre diseño institucional y conductas irregulares

La corrupción es un fenómeno que por su propia naturaleza es de difícil medición. Colombia se encuentra clasificado dentro de los países donde existe mayor evidencia de prácticas corruptas. La corrupción en el sector público, entendida como el desvío de recursos públicos para fines privados, ha sido documentada año a año por los organismos de control. La Constitución de 1991 fue en su convocatoria el resultado del repudio del movimiento estudiantil a la manera tradicional de hacer política beneficiándose de manera individual de los recursos públicos. En su contenido la nueva Carta, según la opinión de algunos constitucionalistas, existe demasiado reglamentarismo para los funcionarios públicos así como un excesivo celo moralizador, en respuesta a los males endémicos generalizados—corrupción y clientelismo político—secularmente tolerados y auspiciados por el Congreso de la República.

La nueva Constitución también buscó una mayor eficiencia en el uso de los recursos públicos a través de incorporar nuevos principios en materia de provisión de servicios tradicionalmente reservados exclusivamente al sector público. Los desarrollos legales de estos principios constitucionales propiciaron la vinculación del sector privado en varios sectores, como los servicios públicos y la seguridad social.

El mayor volumen de recursos para la salud, la gran cantidad de nuevos agentes incorporados al sector exigía organismos de regulación, vigilancia y control muy fuertes, que hasta hoy no se han consolidado. Por el contrario, hoy se han incrementado las quejas sobre hechos de corrupción. A pesar de lo anterior no se ha adelantado ningún estudio en el país que analice en forma sistemática el tamaño y el alcance de la corrupción en el sector.

Las reglas del juego que introdujo la reforma no fueron asimiladas por los distintos agentes de la misma forma, y ello permite profundizar en su efecto sobre las conductas irregulares. Pero antes de avanzar es conveniente revisar los tipos de corrupción detectados en los hospitales:

Actividades corruptas derivadas de la relación entre médicos y pacientes. Existen varias formas de corrupción derivadas de esta relación. La primera trata de la utilización indebida de tiempo, instalaciones, equipos o insumos para atender pacientes con el interés de generar ingresos adicionales al profesional de la salud distintos a los que recibe de parte del hospital público. Esta modalidad es especialmente común entre los profesionales de la salud que ejercen simultáneamente su profesión de manera privada e institucional y que consiste en que éste se ausenta de su labor contratada para atender pacientes privados fuera o dentro de la institución pública. En este último caso la corrupción no sólo consiste en el robo del tiempo sino también en el uso indebido de las instalaciones, equipos o insumos. Se considera que el mecanismo de pago mediante salarios fijos está estrechamente relacionado con esta forma de corrupción, llevando a bajos rendimientos, pérdida deliberada de tiempo y aún a laborar menos de las horas contratadas, las que en muchos casos son usadas en otros empleos o actividades propias.

La segunda es la solicitud de pagos informales (“under the counter payments”) para efectuar ciertos servicios o acortar tiempos de espera. Esta es una modalidad frecuente en el

sector de los hospitales públicos que encuentra sustento en los crónicos déficit de oferta de servicios y de recursos financieros para asumir adecuada y oportunamente las obligaciones.

La tercera es la inducción de demanda innecesaria. En los hospitales públicos los médicos son pagados en la casi totalidad de los casos por medio de salarios fijos mientras que en los hospitales privados este pago se efectúa en muchos casos por medio de honorarios médicos íntimamente ligados al tipo y volumen de servicios prestados. Se considera que lo anterior genera incentivos diferentes hacia la corrupción, derivada de la generación de demanda innecesaria de servicios. En efecto mientras que el pago por salario no genera un incentivo importante para inducir demanda, el pago por honorarios sí puede llevar a una demanda innecesaria y aún nociva para el paciente.

Finalmente, la cuarta es la derivación indebida de pacientes hacia servicios propios o hacia aquellos de los cuales el profesional recibe beneficios personales. Este comportamiento se conoce en el medio como el “robo de pacientes” entre profesionales o de las listas de espera de las instituciones, hacia sus propios servicios. También se observa la inducción indebida para que el paciente utilice servicios que son prestados por determinados proveedores, en los cuales el profesional tiene intereses propios o recibe beneficios.

Actividades corruptas derivadas de la relación hospital (agente)-financiador. Este tipo de corrupción se refiere a la falsificación o adulteración de facturaciones reportando servicios nunca entregados o modificando la severidad de los mismos (“upcoding”). Este problema, inexistente bajo un sistema de presupuestación histórica donde el hospital nunca generaba facturas para recibir sus recursos, se volverá cada vez de mayor importancia en Colombia a medida que los hospitales públicos reciban sus recursos contra demostración de servicios prestados a la población afiliada. En la actualidad el Ministerio de Salud está tratando de cambiar su sistema de entrega de los recursos de oferta para la población no afiliada, de un sistema de presupuestación histórica a un sistema de entrega contra demostración de servicios rendidos. Aunque esto tiene claros beneficios en términos de sus incentivos hacia una mayor productividad, genera también grandes problemas de control y vigilancia, que para el caso colombiano se hace más evidente al estar centralizado en la Superintendencia Nacional de Salud el control de la información sobre servicios prestados en cerca de 1.000 instituciones de prestación de servicios dispersas en todo el país.

Actividades corruptas derivadas de la relación hospital (agente)-proveedor de insumos. Se trata de la exigencia por parte del personal hospitalario o el ofrecimiento por parte de los proveedores de insumos y equipos de cualquier tipo de beneficios personales a cambio de efectuar determinadas adquisiciones. Esta modalidad de corrupción es muy similar en su forma y mecanismo de operar a la observada en cualquier otra rama del sector público, generándose beneficios de manera pasiva (prebendas o regalos no solicitados) o activa cuando abiertamente son solicitados al proveedor por el funcionario. Como los insumos y dotación hospitalaria son por lo general de características muy específicas es bastante frecuente que se tenga que recurrir al concepto técnico de los profesionales de la salud los que son seducidos por los proveedores mediante una infinidad de mecanismos sutiles. Este es el caso de la adquisición de tecnología biomédica de punta en la cual el concepto médico es determinante para su adquisición.

Otras actividades corruptas. La ausencia injustificada del personal médico, contratado para cumplir con un horario y una programación en el hospital, se considera también una forma de corrupción, en no pocos casos tolerada y justificada por los tradicionalmente bajos salarios del personal médico. Otra forma de corrupción es el robo abierto de insumos por parte del personal hospitalario. Es ésta una modalidad bastante frecuente conocida como hurtos continuados, que se presenta como consecuencia del alto costo y del bajo volumen de muchos de los insumos hospitalarios, que permiten ser retirados en pequeñas cantidades en los bolsillos del funcionario, sin que esto se haga evidente por la facilidad con que estos son cargados a la cuenta del paciente. Esta circunstancia se puede ver facilitada por el hecho de que en muchos casos quien solicita el insumo para el paciente generalmente es quien lo aplica o utiliza.

Este trabajo exploró varios de estos tipos de corrupción en las encuestas de percepción realizadas a una muestra representativa de los 32 hospitales analizados, y profundizó en la corrupción que tipifica el ausentismo médico injustificado y las brechas en los precios a los cuales se adquieren los insumos.

Existe creciente consenso de que los factores institucionales que regulan las condiciones del hospital como agente, con las de la comunidad o la secretaría de salud como principal (representadas en las juntas directivas de los hospitales) afectan los niveles de corrupción. Esta premisa proviene en gran medida de la teoría principal/agente que parte del supuesto que surgen ineficiencias cuando hay delegación de funciones del principal hacia el agente debido a que ésta implica diferencias en los objetivos del principal y el agente y además ambos poseen diferentes niveles de información sobre los eventos.

Estas ineficiencias se reducen en la medida en que la estructura de incentivos existente lleva a alinear los intereses del principal y del agente y en la medida en que se aumenta la transparencia y rendición de cuentas (“accountability”). Esto último se logra a través de una combinación de factores como: la concesión de autonomía al agente, la obtención de información sobre el producto del agente y el otorgamiento de control a las partes interesadas.

Las innovaciones institucionales introducidas en el sector hospitalario público colombiano apuntan justamente a estos tres elementos al aumentar la autonomía de los hospitales, al ligar la entrega de los recursos públicos contra demostración de los servicios efectivamente prestados y no en función de los insumos gastados y al crear unas juntas directivas en los hospitales compuestas por los principales más importantes que son la secretaría distrital de salud y la comunidad. En los siguientes párrafos se indagará con mayor profundidad acerca de la relación entre estos elementos y la ocurrencia de conductas irregulares.

Autonomía

Existe una percepción manifiesta, no siempre bien fundada, de que la autonomía “es buena”, aunque los estudios para evaluar el impacto de la misma en sus diferentes ámbitos son apenas incipientes. Entre las ventajas de una mayor autonomía en la gestión de las instituciones, se encuentra la de poder tomar decisiones con más información, más rápido y con una mayor responsabilidad local frente al desempeño de la institución, confiere la capacidad para mejorar su

situación general y financiera (Walford, 1998). Con estas ideas en mente sería posible considerar que una *mayor autonomía hospitalaria* implica un *menor nivel de conductas irregulares* ya que los directivos del hospital tendrían supuestamente más incentivos de controlarlas al tener que asumir directamente y en forma autónoma las consecuencias de las mismas y además mayor discreción de tomar decisiones. En efecto, si se consideran las dos formas de conductas irregulares que son objeto central del presente estudio, se podría pensar que el *ausentismo* y la *variación de los precios de insumos* son menores cuando el hospital tiene mayor control sobre el recurso humano.

A pesar de lo anterior existen también argumentos en contra de la autonomía hospitalaria, que radican en la dificultad de establecer los límites entre la libertad de acción que confiere la autonomía asignada supuestamente por el *principal* (el gobernante que eligió al director) al *agente* (director de la institución), en un ámbito en donde la asimetría de la información, producto de su carencia, complejidad y fácil manipulación, impiden un adecuado control del *principal* sobre el *agente*. Esto nos lleva a concluir que la autonomía no puede ser analizada separadamente de los demás elementos de la *accountability*. En efecto sería de esperarse que la autonomía, si no está acompañada de otros factores como el monitoreo del agente por parte del principal, unos mecanismos adecuados de vigilancia y control, o competencia con otros proveedores, sería la peor opción.

Generación, uso de información y participación de las partes interesadas

Para que la transparencia sea un hecho real, debe darse como condición fundamental la existencia de información clara, completa y oportuna ya que sólo así el principal puede monitorear las acciones del agente y evaluar si están alineadas a sus intereses. Ahora, la eficacia de la información como un mecanismo de control de las conductas irregulares está relacionado con el *uso* que se le da, que va desde la simple generación y publicación de la misma hasta la asignación de recursos en función de ella. Dentro del marco de este estudio interesa analizar hasta qué punto la existencia de información y el uso que se le da influye en las conductas irregulares.

Para que la transparencia sea un hecho real, las partes interesadas deben también participar de alguna manera en la toma de decisiones, y para ello deben comprender la necesidad de la información para ejercer su participación. Se esperaría que la constitución de una junta directiva con representación de la comunidad, su operación efectiva, el disponer de unas herramientas básicas de gestión así como el financiamiento ligado a los resultados en un escenario donde los hospitales públicos tienen que competir por los recursos con otros proveedores, lleven a un mayor control social y a una mayor responsabilidad de las directivas de la institución frente a sus resultados, lo que por ende conduciría a estimular el control sobre las conductas irregulares. No obstante lo anterior, la función de control social que pueden ejercer las comunidades, tendiente a exigir una mayor transparencia y rendición de cuentas en la gestión pública, puede verse menoscabada por problemas tales como la asimetría de información y la captura de las juntas directivas por grupos particulares, y que en muchas ocasiones no representen de manera adecuada los intereses de la comunidad. Estas condiciones, sin embargo, mejoran en la medida en que madura la organización de la comunidad, luego de la apertura de estos espacios de participación y siempre que los organismos de supervisión ejerzan un adecuado control y un apoyo continuo sobre estos procesos, como se explica a continuación.

Vigilancia, control y sanción

Una condición fundamental para combatir la ocurrencia de conductas irregulares es la eficacia de mecanismos de vigilancia y control. Sin ellos, no es posible asociar ningún riesgo al hecho de incurrir en comportamientos irregulares, generándose por lo tanto importantes incentivos para llevarlos a cabo. Esta función se ejerce en varios niveles. En primer lugar los distintos cargos jerárquicos, hasta llegar al Director supervisan el cumplimiento de las funciones de cada empleado. Simultáneamente los organismos internos especializados—oficinas de control interno, auditorías, contralorías, revisorías fiscales—vigilan el desarrollo de las tareas de cada individuo. Con carácter posterior, los organismos de vigilancia y control del sector público realizan el control financiero de los actos.

Estos distintos niveles de vigilancia, control y sanción requieren de una gran coordinación. La sanción al detectarse una conducta irregular en todos ellos, aunque de carácter diferente, se constituye en un poderoso mecanismo de control ante la corrupción. Estos procesos requieren información objetiva, procesos claros de investigación y fallos incuestionables.

En cuanto a las distintas conductas corruptas que se pueden presentar en las instituciones hospitalarias, es sensato pensar que su campo de acción se reducirá si existe un entorno con mecanismos de vigilancia, que gozan de legitimidad y respeto entre la comunidad, en razón a que su accionar es transparente y efectivo.

Los puntos anteriores permiten plantear que en el contexto de la reforma al sector, es racional esperar que las conductas irregulares sean una función inversa del grado de autonomía, de información, de voz de los principales en las decisiones y de la existencia de mecanismos de vigilancia y control.

4. Fuentes de información, y primeros resultados

Fuentes de información

Esta sección ofrece una descripción de las fuentes de información utilizados y una primera lectura de los datos recogidos. El Cuadro 2 resume la información recogida y el uso de la misma en este estudio.

Cuadro 2. Fuentes y Uso de la Información

Fuentes de información	Uso de la información	Observaciones	No. Hospitales
Entrevistas a informantes claves y corroboración in situ si posible. Información. Mezcla de datos verificados y percepción.	Evaluación de la implementación de principios básicos de gestión pública	128	32
Aplicación de una lista de chequeo a los procesos de adquisición de los insumos.	Evaluación de la transparencia y rendición de cuentas en los procesos de adquisición de insumos	29	29
Encuestas al personal hospitalario mediante selección de una muestra probabilística significativa al nivel de cada hospital *	Percepción del personal hospitalario respecto a los principales tipos de corrupción y funcionamiento de los mecanismos de vigilancia y control	860	32
Censo a enfermeras de todos los hospitales públicos de Bogotá *	Evaluación y cuantificación del ausentismo médico	130	31
Construcción de base de datos sobre precios de adquisición de 6 insumos y otras variables asociadas al proceso de compra, a partir de los archivos de suministros para 1998.	Construcción de proxies de corrupción en la adquisición de insumos médico quirúrgicos	549	29
Red Salud-Base de datos precios de referencia de insumos médico quirúrgicos	Establecer diferencia entre precios de referencia y precios de adquisición en los hospitales públicos	6 precios de referencia	-
Características personales de los jefes de compra			22
Presupuestos hospitalares	Construcción de indicadores de autofinanciamiento	32 presupuestos	32

*Los formularios de la encuesta de percepción y la evaluación del tiempo de trabajo de los médicos se presentan en los Anexos 1 y 2. El diseño metodológico de las dos encuestas se encuentra en el Anexo 3.

Cómo se dijo atrás en Bogotá, capital del país, fue la ciudad donde se aplicó con mayor fuerza la reforma. Por esta razón, así como por el interés de la Secretaría Distrital de Salud, (SDS) de profundizar en el conocimiento de los hospitales que coordina, se decidió realizar la investigación en los 32 hospitales que conforman la red pública de la SDS, contando con el conocimiento previo que había permitido un trabajo sobre eficiencia también contratado por la SDS (Giedion y Morales, 1999).

Se realizaron, en primer lugar entrevistas a informantes claves dentro de cada hospital (gerente, director administrativo, jefe de personal y al jefe de control interno disciplinario), con el fin de evaluar la implementación de la reforma, explorando el grado de autonomía, la participación de la comunidad, la capacidad para rendir cuentas y la vigilancia y control internos y externos en cada hospital. Las respuestas dadas a estas entrevistas constituyen información

tanto de percepción como de datos verificables. En efecto, en la medida de lo posible se corroboraba lo afirmado por los informantes en los archivos correspondientes. Se verificaron los procesos para proveer un cargo y para realizar una compra principalmente. Así mismo se aprovechaba las entrevistas para obtener información directa respecto a la composición de la fuerza laboral en términos del tipo de vínculo laboral (planta/contrato), el número y resultados de las evaluaciones hechas al personal, el número de procesos disciplinarios adelantados y llevados a término y la disponibilidad de algunas herramientas básicas de gestión.

En segundo término se evaluaron los procesos de adquisición de insumos a través de la aplicación de una “lista de chequeo” que permitió establecer la transparencia en los procesos de adquisición de los mismos al determinar si en cada una de las organizaciones hospitalarias existían los instrumentos y condiciones mínimas para la adquisición de los mismos como por ejemplo la existencia de kardex o de planes de compra

Otro instrumento utilizado fueron las encuestas. Se aplicaron dos formatos en cada hospital. Una encuesta que denominamos “*de percepción*”, en la cual se indaga sobre la existencia de algunos tipos de corrupción, su frecuencia y razones aparentes; los mecanismos de vigilancia y control existentes y la actitud de los funcionarios frente a éstos hechos anómalos. El formulario de esta encuesta, aplicado una muestra representativa de los 8.256 funcionarios de carácter asistencial y administrativo de los hospitales del distrito, se presenta en el Anexo 1. En el agregado se logró una tasa del cumplimiento del diligenciamiento del 95%, lo que es una tasa bastante aceptable, más aún para una encuesta autodiligenciada. Los detalles de la selección de la muestra se presentan en el Anexo 3.

La segunda encuesta, adelantada en forma de censo a las enfermeras de todos los hospitales públicos de Bogotá, es el “*tiempo de trabajo del personal médico*”, con la cual se buscó conocer cual es la extensión, magnitud e implicaciones del ausentismo médico en los hospitales; percibir las posibles causas por las cuales los médicos se ausentan y determinar la existencia, operatividad y efectividad de los mecanismos de vigilancia y control diseñados para evitar esta conducta. Esta encuesta entregada a todas las enfermeras jefes de servicio en los hospitales fue sabotada por un grupo de enfermeras de varios hospitales y aunque se recibieron 395 formularios autodiligenciados, sólo fue posible utilizar 130 de ellos después de someterlos a crítica y validación. La resistencia de algunas enfermeras a colaborar con este proceso, en algunos casos por temor a ser señaladas como deladoras y en otros por solidaridad con sus compañeros de trabajo, los médicos, hace suponer que el ausentismo presenta niveles superiores a los obtenidos.

Con el fin de construir una proxy sobre corrupción en la adquisición de los insumos médico quirúrgicos, se revisaron los archivos de adquisición de insumos de 1998 en la totalidad de los hospitales identificándose los precios de adquisición para 6 insumos así como otra información relevante respecto al proceso de adquisición de los mismos (fecha, forma de pago, etc). Esto permitió obtener una base de datos validada de 549 observaciones para el año de 1998. Los insumos utilizados en este estudio fueron seleccionados teniendo en cuenta criterios como su homogeneidad en términos de características tales como presentación, calidad y uso, además de que representarán el mayor volumen individual frente a las compras totales en la institución. Los insumos fueron: dicolefenaco sodico SLN INY 75mg/3ml, Gentamicina SLN INY 80mg/2ml,

Lidocaina 15 S/E SOL INY 50 ml, Penicilina G cristalina INY 1'000.000UI, Jeringas desechables de 5ml C/A y guantes de latex para examen diferentes tallas.

Por ultimo se obtuvo información secundaria de los hospitales públicos acerca de las características de los jefes de compra (ingreso y género entre otros) sus gastos e ingresos y de la ONG Red Salud para establecer los precios de referencia para adquisición de los insumos a analizar.

Para efectos de relacionar las conductas irregulares con diferentes variables institucionales e individuales se construyó una matriz con 459 observaciones con información completa para la totalidad de las variables analizadas. Estos datos pertenecen a 22 hospitales. Diez hospitales y 90 datos de precios se perdieron al no haberse obtenido información acerca de las características de los jefes de compra. Algunos indicadores sólo se utilizaron para el análisis descriptivo mientras que otros sirvieron para verificar la consistencia entre los distintos grados de avance en desarrollos institucionales derivados de la reforma en el sector y las conductas irregulares.

Lectura de resultados

Percepción General de la Corrupción en los Hospitales del Distrito. Con la encuesta de percepción de conductas irregulares, se construyó un indicador de percepción medido como el porcentaje del personal hospitalario que percibe alguna o varias formas de anomalías (ausentismo, robo, irregularidades en la adquisición de insumos, pagos informales y uso indebido de las instalaciones hospitalarias por parte del personal médico asistencial).

La encuesta de percepción sobre la existencia de actividades irregulares en los 32 hospitales del Distrito encontró que el 55% del personal encuestado percibe que éstas existen en su respectivo hospital. A juicio del personal el incumplimiento del horario por parte de los médicos y los malos manejos en las compras de insumos son las irregularidades que se presentan con mayor frecuencia, sin que existan diferencias significativas ni entre hospitales ni entre el personal catalogado como administrativo o asistencial. (Cuadro 3).¹

¹ El tipo de cambio promedio de 1998 fue US\$1 = 1.426 pesos)

Cuadro 3. Conductas Irregulares más frecuentes en los Hospitales

CONDUCTA IRREGULAR	# de Respuestas Personal Administrativo y Asistencial	% del total de personas ^{1/} que identificó conductas irregulares	% sobre total de respuestas de la muestra
1. Incumplimiento injustificado de horario por parte del personal médico	185	38%	
2. Malos manejos en la compra de materiales y equipo	190	39%	
3. Robo de materiales y equipo de trabajo	78	16%	
4. Utilización no permitida de equipos, instalaciones y material de atención	24	5%	
5. Cobros no permitidos a pacientes	5	2%	
Personal que menciona conductas irregulares	482	100%	55%
Ninguna de las Anteriores	395		44%
No responden	9		1%
TOTAL RESPUESTAS DE LA MUESTRA	886		100%

1/ Sobre el total de personas (médicos, enfermeras y personal administrativo) que identificó alguna conducta irregular en el hospital

Fuente: Encuesta de percepción sobre conductas irregulares.

Respecto a lo que pasó antes de iniciarse la reforma, el 59% de los encuestados considera que hoy la ocurrencia de hechos irregulares en los hospitales públicos es menor mientras que el 27% de los encuestados no perciben ningún cambio frente a la situación anterior y sólo el 14% percibe mayores niveles de conductas irregulares. Este último dato es alentador en el sentido de que, por lo menos en el ámbito hospitalario, la percepción frente a la corrupción parece haber cambiado, aunque puede existir algún sesgo en esta pregunta ya que las personas no necesariamente recuerdan bien lo que pasó en el pasado (hace 5 años).

Con base en estos resultados de la percepción del personal de los hospitales se profundizó el análisis de las dos conductas irregulares más señaladas: los malos manejos en la compra de materiales y equipo y el incumplimiento injustificado del horario por parte del personal médico.

Malos Manejos en la compra de materiales y equipo. Para medir las conductas irregulares asociadas a la adquisición de insumos se construyó una *proxy* con información acerca de las variaciones de precios que resultan al comparar los precios unitarios pagados con los precios unitarios ofrecidos por Red Salud para una muestra de insumos.

Es de anotar que desde hace tres años, la Secretaría Distrital de Salud contrata a Red Salud² con el fin de lograr convenios con los laboratorios y/o distribuidores de medicamentos para obtener un mejor precio de compra. En promedio, se acuerda un precio para alrededor de 185 medicamentos y 9 insumos médico-quirúrgicos. Este acuerdo es enviado a los Gerentes y Jefes de Compra de cada uno de los treinta y dos hospitales del Distrito, suministrando

² Red Salud es una ONG conformada desde hace 10 años por las Asociaciones de Hospitales Públicos del País. Actualmente agrupa a 500 hospitales sin contar con los hospitales del Distrito, porque éstos no han podido conformar una asociación en la capital.

información de los medicamentos negociados, el proveedor, precio unitario pactado, posibles descuentos y tiempo de entrega. El precio unitario acordado tiene vigencia de un año y no varía con el volumen de compras que realiza el hospital.

Los medicamentos fueron seleccionados teniendo en cuenta criterios como su homogeneidad en términos de características tales como presentación, calidad y uso. Se seleccionaron:

- 1) Penicilina G cristalina INY 1'000.000UI;
- 2) Jeringas desechables de 5ml C/A;
- 3) Guantes de látex para examen diferentes tallas.
- 4) Diclofenaco sódico SLN INY 75mg/3ml;
- 5) Gentamicina SLN INY 80mg/2ml;
- 6) Lidocaina 15 S/E SOL INY 50 ml;

Al comparar la información obtenida del proceso de compra en los hospitales con los precios de referencia de los convenios, se observa en el Cuadro 4 que la variación de precios es importante para la totalidad de los insumos. Con excepción de la lidocaína los promedios de adquisición de los insumos están por encima de los precios que les están disponibles a los hospitales vía Red Salud.

Cuadro 4. Indicadores de Precios de los Insumos Seleccionados

Pesos de 1998

Descripción	Penicilina	Jeringas	Guantes	Diclofenaco	Gentamicina	Lidocaina
MIN	260	49	66	170	36	410
MAX	950	428	160	980	1425	3,814
PROMEDIO	467	124	88	303	425	2,515
DESVST.	167	43	15	127	282	1,069
COEFVAR	0.36	0.35	0.18	0.42	0.66	0.43
PRECIO RED SALUD	392	105	69	195	298	2,573

Fuente: Cálculo de los autores con base en la base de datos con las compras realizadas durante 1998 por los hospitales del Distrito y Precios de Referencia del acuerdo con Red Salud.

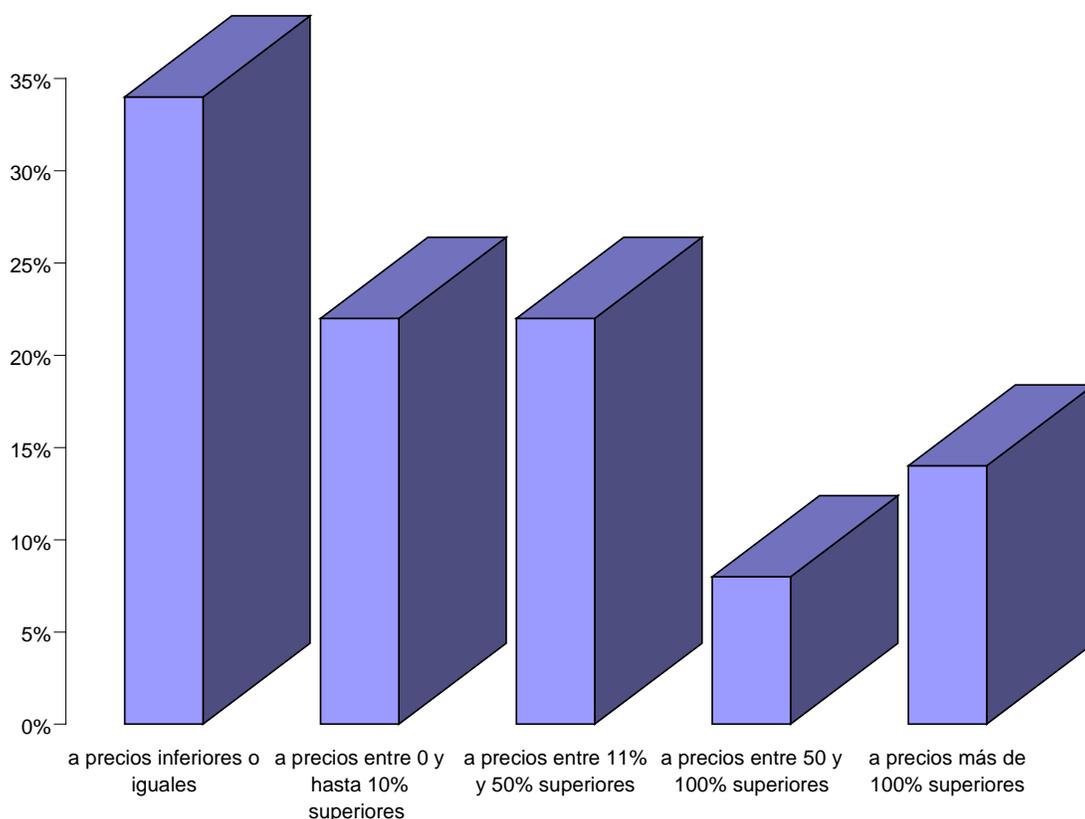
Es muy difícil afirmar que la totalidad de las desviaciones se deben a corrupción en el manejo de adquisición de los insumos. Podría tratarse de una deficiente gestión que implica sobre costos en los procesos de compra. Muchos hospitales no disponen ni de unos elementos mínimos para manejar la adquisición de insumos. No sorprende que los directivos de algunos hospitales justificaron estas desviaciones diciendo que se les “acabaron las existencias lo que los obligó a comprar los insumos en la farmacia más cercana a precios muy altos”, o “no hay recursos en el hospital por lo que los proveedores nos cobran más caro”.

Sin embargo, la presunción de que existen conductas irregulares en la adquisición de insumos en Colombia no es fortuita y responde a la aparición periódica en los medios de comunicación de denuncias e investigaciones respecto a esta práctica. Las denuncias van desde la adquisición de insumos de mala calidad o en cantidades exageradas hasta la aceptación de regalos y pagos informales por selección de determinados contratos. Las encuestas con los informantes clave mostraron también una gran debilidad de los mecanismos de gestión y de control de los

procesos de compra. Los resultados de las encuestas de percepción presentados anteriormente corroboraron esta situación al reportar las conductas irregulares asociadas a la adquisición de insumos, como una de las prácticas anómalas más comunes.

Como se puede apreciar en el Gráfico 2 sólo el 34% de las adquisiciones se hicieron a precios iguales o inferiores a los precios de referencia, el 22% se realizó con sobrepagos de hasta el 10%, otro 22% con sobrepagos entre un 11% y un 50%, el 8% a precios mayores entre un 51% y un 100% a los precios de referencia; y finalmente un 14% con sobrepagos de más del 100%.

Gráfico 2. Distribución de las compras de los 6 insumos, según si se pagaron precios inferiores, iguales o superiores a los de RedSalud



El Cuadro 5 compara el valor total pagado por cada insumo durante 1998. Si los insumos analizados se hubieran comprado a los precios negociados con los laboratorios a través de Red Salud, el ahorro de todos los hospitales hubiera sido de CO\$56 millones de pesos, cerca del 11% del total invertido en la compra de estos insumos. Si se supone que este porcentaje representa la pérdida promedio en las compras de todos los insumos hospitalarios de un año, y dado que el gasto en suministros representa alrededor de un 10% del presupuesto hospitalario, se derivaría una pérdida total aproximada de CO\$3.025 mil millones en Bogotá. Una idea de lo que representa

este cálculo conservador, es que con estos recursos podrían afiliarse cerca de 24.000 personas pobres adicionales a la seguridad social en salud.

Cuadro 5. Sobre costos en las compras realizadas en 1998
Millones de CO\$

Insumo	Valor total de Adquisición de las compras de 1998 (1)	Valor Red Salud estimado (Cantidad comprada reportada por precio Red Salud) (2)	Diferencias (3)= (1)-(2)
Diclofenaco	21,1	17,6	3,5
Gentamicina	22,5	20,1	2,4
Lidocaina	35,8	34,5	1,2
Penicilina	27,6	29,6	(2,0)
Jeringas	67,1	62,9	4,3
Guantes	309,0	262,3	46,7
Total	483,3	427,1	56,2

Fuente: Base de datos con las compras realizadas durante 1998 por los hospitales del Distrito y Precios de Referencia del acuerdo con Red Salud. (Tipo de cambio promedio 1998: US\$1 = 1.426 pesos)

Incumplimiento injustificado por parte del personal médico. La evidencia anecdótica sobre la existencia del ausentismo médico en los hospitales públicos fue señalada en las encuestas de percepción y posteriormente cuantificada en el censo que se le hizo a la totalidad de las enfermeras jefes de los distintos servicios asistenciales. En la encuesta de percepción el 34% del personal encuestado con una tasa de no respuesta del 17% percibió que el personal médico incumplió con sus horarios de trabajo.

En cuanto al censo de enfermeras, los resultados muestran que a nivel general, el promedio de las tasas de ausentismo injustificado, medidas como el porcentaje de horas programadas, no trabajadas y obtenidas del censo a las enfermeras (Anexo 2 y 3) es de 5.7%.

En razón de los problemas surgidos a la hora de recolectar la información acerca del ausentismo médico es de esperarse que estas cifras subestiman un problema, que por lo menos, de acuerdo a la evidencia anecdótica es generalizado y es necesario que estudios posteriores profundicen en este tema. Con estas limitaciones en mente se hizo un cálculo sobre el costo directo de este fenómeno el cual arrojó un total de CO\$2.575 millones, para Bogotá equivalente aproximadamente a 1 millón de dólares anuales, lo que representa el 1% del gasto total en los hospitales del Distrito. Esta cifra no es tan baja al considerar que si bien el gasto de personal total supera el 70% del total, el del personal médicos sólo representa una quinta parte de éste (Anexo 4).

El 61% de las enfermeras que autodiligenciaron la encuesta respondieron que la *modalidad* más frecuente de ausentismo médico, era “llegar después de iniciado el turno”; el 15% respondió “abandonar sin justificación el turno antes de terminarlo”, situación que en muchos casos está asociada a la existencia de varios empleos con horarios consecutivos en lugares distintos.

Al indagar a las enfermeras censadas, sobre cuáles creen ellas que son las principales causas por las que se están presentando estas situaciones entre los médicos, el 40% manifiesta como razón principal la “tolerancia de estas situaciones en el sector público de salud”; el 39% la “inoperancia de las medidas de vigilancia y control” y sólo el 12% de las enfermeras señala a las “bajas remuneraciones” como la causa que explica estas conductas. Este resultado es importante en la medida en que este último es uno de los principales argumentos que se ha utilizado para tratar de explicar la presencia en los médicos de varios empleos con horarios sucesivos.

Igualmente, como consecuencia de estas anomalías de los médicos en el cumplimiento de sus horarios, las enfermeras consideran que ello trae consecuencias para la institución, como son “el atrasar o dificultar las actividades en los tiempos y en la forma prevista” (27%) generando obviamente mayor ineficiencia en la utilización de los recursos públicos, “generando mala imagen para la institución” (26%) y “bajando la calidad de la atención” (26%), circunstancias ante un escenario de competencia entre proveedores de servicios como el que crea la reforma de 1993, le restan oportunidades a los hospitales públicos.

Determinantes de las Conductas Irregulares. Los hospitales públicos de Bogotá no constituyen un conjunto homogéneo de hospitales en términos de su avance institucional y de los niveles de conductas irregulares estudiadas en este trabajo, a pesar de que todos enfrentan las mismas reglas de juego. El diferente nivel de desarrollo logrado luego de la reforma en salud de 1993, es el resultado de presentar diferentes restricciones, o al menos distintos grados de éstas, que pudieron superarse en mayor o menor medida, con el nuevo esquema institucional de la reforma. En consecuencia, en los hospitales se encuentran distintos esquemas de organización que implican diferentes grados de autonomía, de transparencia y gestión, y de vigilancia y control.

A continuación se presenta una primera lectura del desarrollo institucional de los hospitales, mediante los indicadores obtenidos de la información recogida a través de encuestas, algunos de los cuales serán utilizados en el capítulo siguiente como variables independientes de las regresiones.

Autonomía. La totalidad de los hospitales del distrito operan bajo el mismo marco normativo, lo que implica que el margen de acción o espacio de decisión formal (Bossert, 1997) es, teóricamente, el mismo para todos. Igualmente, a la luz de la percepción de los directivos de los mismos la autonomía parece ser considerable. En efecto, la mayoría de los hospitales consideran que en el nuevo régimen, el Ministerio de Salud rara vez o nunca interviene en los principales procesos que atañen al funcionamiento del hospital (la elaboración del presupuesto, la contratación de personal o la compra de insumos) en claro contraste con la situación anterior a la descentralización y a la reforma de la salud, donde era el principal actor (Cuadro 6).

Cuadro 6. Autonomía de los hospitales: Frecuencia de Intervención de los organismos de dirección en la elaboración del Presupuesto Anual y en la Compra de Insumos, 1999

Frecuencia de intervención en el proceso	PRESUPUESTO ANUAL		COMPRA DE INSUMOS	
	SDS	Min. Salud	SDS	Min. Salud
Siempre	91%	3%	9%	3%
Algunas Veces	0%	6%	16%	3%
Rara vez	0%	22%	9%	3%
Nunca	9%	69%	66%	91%

Fuente: Entrevistas a informantes clave en los hospitales del distrito.

En cambio, frente a la entidad estatal responsable de la dirección y liderazgo de la salud a nivel *territorial*, la SDS, parece existir menos autonomía. Esto es especialmente manifiesto respecto al proceso de elaboración y manejo presupuestal, donde el 90% de los hospitales perciben una permanente intervención de este organismo.

Esta situación quizás no es sorprendente a la luz de la importancia que en las finanzas de los hospitales públicos siguen teniendo los subsidios estatales provenientes del estado a través de la SDS, puesto que es ella quien aprueba los presupuestos, en un intento por preservar el equilibrio de las finanzas del Distrito, en las cuales el gasto en salud representó, en 1998, el 8%. En este año sólo el 10% en promedio de los ingresos provenían de la venta de servicios a aseguradoras y el 90% restante sigue llegando de la Secretaría Distrital de Salud sea contra demostración de servicios prestados o sea como un subsidio directo. Estas cifras muestran un baja inserción de los hospitales públicos en el mercado considerando que los hospitales públicos sólo participan en un 24% de los recursos del régimen subsidiado (aseguramiento para la población pobre). En 1998 la SDS asignó CO\$90 mil millones para aseguramiento de la población de bajos ingresos, de los cuales sólo CO\$22 mil millones se tradujeron en contratos de venta de servicio con los hospitales públicos del distrito. Estas cifras muestran una muy pobre participación de la red hospitalaria pública, en este caso del distrito en el nuevo esquema de seguridad social de salud. Ahora, es importante notar al respecto que existen grandes diferencias y varió, en 1998, entre 2% y 46% (Cuadro 7). En vista de lo anterior, la autonomía de los hospitales del Distrito estaría dada, no tanto por la figura jurídica de “Empresas Sociales del Estado” que los convierte *de jure* en entidades autónomas, sino más bien por su independencia financiera medida por la financiación mediante recursos diferentes a los asignados directamente por la Secretaría Distrital de Salud.

Cuadro 7. Venta de servicios de los 32 hospitales del distrito a EPS ^{1/} y ARS ^{2/} en % de sus ingresos totales

	1997	1998	1999
Promedio	5%	10%	9%
Mínimo	0%	2%	0%
Máximo	22%	46%	19%
Mediana	3%	8%	8%

1/ Empresas Promotoras de Salud: Aseguradoras en el régimen contributivo.

2/ Administradoras del Régimen Subsidiado.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud.

En cuanto a la autonomía respecto al manejo del recurso humano, la encuesta realizada a los directivos de los hospitales arrojó que el 44% de los directivos considera que la Secretaría interviene “siempre” en la contratación del personal de planta y en el establecimiento de los salarios. Las remuneraciones en el Distrito, son competencia del Concejo—suprema autoridad del distrito con atribuciones normativas y de vigilancia y control de las demás autoridades distritales y fueron definidas por el Acuerdo 14 de 1998. Ello contrasta con el personal por contrato que no está regido por normas generales del servicio civil, en donde sólo el 10% y el 3% de los directores de hospitales considera que la intervención de la Secretaría es frecuente en estos dos procesos (Cuadro 8).

Cuadro 8. Frecuencia de Intervención en la Contratación del Recurso Humano de Planta o por Contrato de Servicios (percepción de los directivos), 1998

FRECUENCIA DE INTERVENCION	CONTRATAR RECURSO HUMANO DE PLANTA (CIVIL WORKERS)		CONTRATAR RECURSO HUMANO MEDIANTE CONTRATO DE SERVICIOS	
	SDS	Min. Salud	SDS	Min. Salud
Siempre	44%	0%	0%	0%
Algunas Veces	25%	0%	10%	7%
Rara vez	3%	9%	3%	3%
Nunca	28%	75%	87%	90%

Fuente: Entrevistas a informantes clave en los hospitales del distrito.

Lo anterior refleja claramente el hecho de que sigue existiendo una autonomía limitada en cuanto al manejo del recurso humano en los hospitales pero que ésta es sustancialmente menor en cuanto al manejo del personal de planta que en el manejo del personal de contratos. El 39% de los directivos de los hospitales señala que siempre existe intervención de la Secretaría de Salud para fijar la remuneración del personal de planta y el 77% señala que el Ministerio de Salud interviene. Esta percepción es resultado de los decretos de fijación de remuneraciones a los empleados de los organismos públicos nacionales y distritales. Por el contrario ningún directivo de los hospitales afirma que exista alguna intervención en el caso de la remuneración de contratistas. Esto reafirma la idea de una mayor autonomía del director del hospital frente al personal vinculado por contrato (Cuadro 9).

Cuadro 9. Frecuencia de Intervención en fijación de la remuneración del personal de Planta y en la definición de la remuneración de Contratistas (percepción de los directivos de los hospitales públicos) 1998

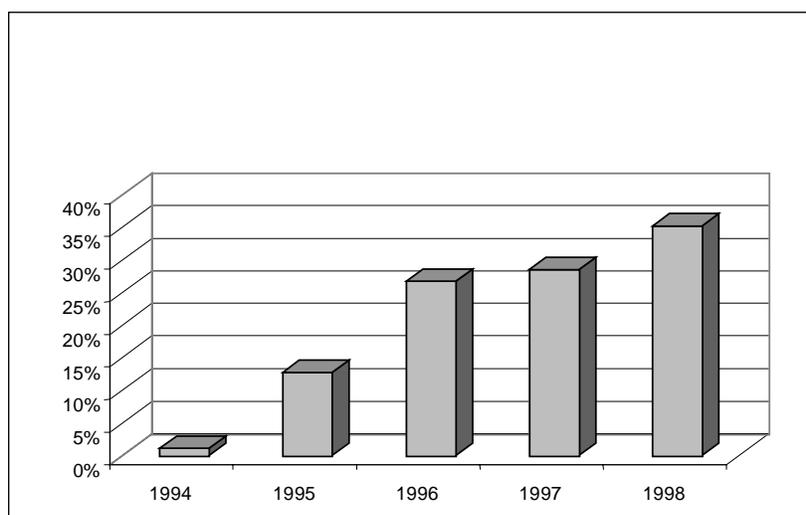
FRECUENCIA DE INTERVENCION	ESTABLECER REMUNERACION PERSONAL PLANTA		ESTABLECER REMUNERACION CONTRATISTAS	
	SDS	Min. Salud	SDS	Min. Salud
Siempre	39%	13%	0%	0%
Algunas Veces	7%	7%	3%	3%
Rara vez	0%	3%	3%	0%
Nunca	55%	77%	94%	97%

Fuente: Entrevistas a informantes clave en los hospitales del distrito.

Adicionalmente, si se agrega el hecho de que el 77% de los gastos totales en los hospitales públicos en el Distrito se destinan al pago de personal (Giedion y Morales, 1999), se hace más evidente la rigidez y falta de autonomía de los hospitales en el manejo de recurso humano, situación que en un escenario de competencia, como pretende la reforma de 1993, los coloca en inferioridad de condiciones frente a otros proveedores de servicios que no pertenecen al sector público.

Ante esta situación de rigidez, los hospitales del distrito han optado por recurrir a la contratación temporal de personal por la vía de hacer contratos que no están sujetos las normas del servicio civil, en un esfuerzo por aumentar el grado de autonomía. Como se observa en el Gráfico 3, los hospitales han hecho amplio uso de esta posibilidad. Ahora sería interesante testear la relación entre la participación de los contratistas en el total del personal y la financiación de los hospitales públicos mediante venta de servicios a terceros (inserción en el mercado) ya que se podría pensar que los hospitales que busquen una gestión eficiente orientada a vender servicios en el mercado necesiten una mayor flexibilidad en el manejo de su personal. Sin embargo, unas primeras exploraciones de esta relación no ofrecieron resultados contundentes, al hallarse relaciones inversas y no significativas entre estas variables.

Gráfico 3. Participación de los contratistas en el personal total de los hospitales del Distrito, 1994-1998



Fuente: Secretaría Distrital de Salud

Ahora bien, hospitales públicos utilizan de manera distinta el margen de autonomía dado para manejar el recurso humano y existen grandes variaciones entre hospitales al respecto. En efecto, para 1998, el promedio de la participación de las personas vinculadas por contrato en el total del personal era de 33%, pero el rango varía entre un 12% y un 91% con una mediana de 25% y una desviación estándar de 17%. Esto mostraría que si bien en el agregado la autonomía en el manejo de personal es limitada hay algunos pocos hospitales que haciendo amplio uso de la posibilidad de contratar personal vía contratos. En el Cuadro 10 se muestra la distribución de los hospitales de acuerdo a la importancia del personal de contratos en el total del personal.

Cuadro 10. Distribución de los hospitales de acuerdo a la importancia del personal de contratos en el total del personal

Intervalo	Número de hospitales	Frecuencia acumulada
0-20%	8	25%
21-40%	17	78%
41-60%	5	94%
61-80%	1	97%
81-100%	1	100%
Total	32	

A manera de conclusión puede afirmarse que si bien parece existir la percepción generalizada de que en la mayoría de los procesos el hospital se siente autónomo frente al Ministerio de Salud, entidad que antes de las reformas era omnipresente, esta autonomía es percibida como mucho menor respecto a la entidad territorial (SDS) y muy limitada en los aspectos de manejo de personal de planta. Las cifras respecto a la real inserción en el mercado, indican que los hospitales públicos todavía están muy lejos de ser financieramente autónomos, pues el porcentaje de venta de servicios a entidades distintas de la SDS equivale en el mejor de los casos al 10% del total de ingresos. Finalmente es de anotar que los hospitales han utilizado de manera muy distinta los espacios normativos que les permiten adquirir mayor o menor autonomía. Las diferencias en la participación de los ingresos provenientes de contratos con terceros en el total de los ingresos y de los contratistas en el total del personal son indicadores de esta situación.

Uso de la Información (Transparencia y rendición de cuentas)

En 1998, en promedio el 63% de los ingresos de los hospitales públicos del Distrito provenían de la facturación de los servicios prestados tanto a la SDS como a las aseguradoras del régimen subsidiado o ARS y a las del régimen contributivo o EPS y el resto fue asignado directamente por la SDS sin que para ello los hospitales hubieran tenido que rendir cuentas. Así sólo para el 63% de sus ingresos los hospitales “rindieron cuenta” de los procedimientos adelantados y a cambio recibieron un pago de acuerdo a las tarifas acordadas, establecidas por el Gobierno Central. Así, cuando los hospitales no lograban justificar la totalidad de su gasto con la facturación, la Secretaría terminaba por asumir la diferencia y asignaba el faltante como bloque sin que existiera una clara rendición de cuentas por parte de los hospitales públicos al respecto.

Existen grandes diferencias entre hospitales en cuanto a la proporción de los ingresos recibidos contra prestación de servicios. Así entre 1997 y 1999, mientras que algunos hospitales recibieron cerca de un 87% de la totalidad de sus ingresos como resultado de la presentación de facturas, otros no lograron justificar sino el 16% de sus ingresos de esta manera (Cuadro 11). Dentro de este sistema mixto de incentivos—por un lado una asignación en función de los servicios prestados y por otro lado un sistema donde se cubre casi cualquier déficit—no parece existir una real rendición de cuentas. Al cubrir los déficit de los hospitales que no venden servicios y aplazar en varias oportunidades el avance de la reforma se han dado incentivos perversos a los hospitales.

Cuadro 11. Ingresos proveniente de venta en función de los servicios prestados
En % del total de Ingresos

	1997	1998	1999
Promedio de los 32 hospitales públicos	47%	63%	71%
Mínimo	31%	16%	48%
Máximo	68%	87%	91%

Fuente: Secretaria Distrital de Salud.

Las posibilidades de contar con información para rendir cuentas exige la existencia de unas herramientas básicas de gestión (Plan de Desarrollo, Presupuesto anual de ingresos, Plan de inversiones, Metas de producción, Metas de eficiencia y productividad, Metas de calidad y Misión institucional). En 1998, más del 80% de los hospitales carecían de la mayoría de estas herramientas.

Así mismo, al analizar la disponibilidad de herramientas de gestión necesarias para la adquisición de insumos es de anotar que muchos hospitales carecen de instrumentos tan elementales como un plan de compras con cantidades de stock mínimas y máximas, promedios de consumo y tiempos de reposición, al igual que con un sistema de kárdex para su registro, instrumentos necesarios para cualquier proceso transparente de adquisición de los insumos. Solamente en 4 hospitales del Distrito existen tales planes de compra que contienen los principales elementos de gestión como son los tiempos de reposición, promedios de consumos, y cantidades mínimas y máximas de stock. Finalmente, el 17% de los hospitales no cuentan con un kárdex de registro que es quizás la herramienta más elemental de manejo de los insumos.

Participación de las partes interesadas en el servicio. La introducción de juntas directivas en los hospitales con representantes no sólo del hospital sino también de las entidades territoriales y sobre todo de la comunidad, ha sido considerada herramienta fundamental de la transparencia y rendición de cuentas dentro del diseño de la reforma. En 1998, la totalidad de los hospitales contaban con una Junta Directiva, organismo que sesionaba en promedio cerca de 2 veces al mes, con la asistencia de todos los miembros (en 6 hospitales) o con sólo la ausencia ocasional de alguno de ellos (en 19 hospitales, Cuadro 12). Así mismo, 20 hospitales reportaron en las encuestas activa participación en las Juntas (Cuadro 13), lo que en conjunto sugeriría que el Distrito cuenta con una participación activa de la comunidad en las decisiones más importantes de los hospitales públicos.

Cuadro 12. Asistencia a la Junta Directiva (percepción de los directivos), 1999

	CALIFICACION ASISTENCIA A LA JUNTA	# de Hospitales
1	Siempre asisten todos	6
2	Ocasionalmente no asiste un miembro	19
3	Ocasionalmente no asisten varios miembros	4
4	Frecuentemente no asiste uno o varios miembros	3
	Total	32

Fuente: Entrevistas a informantes clave en los hospitales del distrito.

Cuadro 13. Calificación de la Participación en las Juntas (percepción de los directivos), 1999

PAPEL QUE DESEMPEÑA LA JUNTA		
1	Asisten a las reuniones, con carácter informativo	5
2	Asisten pero no participan en la toma de decisiones	13.
3	Asisten, sugieren y participan en todas las tomas de decisiones	6
4	Asisten, sugieren y participan en algunas tomas de decisiones	20
	Total	32

Fuente: Entrevistas a informantes clave en los hospitales del distrito.

Vigilancia y el control en los hospitales del Distrito

Como se mencionó anteriormente Colombia se caracteriza por exceso de reglas y un gran número de entidades de control que supuestamente constituyen el “garrote” a la corrupción. Sería difícil calcular el costo de control específicamente para el sector de la salud pero es ilustrativo que la suma de los presupuestos de las entidades de control indican que Bogotá asigna un porcentaje cercano al 8% del total de gastos a los organismos de control, tales como la contraloría, o la veeduría o al pago de los funcionarios que en cada entidad se dedican exclusivamente al control y a la vigilancia.

De acuerdo a los resultados de la encuesta adelantada en cada uno de los hospitales del distrito para analizar la percepción que el personal tiene sobre la existencia y magnitud de las prácticas irregulares, se preguntó acerca de la existencia de mecanismos de vigilancia y control que son utilizados para su control, frente a lo cual una gran parte de los funcionarios coinciden en afirmar que estos existen para todos los casos. Frente a la pregunta sobre la existencia de mecanismos de vigilancia y control para prevenir estas conductas irregulares, se encontró en porcentajes superiores al 50%, que éstos existen, tal como se desprende del Cuadro 14.

Cuadro 14. Existencia de Mecanismos de Vigilancia y Control en los Hospitales por conducta irregular

CONDUCTA IRREGULAR	SI	NO	NO SABE
1. Incumplimiento injustificado de horario por parte del personal médico	62%	31%	7%
2. Malos manejos en la compra de materiales y equipo	50%	38%	12%
3. Robo de materiales y equipo de trabajo	58%	32%	10%
4. Utilización no permitida de equipos, instalaciones y material de atención	52%	36%	12%
5. Cobros no permitidos a pacientes	59%	28%	13%

Fuente: Encuesta de percepción sobre conductas irregulares.

Sin embargo, cuando en la misma encuesta se indaga por las razones que facilitan la presencia de estos distintos tipos de conductas irregulares, se responde que la razón fundamental es la deficiencia de los mecanismos de vigilancia y control y en menor medida la tolerancia del sector público. Ello hace pensar que si bien existen los mecanismos para llevar a cabo la vigilancia y control en los hospitales públicos, éstos en realidad son puramente formales. En efecto, en las encuestas de percepción cuando se indaga por las causas de las conductas irregulares, un 46% de los interrogados sobre las razones del ausentismo médico señala a las deficiencias en los mecanismos de vigilancia y control (Cuadro 15) y un 60% señala el mismo motivo cuando se pregunta por el motivo de los robos en el hospital (Cuadro 16)

Cuadro 15. Razones del ausentismo médico

Razones	% de respuestas
Bajos salarios	15%
Turnos excesivamente largos	6%
Comportamientos tolerado por el sector público	33%
Deficiencia en los mecanismos de vigilancia y control	46%
Total	100%

Fuente: Encuesta de percepción sobre conductas irregulares.

Cuadro 16. Razones del ausentismo médico

Razones de los robos	% de respuestas
Bajos salarios	8%
Comportamientos tolerado por el sector público	20%
Deficiencia en los mecanismos de vigilancia y control	60%
Otros	11%
Total	100%

Fuente: Encuesta de percepción sobre conductas irregulares

Otro dato importante derivado de las encuestas sobre percepción es que las personas no denuncian este tipo de conductas y que no lo hacen en parte por temor a las represalias. Así, el 65% de las personas que se enteró de algún hecho irregular “no hizo nada” para denunciarlo y el 85% de las personas indicaron que la razón para ello es el “temor a represalias”.

De otro lado, se recogió información acerca del número de personas que no aprueban las evaluaciones de desempeño que de acuerdo a las normas del servicio civil se deben aplicar como mínimo una vez al año. De su lectura se hace evidente que la inmensa mayoría de los funcionarios de los hospitales obtienen los puntajes necesarios para “aprobar la evaluación”, siendo muy significativo el hecho de que en solo un hospital se observó un resultado insuficiente.

Finalmente, es de anotar que parece existir una gran diversidad entre instituciones al calificar efectividad de los mecanismos de vigilancia y control para detectar faltas disciplinarias. Así por ejemplo, el promedio de la relación entre el total de faltas disciplinarias detectadas y el número de funcionarios de planta en los hospitales es de 7%, con grandes variaciones de unos hospitales frente a otros, lo que de alguna manera evidencia su desarrollo y aplicación desigual.

Todo lo anterior nos indica que si bien los hospitales públicos cuentan hoy con unas herramientas mínimas para adelantar la vigilancia y control, éstas no operan en la realidad y muchas veces no son apropiados por la comunidad y la institución, situación agravada por el temor a represalias.

5. Determinantes de las conductas irregulares

Uno de los propósitos centrales de este trabajo consiste en relacionar las conductas irregulares con unas variables institucionales que pretenden evaluar el nivel de autonomía, la generación y uso de la información, la participación de las partes interesadas y la vigilancia y el control en los hospitales del Distrito, controlando por variables directamente asociadas al proceso de compra y a las características de la persona responsable de la adquisición de insumos en los hospitales.

Determinantes de las Variaciones de Precios

Como se comentó anteriormente, tanto las encuestas de percepción, como el estudio realizado con las compras de los 6 insumos escogidos, señaló diferencias importantes con los precios a los cuales compraron los hospitales del distrito estos insumos en 1998. Estos resultados estarían explicados por un conjunto de variables directamente asociadas al proceso de compra, a las variables institucionales que se han analizado en secciones anteriores de este trabajo y a las características del funcionario que decide la compra. El Anexo 5 tiene la lista completa de variables utilizadas.

Para examinar las desviaciones de precios en la compra de insumos la variable independiente utilizada en los distintos ejercicios fue:

VARIACIÓN: Para cada observación de adquisición de un insumo se definió su variación porcentual frente al precio disponible a través de Red Salud:

$$P_{ij}/P_i * 100$$

Donde: P_{ij} : es el precio de adquisición del insumo i en el hospital j

P_i : es el precio del insumo i al precio que Red Salud ofrece a los hospitales

Estas “brechas” de precios fueron asociadas a tres tipos de variables: aquellas asociadas al proceso de compra propiamente dicho, aquellas relacionadas con las características institucionales de los hospitales y finalmente aquellas asociadas a las características individuales de la persona encargada de efectuar la compra de los insumos. A continuación se presentan las variables explicatorias utilizadas y se indica su relación esperada con la variación porcentual de precios.

Variables explicatorias asociadas al proceso de compra. Se recolectó para cada una de las observaciones de precios un conjunto de variables asociadas al proceso de compra propiamente dicho considerando que la variación de precios puede depender parcialmente de variables tales como la cantidad comprada, de si se paga a tiempo al contado o a crédito, del tipo de proveedor minorista o mayorista, del tipo de proceso de compra (directo o proceso licitatorio) y del plazo acordado con el proveedor para efectuar el pago.

CANTIDAD: La cantidad comprada del insumo, entendida como poder de compra, pretendía encontrar una relación inversa con la variación de precios dado que se esperan descuentos por parte del proveedor a medida que aumentan las cantidades adquiridas.

FPAGO: La forma de pago, variable dicotómica que toma el valor de 1 si se paga con retraso y de 0 si se paga puntualmente. Se esperaría que un proveedor, después de experimentar retrasos recurrentes en el pago incorpore este costo en el precio de los insumos. Por lo tanto suponemos mayores variaciones de precios cuando hay retraso en el pago.

PROVEED: Mediante una variable dummy que toma el valor de 0 si el proveedor es un minorista o de 1 si es un mayorista. Se esperaría que la adquisición de un insumo donde el minorista, sea más alto que donde el mayorista debido a la cadena de intermediarios que precede la venta de un insumo por parte del primero.

FPDIAS: Número de días concedidos para efectuar el pago. Se espera que el costo derivado para el proveedor de mayores plazos en el pago de los insumos se refleje en mayores precios y por ende una mayor variación de éste.

MECCOM: A través de la construcción de una variable que toma el valor de cero si se compra mediante orden de compra o de 1 si es mediante “cotización” proceso fuertemente regulado por las normas que aplican para compras de grandes sumas. Se esperaría que el control derivado del proceso licitatorio que exige cotizaciones implique una menor brecha de precios.

Variables explicatorias de carácter institucional. En segundo lugar se examinaron un conjunto de indicadores que evalúan el desarrollo de variables institucionales en cada institución. Se espera que un mayor grado de implementación de la reforma, medida a través de mayor autonomía, produjera menores brechas de precios. Así mismo una mejor información y una mayor participación de las partes interesadas tendería a reducir las conductas irregulares, medidas como variación de precios. En el mismo sentido, la existencia y la eficacia de los mecanismos de vigilancia y control tenderían a disminuir las conductas irregulares y serían asociadas a menores brechas.

Las siguientes fueron las variables explicatorias “institucionales” utilizadas:

La *autonomía* de los hospitales públicos de Bogotá se evaluó a través de un indicador lo más objetivo posible:

CONTRATOS: Es la proporción del personal contratado mediante contratos de prestación de servicios en relación al personal total. Este indicador busca captar la flexibilidad en el manejo del personal. Se esperaría que una mayor autonomía en el manejo del personal reduzca las brechas en los precios siempre y cuando esté acompañada de unos mecanismos efectivos de rendición de cuentas.

Para evaluar *rendición de cuentas* se utilizaron indicadores que demuestran por una parte la posibilidad de suministrar información y por otra la participación de terceros. En el primer caso, agrupados en mecanismos de información, se escogieron los indicadores siguientes:

VENTASER: Es la proporción de los ingresos obtenidos como resultado de la facturación de servicios prestados tanto a la Secretaría Distrital de Salud como a las aseguradoras. Es tal vez el indicador del principal cambio ocasionado por la reforma en la forma de financiación de los hospitales. Se considera que a medida que las asignaciones de recursos a los hospitales públicos

dependen cada vez más de su producción real y no de sus niveles históricos de gasto disminuirá cada vez más el espacio para esconder las conductas irregulares en unos presupuestos de gasto poco transparentes. Por lo tanto se esperan menores brechas de precios en los hospitales que se financian mediante venta de servicios.

INSER97: Es el porcentaje de ingresos de los hospitales derivados de la facturación a los aseguradores únicamente. Esta variable cuyos resultados promedio se reportaron en la Tabla 11 también constituye un indicador de rendición de cuentas, en la medida en que a mayor sea la proporción en que los ingresos estén asociados a la venta de servicios en el mercado, el hospital debe controlar mejor sus gastos, evitando conductas irregulares o desperdicios por ineficiencia. A mayor inserción en el mercado, menores brechas de precios.

HERRAGES: Es el porcentaje de herramientas básicas de gestión disponibles a partir de una lista de 7 ítems elaborada con el apoyo de expertos. Estas son a) plan de desarrollo, b) presupuesto anual de ingresos, c) plan de inversiones, d) metas de producción, e) metas de eficiencia y productividad, f) metas de calidad y g) misión institucional. Se supone que la disponibilidad de estas herramientas introduce transparencia en el manejo institucional y por lo tanto reduce los niveles de conductas irregulares. Por lo tanto, a mayor porcentaje de herramientas de gestión menores brechas de precios.

HERRABAS: Es el porcentaje de herramientas y equipo básico de manejo de suministros disponibles en el hospital a partir de una lista de 4 ítems elaborada con el apoyo de expertos. Estas son a) plan de compras con mínimos y máximos b) plan de compras con promedio de consumo c) información acerca de los tiempos de reposición y d) kárdex. Al igual que en el caso anterior se supone que la disponibilidad de estas herramientas reduce las conductas irregulares al introducir mayor transparencia en la gestión. Por lo tanto se esperaría que a mayor disponibilidad de herramientas básicas de gestión de insumos, menor brecha de precios.

Para medir vigilancia y control en los hospitales, de los indicadores definidos como *proxy* de esta dimension institucional, reportados en el Anexo 5, se decidió incorporar en la regresión:

MECONTROL: Porcentaje de herramientas de vigilancia y control existentes a partir de una lista de 6 ítems elaborada con ayuda de los expertos. Estos son a) oficina de control interno disciplinario; b) oficina de quejas y reclamos; c) línea de denuncias; d) comisión de personal; e) auditoría externa; y, f) revisoría fiscal. Se esperaría que estas herramientas de control contribuirían a vigilar y reducir las conductas irregulares por lo que se hipotetiza que a mayor porcentaje de herramientas de vigilancia y control menor brecha de precios.

Variables explicatorias de carácter individual

En tercer lugar se probaron una serie de variables individuales que resumen algunas características de los jefes de compra en los hospitales.

INGRESO: El salario del jefe de compras de los hospitales del cual se espera una relación inversa con las compras a precios irregulares.

MUJER: Se argumenta en muchos estudios una menor propensión de la mujer a incurrir en prácticas irregulares.

EXPER:: La experiencia en el sector público medida en años de antigüedad puede incidir positivamente en el nivel de conductas irregulares dado un mayor conocimiento de los espacios de violación de la ley y al conocer mejor el sector público estaría mejor preparado para ocultar el ilícito.

ESTAC: Esta variable toma el valor de 0 cuando es soltero y 1 cuando es casado. El estado civil de los jefes de compra (casado o soltero) también influye en la posibilidad de encontrar conductas irregulares en especial en aquellos solteros. El sentido esperado de esta variable es ambiguo. Puede pensarse que los casados tienen menor propensión al riesgo de incurrir en conductas irregulares para no arriesgar el sustento de su familia. Por el otro lado podría pensarse que las conductas irregulares aumenta para los casados dadas sus mayores responsabilidades económicas.

ESPEC: El nivel de educación alcanzado, medido por haber o no cursado una especialización, influye negativamente en las conductas irregulares en la compra de insumos. Se podría esperar que mayores niveles educativos, poco frecuentes en el país, están asociados a personas con ambiciones académicas y mayor solidez a nivel de sus principios.

En razón de que no se contó con la información sobre la persona que toma las decisiones de compra en todos los hospitales, se trabajó únicamente con 452 datos de compra en 22 de los 32 hospitales.

Metodología. Antes de analizar los resultados conviene advertir que las series que se relacionaron tienen distintos grados de agregación. Mientras se cuenta con una serie de 452 observaciones de desviaciones porcentuales de precios (VARIACION), tenemos variables explicatorias (institucionales, o individuales) que se refieren a un hospital o a un jefe de compras y se repiten cuantas veces un hospital adquirió un insumo.

Se corrieron en primer instancia un conjunto de regresiones con MCO con errores robustos, agrupando por hospital mediante clusters y controlando con dummies por el mes de la compra y el tipo de insumo. El método de MCO con errores robustos permite controlar por posibles problemas de interdependencia de las observaciones al interior de cada hospital. Ahora, cuando se realiza una regresión por Mínimos Cuadrados Ordinarios, los estadísticos t pueden estar sesgados hacia arriba por errores comunes del grupo como lo demuestra Moulton (1986). Aplicaciones de estos hallazgos han sido realizados por Blanchflower y Oswald (1990, 1994, y 1995) mediante una correcta especificación de los efectos de variables agregadas. En vista de lo anterior, se hicieron estimaciones por efectos aleatorios que no se revelaron concluyentes para utilizar este método dados los resultados de la prueba de Breusch Pagan que probó que la varianza de los errores no es diferentes de 0 (véase última fila del Cuadro 17).

Cuadro 17. Determinantes de las Variaciones de Precios de los Insumos

Tipo de variables	VARIABLES	MCO CON ERRORES ROBUSTO POR HOSPITALES		
		MUESTRA COMPLETA	SOLO ADQUISICIONES CON PROCESO LICITATORIO	SOLO ADQUISICIONES MEDIANTE ORDEN DE COMPRA
	CONSTANTE	3.334 (2.622) **	3.626 (2.904) ***	-3.044 (-1.201)
Proceso de compra	CANTIDAD	4.47e-07 (0.158)	-4.07E-06 (0.677)	--
	FPAGO	-0.1059 (-1.010)	-0.0581 (-0.469)	--
	PROVEED	0.0976 (1.003)	0.0611 (0.535)	--
	MECCOM	0.0918 (1.494)	--	--
	FPDIAS	-0.0005 (-1.203)	0.0002 (0.255)	--
Institucionales	CONTRATOS	-0.7219 (2.755) **	-1.016 (-3.152) ***	-7.759 (-4.633) ***
	VENTASER	-0.5586 (-1.977) *	-0.8316 (-2.950) ***	-5.271 (-2.419) **
	HERRABAS	-0.0875 (-0.692)	0.679 (0.500)	2.471 (4.171) ***
	HERRAGES	0.2684 (2.345) **	0.4078 (3.020) ***	3.920 (3.722) ***
	MECONTROL	0.2948 (4.439) ***	0.3646 (5.423) ***	--
	INSER97	-0.0091(-1.248)	-0.1138 (-1.366)	--
Características individuales del responsable de la compra	INGRESO	-4.04e-07 (-2.028) *	-6.45E-07 (2.651) **	3.27e-06 (3.104) **
	MUJER	0.1914 (2.389) **	0.2933 (2.420) **	2.685 (2.655) **
	ESTAC	0.1150 (2.493) **	0.1349 (3.025) ***	0.7871 (3.987) ***
	EXPER	0.00003 (0.074)	0.0001 (0.344)	-0.0193 (-5.440) ***
	ESPECI	-0.1470 (2.352) **	-0.0753 (-1.184)	-1.225 (-4.582) ***
	No. Observac.	452	380	72
	R2	0.3303	0.3302	0.6326
	F	43.71	21.51	39.26
	Prob F	0.0000	0.0000	0.0000
	F (test all ui=0) Prob.F	0.0000	0.0000	0.0000

* Significativo estadísticamente al 90% ** Significativo estadísticamente al 95% *** Significativo estadísticamente al 99%

Resultados. El Cuadro 17 presenta los mejores resultados obtenidos mediante MCO con errores robustos y con clusters para los hospitales. Se corrieron tres regresiones la primera de las cuales incluye la muestra completa mientras que la segunda y la tercera incluyen por un lado sólo aquellas observaciones sujetas a un proceso licitatorio y por otro lado aquellas en donde el proceso de compra no estaba sujeto a proceso licitatorio. Como se verá más adelante, la creación

de esta última submuestra aumentó sustancialmente el poder explicativo de la regresión. El Anexo 5 contiene una descripción resumida de las variables explicatorias utilizadas en las regresiones.

Las *variables asociadas al proceso de compra* (cantidad, FPAGO, FPDIAS, PROVEED, MECCOM) no resultaron significativas en las dos primeras regresiones por lo que fueron eliminadas para la muestra pequeña (adquisiciones mediante órdenes de compra).

Por el contrario entre las *variables institucionales* encontramos la relación esperada y alta significancia en contratos. Ello confirma la hipótesis que una mayor autonomía en el manejo del recurso humano (CONTRATOS) reduce la brecha de precios en la compra de insumos. Así mismo, todas las regresiones indican que la brecha de precios disminuye cuando aumenta la proporción de ingresos recibidos por venta de servicios (VENTASER) tanto a la secretaría de salud como a terceros. Ello confirmaría la fiabilidad del indicador utilizado como proxy de la rendición de cuentas. La forma de contratación y el mecanismo de pago resultan ser las variables con mayor solidez dentro de las regresiones efectuadas al mantener su significancia y signo a través de todas las regresiones efectuadas. Ello es interesante ya que reflejan un cambio real en el funcionamiento del hospital y en especial respecto a los incentivos que operan frente al hospital como un todo (mecanismos de pago) y el personal en particular (forma de contratación).

Por el contrario la disponibilidad de instrumentos formales de gestión como por ejemplo el disponer de un plan de desarrollo dieron significativos en todas las regresiones pero el sentido contrario al esperado. Igualmente, la existencia de mecanismos formales de control (MECONTROL) parece aumentar la brecha de precios contrario a lo esperado. Más sorprendente resulta que la disponibilidad de herramientas básicas relacionadas con la adquisición de insumos como por ejemplo el kárdex o los planes de compra no resultan significativas en las dos primeras regresiones pero muestran una relación directa con la brecha de precios cuando se analizan solamente aquellas adquisiciones realizadas mediante ordenes de compra.

En cuanto a las *características de la persona encargada de la compra de insumos* (jefe de compras) es de observarse que el género y el estado civil resultan significativos en todas las regresiones y mantienen el signo en todas las regresiones. Así, habría menores brechas de precios cuando el jefe de compra es mujer (MUJER) y cuando el jefe de compras es soltero (ESTAC). En cuanto al ingreso es de observarse que aunque significativa, cambia el signo en la última regresión (INGRESO). Sólo en las dos primeras regresiones se confirmaría una relación inversa entre nivel de ingreso y brecha de precios. Finalmente, la brecha de precios parece disminuir a medida que aumenta el nivel educativo (ESPECI).

En el agregado se observa que las regresiones mejoran al utilizarse sólo la submuestra de las adquisiciones que se hicieron sin proceso licitatorio. Así, el R² aumenta a 0.63 para la última regresión y los coeficientes de nuestras dos principales variables explicatorias de interés (VENTASER, CONTRATOS) aumenta significativamente.

Relación entre el ausentismo y las variables institucionales

Para explorar posibles relaciones entre ausentismo y factores institucionales se utilizó la información recolectada a través de la encuesta de percepción y se construyó un indicador que muestra el porcentaje de personas de cada hospital que *percibieron* ausentismo médico en su institución (PERAUSEN) y *no* la tasa de ausentismo derivada del censo de enfermeras comentada en una sección anterior, teniéndose en cuenta que hubo resistencia de las enfermeras para contestar la encuesta acerca del ausentismo de los médicos y que la muestra de los hospitales que sí entregaron información es muy pequeña.

Para medir el *ausentismo médico* además de la tasa de ausentismo calculada atrás, se evaluó la percepción de ausentismo (soft data) mediante la siguiente variable:

PAUSEN: porcentaje del personal que percibe la existencia del ausentismo médico en cada hospital, información que se recolectó mediante las encuestas adelantadas al personal de todos los hospitales. Dadas las limitaciones de utilizar información de percepción en regresiones nos limitamos a hacer una simple exploración de los resultados mediante coeficientes de correlación.

Para efectuar estas correlaciones se incluyeron además de algunas de las variables descritas anteriormente las siguientes:

#REUN: Número de reuniones de las juntas directivas por mes. Se esperaría que una junta activa incida en una menor tasa de ausentismo.

PVIYCON: % del personal en cada hospital que percibe que los mecanismos de vigilancia y control son eficaces. A mayor percepción de la eficacia de los mecanismos de vigilancia y control se esperaría una menor tasa de ausentismo.

FALTAS98: Son el número de las faltas disciplinarias sobre el total del personal. El efecto esperado de esta variable es ambiguo. Así como se podría esperar que un mayor número de faltas refleje conductas irregulares también podría reflejar eficacia en los mecanismos de vigilancia y control.

Cuadro 18. Relaciones entre percepción de ausentismo médico y variables institucionales

VARIABLE	COEF. DE CORRELACIÓN
VENTASER	-0,048
#REUN	0,276
HERRAGES	-0,084
PVIYCON	-0,061
FALTAS98	0,248
CONTRATOS	-,446(*)

*Significativo al 90%

Al analizar los coeficientes de correlación (Cuadro 18) se observa que existe una relación inversa significativa entre la percepción de ausentismo y el porcentaje de contratistas. Esta

relación hace suponer que el ausentismo disminuye en la medida en que aumenta el personal contratado bajo una modalidad, los contratos de prestación de servicios, que aumentan la autonomía de los directivos para despedir el personal con un desempeño insatisfactorio. Ello parece reflejar lo dicho anteriormente en el sentido de que el “hire and fire” es una tarea casi imposible y titánica para el personal de planta y es sustancialmente más grande para el personal de contrato que no se ve enfrentada a una legislación laboral tan fuerte y rígida. A pesar de no ser significativas, el signo de las demás variables es el esperado con excepción del porcentaje del personal que ha recibido alguna falta disciplinaria. Así, el porcentaje del presupuesto asignado en función de los resultados, el disponer de herramientas básicas de gestión y la percepción de que funcionan estos mecanismos todos están inversamente relacionados con la percepción acerca del ausentismo. Sin embargo, es difícil explicar porque el número de reuniones mensuales de la junta tiene una relación positiva con el ausentismo médico.

6. Conclusiones

El análisis preliminar de la información obtenida a través de las encuestas y entrevistas en los hospitales del distrito, así como de su información financiera, permitió la construcción de indicadores o medidas aproximadas de su grado de autonomía, de las posibilidades de generar y usar la información, de la participación de las partes interesadas, medidas aproximadas de transparencia en la gestión y del control de resultados a través de la evaluación.

Los hospitales del Distrito, contrario a lo buscado en la reforma, están lejos de ser autónomos tanto en términos de manejo de su personal como su independencia financiera. Aunque han avanzado en la puesta en marcha de los principios modernos de gestión: autonomía, transparencia y rendición de cuentas, y mecanismos de vigilancia y control. La evidencia recolectada a través de entrevistas y encuestas muestra que en muchas instancias, los avances institucionales son todavía nominales y no han sido apropiados por las entidades hospitalarias. Es importante anotar que el logro de la autonomía depende fundamentalmente de los incentivos con que se diseñe la reforma. En los hospitales no han visto la necesidad de reestructurarse y de avanzar en la venta de servicios y con ello en lograr mayores niveles de autonomía, pues con base en presiones y con el apoyo de sectores opuestos a la reforma han obtenido recursos para cubrir sus déficit. Así, en 1998, el 47% de los recursos siguieron llegando a los hospitales mediante subsidios directos para cubrir los déficits entre lo facturado y lo gastado y los hospitales tienen aún en promedio un 67% bajo normas inflexibles de la carrera administrativa del funcionario público así como de convenciones colectivas que limitan fuertemente un manejo autónomo del recurso más importante de un hospital.

Hay que reconocer que la reforma tuvo muchas fallas de implementación, y tal vez entre ellas la que más ha impedido el avance fue la de congelar indefinidamente el período de transición previsto en los hospitales. Este período era necesario para realizar un cálculo del pasivo pensional con los trabajadores, para buscar formulas de integrarlos al nuevo modelo reconociendo sus obligaciones hasta 1994. Esto no se hizo, y sólo hoy luego de transcurridos más de 6 años, y en el contexto de una grave crisis económica en el país, se ha iniciado un plan de reestructuración de los hospitales. Este proyecto busca fusionar en 15 los 32 hospitales existentes, con el fin de

iniciar su adecuación al nuevo contexto del Sistema de Seguridad Social, puesto en marcha con la Reforma contenida en la Ley 100 de 1993.

Más particularmente con respecto al objetivo de este estudio, se confirmó la percepción del personal de los hospitales sobre conductas irregulares en la adquisición de insumos y en el ausentismo de los médicos. Un ejercicio de valoración de la pérdida de recursos públicos por estas prácticas, indica que por sobreprecios se habrían gastado sumas equivalentes a un 10% del presupuesto asignado a la adquisición de insumos médico-quirúrgicos, recursos que habrían permitido afiliar cerca de 24.000 personas pobres adicionales a la seguridad social en salud. Así mismo, el ausentismo de los médicos fue estimado en 5.7% y con los recursos que se perdieron por este efecto se habría podido asegurar otras 12.000 personas pobres.

El presente estudio profundiza sobre los determinantes de estas conductas, en donde se obtuvieron indicadores robustos sobre la relación inversa entre desviaciones de precios (proxy de conductas irregulares) y la variable que indica *autonomía*, medida como la flexibilidad que le ofrece a un hospital un mayor número de empleados por contrato a término fijo.

En este sentido, sin ignorar que la contratación de personal mediante contratos de servicios implica también importantes riesgos, pareciera que a medida que aumenta esta forma de contratación disminuyen las brechas de precios y los niveles de ausentismo, de acuerdo con las correlaciones encontradas. Otros trabajos han demostrado la poca eficiencia derivada de la inflexibilidad total en la gestión del recurso humano. Los países que han logrado avanzar en contratos de trabajo evaluados en función de resultados ofrecen pruebas de mayor eficiencia de los funcionarios.

Así mismo, se demostró que entre mayor es el porcentaje de ingresos derivados de la *venta de servicios* tanto a la Secretaría Distrital de Salud como a aseguradoras, menores son las desviaciones registradas. Esto a su vez significa que entre mayor la asignación de subsidios de oferta sin exigir cuentas acerca de la cantidad y calidad de los servicios prestados, mayor la brecha de precios. Este es tal vez uno de los resultados más importantes. Esto podría explicarse por los incentivos de mayor eficiencia en el uso de los recursos derivados de un mecanismo de financiación de los hospitales que no asegura una oferta de servicios, independiente de aquellos que les demanda la comunidad. Desafortunadamente, cuando se restringe el indicador de venta de servicios a los organismos distintos a la Secretaría Distrital de Salud, es decir cuando se mide más precisamente su inserción en el mercado, no se encuentran resultados contundentes.

Finalmente, es importante reconocer el valor práctico de investigaciones que se orientan a medir y analizar conductas irregulares. Por un lado, las estimaciones demuestran lo importante que es controlar estas conductas por sus costos a la sociedad. Además, las medidas de conductas irregulares pueden ayudar a focalizar mejor las acciones orientadas a prevenirlas. Por último, la reflexión puede promover acciones específicas como en este caso donde el estudio llevó a modificaciones importantes en los convenios para compras de insumos. Para el año 2000 se estableció un interesante sistema de subasta pública. Esta circunstancia permitió reducir los costos para los hospitales de acuerdo a información de la Secretaría Distrital de la salud. Sería

interesante evaluar en estudios posteriores el efecto de estos nuevos diseños institucionales en los precios pagados por los hospitales.

Bibliografía

Ades, A. y Di Tella, R. 1999. "Rents, Competition and Corruption". *American Economic Review*. 89 (4): 982-994.

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. 1999. "Corrupción, de mal en peor...". Santa Fé de Bogotá, DC, Colombia. *Revista Hospitalaria*. 1 (6).

Badel, M. 1999. *Costos de la Corrupción en Colombia*. Santa Fé de Bogotá, DC, Colombia. Documento mimeografiado.

Bale, M. y Dale, T. 1998. "On Public Sector Reform in New Zealand". *The World Bank Research Observer*. 13 (1): 103-21.

Banco Interamericano de Desarrollo. 1997. *Latin American after a decade of reforms, Economic and social progress. 1997 report*. Washington, DC, Estados Unidos: Johns Hopkins University Press.

Banco Mundial. 1997. *The state in a changing world*. Washington, DC, Estados Unidos: Oxford University Press.

Barros, Paes de y Mendonça, R. 1998. "The Impact of Three Institutional Innovations in Brazilian Education". En: W. Savedoff, editor. *Organization Matters: Agency Problems in Health and Education in Latin America*. Washington, DC, Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo.

Blanchflower, D. y Oswald, A. 1990. "The Wage Curve". *Scandinavian Journal of Economics*. 92 (2): 215-235.

----. 1994. "Estimating a Wage Curve for Britain 1973-90". *The Economic Journal*. 104: 1025-1043.

----. 1995. "An Introduction to the Wage Curve". *Journal of Economics Perspectives*. 9 (3): 153-167

Bliss, C. y Di Tella, R. 1997. "Does Competition Kill Corruption?" *Journal of Political Economy*. 105 (5): 1001-1023.

Bossert, T. 1997. "Decentralization of Health Systems: Decision Space, Innovation and Performance". Data for Decision Making (DDM) Working Paper. Cambridge, Estados Unidos: Harvard University, Harvard School of Public Health.

Braun, Miguel y Di Tella, Rafael. 2000. "Inflation and Corruption." Harvard Business School Working Paper 00053. Cambridge, Estados Unidos: Harvard University.

Cepeda, F. Coordinador. 1994. *La corrupción administrativa en Colombia: Diagnóstico y recomendaciones para combatirla*. Bogotá, DC, Colombia: Tercer Mundo Editores.

Chawla, M. *et al.* 1996. “Mejoramiento del desempeño de los hospitales a través de políticas para aumentar la autonomía hospitalaria”. Data for Decision Making Working Paper. Cambridge, Estados Unidos: Harvard University, Harvard School of Public Health.

Comisión de Racionalización del Gasto y de las Finanzas Públicas, 1997. *Tomo 2: Administración del Estado*. Bogotá, DC, Colombia

Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). 1998. *Estrategias contra la corrupción*. Carta Administrativa 87. Santa Fé de Bogotá, DC, Colombia: DAFP.

Fundación Corona. “Resultados del Estudio de Probidad”. *El Tiempo*. Bogotá, Colombia. 6 de abril de 2000.

Giedion, U. y Molina, C. 1994. “El Sector de la Salud: Desafíos Futuros”. *Revista Coyuntura Social*. 11: 71-87. Bogotá, DC, Colombia: Fedesarrollo.

Giedion, U. y Morales, L. 1997. “Aproximación a la medición de la eficiencia en los hospitales públicos del Distrito Capital”. Bogotá, DC, Colombia: Fedesarrollo, Secretaría Distrital de Salud. Documento mimeografiado.

Giedion, U. y Morales, L. 1999. *Medición de la eficiencia económica y de la gestión de los hospitales públicos del Distrito de Santafé de Bogotá*. Bogotá, Colombia: Secretaría Distrital de la Salud.

Harvard School of Public Health. 1995. “La Reforma de Salud y el Plan Maestro de Implementación. Informe final”.. Bogotá, DC, Colombia. Documento mimeografiado.

Klitgaard R. 1988. *Controlling Corruption*. Berkeley, Estados Unidos: University of California Press.

Langseth, P. 1998. “International Approaches to Improve Government Integrity and Transparency”. Trabajo presentado en la conferencia “National and International Approaches to Improving Integrity and Transparency in Government”, OECD, París, Francia, 15-16 julio.

Lora, E. y Pagés, C. 1997. “La legislación laboral en el proceso de reformas estructurales de América Latina y el Caribe”. Documento de trabajo 343. Washington, DC, Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo

Ministerio de Salud. 1994. “La Reforma a la Seguridad Social en Salud”. (3): 159-160. Bogotá, DC, Colombia.

----- 1998. “Censo del Recurso Humano y Dinámica Salarial del Sector Salud Oficial, 1994-

1998. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud.

Molina, L. y Giedion, U. 1993. "Distribución de subsidios públicos en salud en Colombia". Washington, DC, Estados Unidos: Banco Mundial. Documento mimeografiado.

Moulton, B. 1986. "Random Group Effects and Precision of Regression Estimates". *Journal of Econometrics*. (32): 385-397.

OECD. 1998. "Conclusions of the Workshop on Building Government Institutions". Informe elaborado por la conferencia "National and International Approaches to Improving Integrity and Transparency in Government", OECD, París, Francia, 15-16 julio.

Savedoff, W. 1998. "Social Services Viewed Through New Lenses". En: W. Savedoff, editor. *Organization Matters: Agency Problems in Health and Education in Latin America*. Washington, DC, Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo

Schick, A. 1998. "On Whether Developing Countries Should Try New Zealand's Reforms". *World Bank Research Observer*. 13 (1): 123-31.

Secretaría de Salud de Santafé de Bogotá. 1998. "Análisis del Sector Salud en el Distrito Capital, 1990-1998". Bogotá, DC, Colombia.

Secretaría Distrital de Salud. 1998. *Análisis del sector salud en el Distrito Capital, 1990-1998*. Santa Fé de Bogotá, D.C., Colombia: Alcaldía Mayor de Santa Fé de Bogotá DC.

Shleifer, A. y Vishny, R.W. 1993. "Corruption". *Quarterly Journal of Economics*. 108 (3): 599-617.

Tanzi, V. 1997. "Corruption in Public Finances". Trabajo presentado en la 8a. conferencia internacional anti-corrupción, Lima, Perú.

Thoene, B. 1999. "Posición de la Asociación Colombiana frente a la reforma de la ley 100 y la corrupción dentro del sistema de seguridad social en salud". *Revista Hospitalaria*. 1 (1): 6-8. Bogotá.

Vesga, R. et al. 1992. *La Corrupción Administrativa en Colombia*. Bogotá, DC, Colombia: Fedesarrollo

Walford, V. 1998. *Reforma del sector salud: mejorando la eficiencia de los hospitales*. Londres, Reino Unido: Institute for Health Sector Development.

Wiesner, E.. 1997. *La efectividad de las Políticas Públicas en Colombia: Un enfoque Neo-Institucional*. Bogotá, Colombia: Departamento Nacional de Planeación.



**ANEXO 1
ENCUESTA DE PERCEPCION
SOBRE EL CUMPLIMIENTO
DE LAS NORMAS**

CONFIDENCIAL

Los datos solicitados en este formulario son
confidenciales y en ningún caso pueden utilizarse
prueba para cualquier procedimiento

CAPITULO I. MECANISMOS DE VIGILANCIA, CONTROL Y SANCION

1. Hace cuánto trabaja en este hospital?

Menos de un año

 1
 2

De 4 a 6 años

 3
 4

A1

De 1 a 3 años

Más de 6 años

2. Señale en cada caso si existen o no mecanismos de vigilancia, control y sanción en este hospital para evitar (Lea cada una de las razones y responda SI o NO) :

El incumplimiento injustificado de horario del personal médico

Si

 1
 2

No

 2
 2

A2

El robo de materiales y equipos de trabajo

 1
 2

A3

Los cobros no autorizados a pacientes

 1
 2

A4

La utilización indebida de equipos e instalaciones

 1
 2

A5

Malos manejos en las compras de materiales y equipos de trabajo

 1
 2

A6

CAPITULO II. FUNCIONAMIENTO LABORAL

3. Existen horarios de trabajo para el personal médico?

Si 1

No 2

A7

4. Ud. cree que el año pasado, el personal médico incumplió injustificadamente con los horarios de trabajo?

Si 1 **Continúe**

No 2 **Pase a la pregunta 8**

A8

5. Para Ud. cada cuanto se presentaron esos incumplimientos injustificados de horarios el año pasado?

Muchas veces 1

Algunas veces 2

Rara vez 3

A9

6. Para Ud. cuál fue el tipo de Médico quemás incumplió injustificadamente con el horario el año pasado?

Médicos generales 1

Médicos especialistas 2

A10

7. Señale las razones por las que los médicos incumplieron injustificadamente con el horario de trabajo el año pasado. (Lea cada una de las razones y conteste SI o NO)

Bajos salarios

Si

 1
 2

No

 2
 2

A11

Turnos excesivamente largos

 1
 2

 2
 2

A12

Comportamiento permitido en el sector público de la salud

 1
 2

 2
 2

A13

Deficiencia de las medidas de vigilancia, control y sanción

 1
 2

 2
 2

A14

8. El año pasado conoció de algún robo de materiales y equipos de trabajo, por parte del personal del hospital ?

Si 1 **Continúe**

No 2 **Pase a la pregunta 11**

A15

9. Señale las razones por las que cree que ocurrieron los robos de materiales y equipos en el hospital el año pasado. (Lea cada una de las razones y responda SI o NO)

Bajos salarios

Si

 1
 2

No

 2
 2

A16

Tolerancia de estas situaciones por el sector público de salud

 1
 2

 2
 2

A17

Deficiencia de las medidas de vigilancia, control y sanción

 1
 2

 2
 2

A18

Otra

 1
 2

 2
 2

A19

Cuál _____

10. Cuántas personas del hospital realizaron el año pasado este tipo de robos?

Casi todos 1

Unos cuantos 2

Casi ninguno 3

A20

Anexo 2. Encuesta a enfermeras jefes para medir el ausentismo

TIEMPO DE TRABAJO DEL PERSONAL MEDICO	CONFIDENCIAL Los datos solicitados en este formulario son estrictamente confidenciales y en ningún caso pueden utilizarse como prueba para cualquier procedimiento administrativo
--	--

CAPITULO I. FUNCIONAMIENTO LABORAL														
1. El servicio en el cual laboró la <u>semana pasada</u> fue : _____			A 1											
2. Hace cuánto labora en este hospital?	Menos de un año	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;">1</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;">2</td></tr> </table>		1		2	De 4 a 6 años	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;">3</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;">4</td></tr> </table>		3		4	Más de 6 años	A2
	1													
	2													
	3													
	4													
3. <u>En un día habitual</u> , cuánto tiempo funciona el servicio del cual Ud. es responsable actualmente?		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>			Horas	A 3								
4. <u>En un día habitual de la semana pasada</u> y en el turno que le correspondió, <u>cuántos médicos trabajaron ?</u> (<i>incluya tanto el personal de planta como el de contrato por hora y desagregue por tipo de médico</i>)														
Médicos Generales	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>			A4	Médicos Especialistas	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>			A5					
5. <u>En un día habitual de la semana pasada</u> y en el turno que le correspondió, cuántas fueron las <u>horas disponibles</u> para :														
Médicos Generales	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>			horas	A6	Médicos Especialistas	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>			horas	A7			
CUMPLIMIENTO														
6. <u>En un día habitual de la semana pasada</u> y en el turno que le correspondió, los médicos incumplieron injustificadamente con las horas que debieron cumplir en el servicio ?														
Si	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;">1</td></tr> </table>		1	Continúe	No	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;">2</td></tr> </table>		2	Pase a la pregunta 13	A8				
	1													
	2													

7. En un día habitual de la semana pasada y en el turno que le correspondió, indique las modalidades de incumplimiento injustificado de horario de los médicos

MODALIDAD DE AUSENTISMO	Generales		Especialistas	
	Si	No	Si	No
Llegan sin justificación después de iniciado el turno	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 A9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 A14
Abandonan sin justificación el turno antes de terminarlo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 A10	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 A15
Se ausentan sin justificación durante el turno	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 A11	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 A16
No asisten sin justificación al turno señalado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 A12	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 A17
Otro	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 A13	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 A18
Cuál ? _____				

8. De las anteriores modalidades de incumplimiento injustificado, señale la que se presentó con mayor frecuencia en el turno que le correspondió la semana pasada ?

Cuál _____ A19

Teniendo en cuenta las modalidades de ausentismo de la pregunta No. 7, diligencie las preguntas 9, 10, 11 y 12.

9. En la semana pasada y en el turno que le correspondió, cuántas horas perdieron la totalidad de los médicos, como consecuencia del incumplimiento injustificado ?

	horas	minutos		horas	minutos
Médicos Generales	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Médicos Especialistas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	A20			A21	

RAZONES Y CONSECUENCIAS

10. En un día habitual de la semana pasada, indique las razones por las que se presentó el incumplimiento injustificado de horario por parte de los médicos, en el turno que le correspondió

RAZONES	Si	No
Bajas remuneraciones	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 A22
Inoperancia de las medidas de vigilancia y control	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 A23
Tolerancia de estas situaciones por el sector público de salud	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 A24
Otro	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 A25
Cuál ? _____		

11. Considera que el incumplimiento injustificado de horarios por parte de los médicos, genera consecuencias en el funcionamiento del servicio y la atención a pacientes?

Si 1 **Continúe**

No 2 **Pase a la Preg. 13**

A26

12. Teniendo en cuenta un día habitual de la semana pasada, indique las consecuencias del incumplimiento injustificado del horario por parte de los médicos, en el funcionamiento del servicio del cual es responsable.

CONSECUENCIAS

Se retrasa o dificulta las actividades en la forma y tiempos previstos

Se baja la calidad de la atención

Se pone en peligro la vida e integridad de los pacientes

Se genera mala imagen para la institución

Otra

Si

No

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	A27
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	A28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	A29
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	A30
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	A31

CAPITULO II. MECANISMOS DE VIGILANCIA, CONTROL Y SANCION

13. Tiene conocimiento de la existencia de mecanismos de vigilancia, control y sanción en este hospital para controlar el incumplimiento injustificado de horarios?

Si 1

Cuáles son: _____

A32

Continúe

No 2

TERMINA

14. Cómo califica los mecanismos de vigilancia control y sanción de este hospital?.

Muy Efectivos

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2

Regulares

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4

Poco efectivos

Nada efectivos

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
--------------------------	--------------------------	---

A33

OBSERVACIONES

Anexo 3.

DISEÑOS METODOLOGICOS DE LAS ENCUESTAS DE PERCEPCIÓN SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS Y DEL TIEMPO DE TRABAJO DEL PERSONAL MEDICO

INTRODUCCIÓN

El presente documento presenta los aspectos más relevantes del diseño metodológico de las encuestas de percepción sobre el cumplimiento de las normas y del tiempo de trabajo del personal médico. Para el plan muestral de la primera encuesta, se adoptaron una serie de criterios tendientes a obtener el mayor grado de precisión en la estimación de la percepción del personal que labora en los hospitales adscritos a la Secretaria de Salud del Distrito Capital. Para el caso de la segunda, el diseño censal se estructuró buscando garantizar la mayor tasa de respuesta posible sobre el ausentismo médico en dichos hospitales.

El documento se ha estructurado en dos capítulos generales, donde se presentan los elementos más importantes del diseño metodológico para la aplicación de cada uno de los instrumentos y la obtención de las mediciones deseadas en las condiciones de calidad y cobertura establecidas.

CAPITULO I

DISEÑO METODOLOGICO DE LA ENCUESTA DE PERCEPCION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS

La encuesta fue aplicada a una muestra representativa de funcionarios de los niveles asistencial y administrativo en los hospitales adscritos al Distrito Capital de Santafé de Bogotá.

1. DISEÑO MUESTRAL

El diseño de la muestra para la encuesta se efectuó en función de los requerimientos de información, en términos de desagregación de resultados, en el ámbito de cada hospital.

1.1. Parámetros para el diseño

El diseño muestral se fundamentó en los objetivos de la investigación, en particular el relativo a: *“Conocer la percepción del personal hospitalario sobre la existencia de conductas irregulares en los hospitales adscritos a la Secretaria de Salud; como también, en los siguientes aspectos:*

- *Universo de estudio*

El universo de estudio corresponde a 8.266 personas que laboran en los 32 hospitales del Distrito Capital. En el Cuadro 1 se presenta la distribución del universo y de la muestra por hospital y estrato y en el Cuadro 2 se presenta la distribución del universo y de la muestra por niveles de complejidad y estrato.

**Cuadro 1. DISTRIBUCION DEL UNIVERSO Y DE LA MUESTRA
SEGÚN HOSPITALES Y ESTRATOS - 1999 -**

HOSPITALES	UNIVERSO DE ESTUDIO			MUESTRA		
	TOTAL	Asistencial	Administrativo	TOTAL	Asistencial	Administrativo
TOTAL	8256	5089	3169	1197	716	481
1	155	96	59	36	22	14
2	437	245	192	43	24	19
3	109	73	36	36	24	12
4	185	92	93	38	18	20
5	221	126	95	40	23	17
6	147	66	81	38	19	19
7	169	102	67	36	22	14
8	189	121	68	39	25	14
9	124	83	41	35	23	12
10	448	299	149	43	28	15
11	6	1	5	6	1	6
12	25	13	12	19	10	9
13	233	133	100	39	22	17
14	342	229	113	40	27	13
15	167	82	85	39	19	20
16	206	136	70	39	25	14
17	97	45	52	34	16	18
18	492	300	192	44	27	17
19	1154	730	424	46	29	17
20	299	189	110	40	26	14
21	310	178	132	40	23	17
22	690	461	229	44	29	15
23	127	76	51	37	22	15
24	228	136	92	41	24	17
25	121	70	51	35	21	14
26	81	34	47	31	13	18
27	166	115	51	38	26	12
28	225	124	101	39	22	17
29	199	115	84	39	23	16
30	178	91	87	38	26	12
31	199	112	87	41	23	18
32	527	416	111	44	34	10

Fuente: Investigación estadística y bases de datos Fedesarrollo.

**Cuadro 2. DISTRIBUCION DEL UNIVERSO Y DE LA MUESTRA
SEGÚN NIVELES DE COMPLEJIDAD Y ESTRATOS, 1999**

NIVELES DE COMPLEJIDAD	UNIVERSO DE ESTUDIO			MUESTRA		
	TOTAL	Asistencial	Administrativo	TOTAL	Asistencial	Administrativo
TOTAL	8256	5089	3169	1197	716	481
NIVEL I (18 HOSPITALES)	3409	1996	1413	633	374	258
NIVEL II (10 HOSPITALES)	2701	1671	1030	389	227	162
NIVEL III (4 HOSPITALES)	2146	1422	724	175	114	61

Fuente: Investigación estadística y bases de datos Fedesarrollo.

- *Indicadores principales a ser estimados*
 Total y porcentaje de percepción de ausentismo médico
 Total y porcentaje de percepción de robo de materiales o equipos de trabajo
 Total y porcentaje de percepción de cobros adicionales
 Total y porcentaje de percepción de utilización de equipos, instalaciones o material de atención no permitido
 Total y porcentaje de percepción de malos manejos en la compra de materiales de atención o de equipos de trabajo
- *Precisión deseada*
 Se expresa en términos del error estándar o error de muestreo, que refleja la magnitud de la variación del azar propia de las muestras probabilísticas. A los niveles de complejidad se consideraron aceptables errores por debajo del 5% y a nivel de hospital del 10%.
- *Unidad estadística*
 La unidad estadística es el hospital.
- *Unidad informante*
 La persona seleccionada.
- *Desagregación de resultados*
 Se generarán resultados por hospital y nivel de complejidad, si la tasa de respuesta así lo permite.
- *Cobertura*
 La muestra cubre a 8.266 empleados de planta de 32 hospitales dependientes de la Secretaria de Salud del Distrito Capital.

1.2. Tipo de muestra

- La muestra es probabilística, estratificada y de elementos.
- Probabilística, porque cada persona tiene una probabilidad conocida y mayor de cero de ser incluida en la muestra.
- Estratificada, porque se particionó la población objetivo de cada hospital en dos grupos: personal asistencial y personal administrativo.
- Elementos, porque la unidad final de muestreo son las personas.

1.3. Tamaño de muestra

Para calcular el tamaño de la muestra se aplicó la fórmula del muestreo aleatorio estratificado de elementos, donde:

$$n = \frac{\left(\sum_h W_h S_h\right)^2}{V_0 + \left(\frac{\sum_h W_h S_h^2}{N}\right)}$$

$h = 1$: personal asistencia 1 y 2 : personal administrativo

$$W_h = \frac{N_h}{N}$$

S_h^2 = varianza en el estrato h

$$V_0 = \left(\frac{(\text{Esrel})}{t}\right)^2 \text{ error máximo permisible}$$

Esrel = error estándar relativo

1.4 Selección de la muestra

La selección de las unidades muestrales, las personas, se llevó a cabo por estrato con el método de muestreo aleatorio simple; con ello se busco que todos las personas tuvieran igual probabilidad de ser seleccionadas.

2. PROCEDIMIENTOS DE ESTIMACIÓN

Es la metodología estadística para garantizar estimaciones insesgadas de los indicadores de estudio.

Para la estimación de los indicadores de interés y para el control de los sesgos asociados con el muestreo de probabilidades desiguales, se ponderaron los resultados muestrales de cada hospital por el recíproco de su probabilidad de selección, denominado “factor de expansión”.

$$F_{hi} = \frac{N_{hi}}{n_{hi}}$$

donde: F_{hi} = factor de expansión del estrato h del i -ésimo hospital

n_{hi} = cantidad de personas muestreadas en el estrato h del i -ésimo hospital

N_{hi} = cantidad total de personas del estrato h en el i -ésimo hospital

El factor de ajuste por no-respuesta y por unidades en la muestra que ya no pertenecen a la nomina de los hospitales es:

$$F_{ajustado\ hi} = F_{hi} * \frac{EE_{hi} - EFU_{hi}}{EE_{hi} - EFU_{hi} - ENR_{hi}}$$

donde

EE_{hi} = cantidad de encuestas esperadas en el estrato h del i -ésimo hospital

EFU_{hi} = cantidad de personas por fuera del universo en el estrato h del i -ésimo hospital

ENR_{hi} = cantidad de encuestas sin respuesta en el estrato h del i -ésimo hospital

Bajo el diseño de muestreo estratificado el total es:

$$\hat{y} = \sum_h \sum_k F_{hi} * y_{kh}$$

3. CÁLCULO DE ERROR ESTÁNDAR

En todas las encuestas por muestreo, se debe medir siempre el error estándar, que es el indicador del grado de aproximación con que se estiman las características del universo de estudio a través de una muestra probabilística. El error estándar esta relacionado con el tipo de muestreo utilizado, el tamaño del universo, el tamaño de la muestra y la variabilidad natural de los indicadores estimados.

$$\hat{V}(\hat{y}) = \frac{1}{N^2} \sum_h \frac{N_h^2 (1 - f_h)}{n_h} S_{y_h}^2$$

$$S_{y_h}^2 = \frac{1}{n_h - 1} \sum_k (y_k - \bar{y}_h)^2$$

Para acompañar los resultados, se debe calcular el error estándar relativo, que es el error estándar absoluto expresado como porcentaje del indicador estimado.

$$ESrel(\hat{y}) = \frac{\sqrt{\hat{V}(\hat{y})}}{\hat{y}} * 100\%$$

CAPITULO 2

DISEÑO METODOLOGICO DE LA ENCUESTA CENSAL SOBRE TIEMPO DE TRABAJO DEL PERSONAL MÉDICO

En este capítulo se presentan los aspectos más relevantes del diseño estadístico de la encuesta censal realizada, cuyo interés primordial se centró en una medición y caracterización del ausentismo médico en los hospitales adscritos a la Secretaria de Salud del Distrito Capital, y cuya fuente de información fue el personal de enfermeras jefes de servicio que labora en dichos hospitales. Diseño que a la vez fue estructurado teniendo presente la necesidad de garantizar la obtención de la mayor tasa de respuesta posible.

1. DISEÑO CENSAL

El diseño de esta investigación estadística se fundamentó en los objetivos de la investigación, en particular, el de “*conocer, dimensionar y caracterizar el ausentismo médico en los hospitales adscritos a la Secretaria de Salud del Distrito Capital*”, así como en los siguientes aspectos:

- *Universo de estudio*

El universo de estudio corresponde a la totalidad enfermeras jefes de servicio que laboran en

los 32 hospitales del Distrito Capital. En el Cuadro 1 se presenta la distribución del universo por hospital.

Cuadro 1. DISTRIBUCION DEL UNIVERSO DE ENFERMERAS JEFE DE SERVICIO SEGÚN HOSPITALES - 1999

HOSPITALES	TOTAL ENFERMERAS JEFE POR HOSPITAL
TOTAL	529
1	4
2	32
3	34
4	9
5	7
6	7
7	10
8	9
9	8
10	14
11	2
12	3
13	12
14	22
15	7
16	8
17	5
18	64
19	34
20	15
21	19
22	45
23	22
24	12
25	12
26	5
27	8
28	5
29	13
30	11
31	15
32	56

Fuente: Investigación estadística y bases de datos Fedesarrollo.

- *Indicadores principales a ser estimados*
 Total y porcentaje de percepción de ausentismo médico
 Tasa de ausentismo
 Total y porcentaje de percepción de razones de ausentismo
 Total y porcentaje de percepción de solución del problema de ausentismo
- *Unidad estadística*
 La unidad estadística es el hospital.
- *Unidad informante*

La enfermera jefe de cada servicio y turno.

- *Desagregación de resultados*
Se generarán resultados por hospital, servicio y nivel de complejidad, si la tasa de respuesta así lo permite.
- *Cobertura*
El censo cubre a 529 enfermeras jefes de servicio y turno que laboran en los 32 hospitales adscritos a la Secretaría de Salud del Distrito Capital.

2. PROCEDIMIENTOS DE ESTIMACIÓN

Para el diseño de encuesta censal, el total se obtiene mediante:

$$\hat{y} = \sum_h \sum_k F_{hi \text{ ajustado}} * y_{kh}$$

Por tanto, el factor de ajuste por no - respuesta, es decir, el factor de cobertura es:

$$F_{ajustado \ hi} = \frac{EE_{hi}}{EE_{hi} - ENR_{hi}}$$

donde

EE_{hi} = cantidad de encuestas esperadas en el servicio h del i -ésimo hospital

ENR_{hi} = cantidad de encuestas sin respuesta en el servicio h del i -ésimo hospital

3. INDICADOR DE CALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Para esta investigación, y consecuente con lo anterior, el indicador de calidad que se utilizará para evaluar la información obtenida en el proceso censal realizado, es el relativo factor de cobertura ($F_{ajustado \ hi}$).

Anexo 4. Cálculo de la pérdida de recursos por ausentismo médico y sobrepagos

Ausentismo	
Tiempos completos equivalentes (TCE),planta y contratos 1/	11,248
Sueldo promedio todo el personal 1/	7,314,420
Gasto personal estimado 1997 (planta y contrato)	82,272,596,160
Número de médicos generales TCE 1997 1/	430
Número de médicos especialistas TCE 1997 1/	667
Sueldo promedio médicos generales 1997 1/	1,222,741
Sueldo promedio médicos especialistas 1997 1/	1,362,793
Gasto estimado médicos generales 1997	6,309,343,560
Gasto estimado médicos especialistas 1997	10,907,795,172
Total gasto estimado médicos 1997	17,217,138,732
% Gasto personal asignado a médico generales	8%
%Gasto personal estimado asignado a remuneración de los médicos especialistas	13%
% Total gasto personal estimado asignado a remuneración de los médicos (generales y especialistas) 2/	21%
% Gasto total asignado a remuneración personal (planta y contrato)	77%
Tasa de ausentismo médicos generales	5%
Tasa de ausentismo médicos especialistas	6%
Gasto total 1998	275,026,518,698
Pérdida estimada de recursos por ausentismo de médicos generales 1998	875,698,523
Pérdida estimada de recursos por ausentismo de médicos especialistas 1998	1,698,972,226
Pérdida total estimada 1998	2,574,670,749
Pérdida estimada de recursos por ausentismo de médicos generales y especialistas como % del gasto total 1998	1%
Valor afiliación anual al régimen subsidiado	128,530
<i>Pérdida estimada de afiliaciones de pobres al régimen subsidiado durante 1 año</i>	<i>20,032</i>
SOBREPAGOS	
Pérdida porcentual por sobrepagos	11%
Participación de los suministros en el gasto total	10%
Pérdida total estimada	3,025,291,706
<i>Pérdida estimada de afiliaciones de pobres al régimen subsidiado durante 1 año</i>	<i>23,538</i>

Anexo 5.

Principales indicadores utilizados en el estudio

	INDICADOR	SIGLA
VA RI AB LE S IN DI VI D U AL ES	El salario del jefe de compras de los hospitales del cual se espera una relación inversa con las compras a precios irregulares.	INGRESO
	Se prevé que a mayor edad del jefe de compras, menos posibilidad de que el hospital presente conductas irregulares en la adquisición de insumos.	EDAD
	Se argumenta en muchos estudios una menor propensión de la mujer a incurrir en prácticas irregulares.	MUJER
	La experiencia en el sector público medida en años de antigüedad, también se considera inversa a la presencia de conductas irregulares.	EXPER
	El estado civil de los jefes de compra (casado o soltero) también influye en la posibilidad de encontrar conductas irregulares en especial en aquellos solteros	ESTAC
	El nivel de educación alcanzado, medido por haber o no cursado una especialización, influye negativamente en las conductas irregulares en la compra de insumos.	ESPEC
IN DI CA D O R ES D E C O N D U CT AS R E G U	Para cada hospital se definió un precio promedio de adquisición para todos los insumos. La variación de precios está dada por: P_{ij}/P_i*100 - Donde: P_{ij} , es el precio de adquisición del insumo i en el hospital j ; P_i es el precio del insumo i al precio que Redsalud ofrece a los hospitales	INDITOTAL
	La cantidad comprada del insumo	CANTIDAD
	La forma de pago, al día o con retraso puede explicar el mayor o menor precio a que adquiere los insumos un hospital.	FPAGO
	Así mismo, si el proveedor es un mayorista o un minorista tiene un efecto sobre el mayor o menor precio pagado por el hospital	PROVEED
	A mayor número de días pactado para el pago, el proveedor puede incluir este mayor plazo en el precio del insumo.	FPDIAS
	A través de la construcción de una variable que toma el valor de cero si se compra mediante orden de compra (mayor posibilidad de sobreprecio) o de 1 si es	MECCOM
	La relación entre horas diarias médicas ausentes y horas diarias médicas disponibles, información que se recolectó a través de los censos adelantados a las enfermeras	TAUSEN
Porcentaje del personal que percibe la existencia del ausentismo médico en cada hospital, información que se recolectó mediante las encuestas adelantadas al personal de todos los hospitales.	PAUSEN	

AUTONOMÍA	Este indicador busca captar la flexibilidad en el manejo del personal medida a través de la proporción del personal contratado mediante contratos de prestación de servicios en oposición a contratos laborales formales a término indefinido.	CONTRATOS
	La percepción de los directivos de los hospitales respecto a la frecuencia de intervención de los organismos territoriales y nacionales en los procesos de contratación del personal de planta y de contrato;	PINTERCON
	La percepción de los directivos respecto a la frecuencia de intervención de los organismos territoriales y nacionales en los procesos de fijación de la remuneración del personal de planta y de contratos	PINTERREM
	La percepción de los directivos respecto a la frecuencia de intervención de los organismos territoriales y nacionales en los procesos de elaboración del presupuesto.	PINTERPRES
TRANSPARENCIA Y RENDICIÓN DE CUENTAS	Es la proporción de los ingresos obtenidos como resultado de la facturación de servicios prestados. Se considera que a medida que las asignaciones de recursos a los hospitales públicos dependen cada vez más de su producción real y no de sus niveles históricos de gasto disminuirá cada vez más el espacio para esconder las conductas irregulares en unos presupuestos de gasto poco transparentes.	VENTASER
	Es el porcentaje de herramientas básicas de gestión disponibles a partir de una lista de 7 ítems elaborada con el apoyo de expertos. Estas son a) plan de desarrollo, b) presupuesto anual de ingresos, c) plan de inversiones, d) metas de producción, e) metas de eficiencia y productividad, f) metas de calidad y g) misión institucional. Se supone que la disponibilidad de estas herramientas introduce transparencia en el manejo institucional y por lo tanto reduce los niveles de conductas irregulares.	HERRAGES
	Es el porcentaje de herramientas y equipo básico de manejo de suministros disponibles en el hospital a partir de una lista de 4 ítems elaborada con el apoyo de expertos. Estas son a) plan de compras con mínimos y máximos b) plan de compras con promedio de consumo c) información acerca de los tiempos de reposición y d) Kárdex. Al igual que en el caso anterior se supone que la disponibilidad de estas herramientas reduce las conductas irregulares al introducir mayor transparencia en la gestión.	HERRABAS
	El número de reuniones de las juntas directivas por mes; una aproximación imperfecta sobre la importancia de la junta son las reuniones realizadas por mes;	#REUN
	La percepción de los directores de los hospitales en cuanto a la presencia "física" de los miembros en las juntas directivas, fue el segundo indicador.	PJUNTA
VIGILANCIA Y CONTROL	Son las faltas disciplinarias en 1998 sobre el total del personal considerando que siendo el personal de todos los hospitales igualmente propenso a incurrir en una falta disciplinaria se podría considerar que entre mayor fuera esta proporción mayor sería la utilización que se hace de los mecanismos de vigilancia y control existentes y mayor sería la probabilidad de detección de una conducta irregular.	FALTAS98
	Es el porcentaje del personal que consideró (en las encuestas de percepción) que los mecanismos de control y vigilancia son eficaces dentro del hospital. Se asume que entre mayor este porcentaje, mayor sería la probabilidad de detección y menor el incentivo de incurrir en conductas irregulares.	PVIGYCON
	Porcentaje de herramientas de vigilancia y control existentes a partir de una lista de 6 ítems elaborada con ayuda de los expertos. Estos son a) oficina de control interno disciplinario; b) oficina de quejas y reclamos; c) línea de denuncias; d) comisión de personal; e) auditoría externa; y, f) revisoría fiscal.	MECONTROL
	Es el porcentaje del personal evaluado en los hospitales, que aprobó la evaluación de desempeño en 1998, que podría medirnos el uso real de los mecanismos de vigilancia y control.	EVAL98