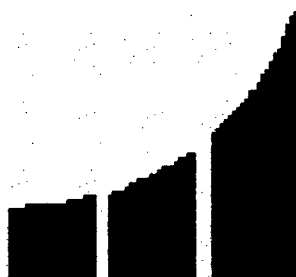


**APROXIMACIÓN A LA MEDICIÓN DE LA EFICIENCIA
ECONÓMICA Y EFICIENCIA DE LA GESTIÓN EN LOS
HOSPITALES PÚBLICOS DEL
DISTRITO DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ**

TOMO I



**ALCALDIA MAYOR
SANTA FE DE BOGOTA**



FEDESARROLLO

**SANTAFÉ DE BOGOTÁ, D.C.
1998**

**APROXIMACIÓN A LA MEDICIÓN DE LA EFICIENCIA
ECONÓMICA Y EFICIENCIA DE LA GESTIÓN EN LOS
HOSPITALES PÚBLICOS DEL
DISTRITO DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ**

**INVESTIGADORES PRINCIPALES: URSULA GIEDION, LUIS
GONZALO MORALES
INVESTIGADORES ASISTENTES: ALVARO MURIEL LÓPEZ,
CARLOS JORGE RODRÍGUEZ**

**FEDESARROLLO Y SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
SANTAFÉ DE BOGOTÁ, D.C.
1998**

**APROXIMACIÓN A LA MEDICIÓN DE LA EFICIENCIA
ECONÓMICA Y EFICIENCIA DE LA GESTIÓN EN LOS
HOSPITALES PÚBLICOS DEL
DISTRITO DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ**

**INVESTIGADORES PRINCIPALES: URSULA GIEDION, LUIS
GONZALO MORALES
INVESTIGADORES ASISTENTES: ALVARO MURIEL LÓPEZ,
CARLOS JORGE RODRÍGUEZ**

Trabajo de investigación

**FEDESARROLLO Y SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
SANTAFÉ DE BOGOTÁ, D.C.
1998**

CONTENIDO

1	ANTECEDENTES	9
1.1	LOS HOSPITALES PÚBLICOS EN EL NUEVO SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA	9
2	MARCO CONCEPTUAL	134
2.1	INTRODUCCIÓN	134
2.2	EL HOSPITAL COMO ENTE PÚBLICO	145
2.3	LA UTILIZACIÓN SUB-ÓPTIMA DE RECURSOS EN LOS HOSPITALES	178
2.4	LA CONFLUENCIA DE INTERESES DIVERGENTES EN LOS HOSPITALES	20
2.5	EL HOSPITAL COMO “SUPERMERCADO” DE PRODUCTOS	20
2.6	“EXISTEN TANTAS ENFERMEDADES COMO PACIENTES”	22
3	PRODUCTIVIDAD Y EFICIENCIA: APROXIMACIONES A SU MEDICIÓN EN HOSPITALES	24
3.1	CONSIDERACIONES GENERALES	24
3.2	CONCEPTOS BÁSICOS	26
3.3	PROBLEMAS EN LA MEDICIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD	30

3.3.1	<i>Heterogeneidad del producto.</i>	30
3.3.2	<i>Definición del producto hospitalario.</i>	32
3.4	UTILIDAD DE LA MEDICIÓN DE LA EFICIENCIA Y LA PRODUCTIVIDAD EN UN HOSPITAL.	33
3.5	MÉTODOS PARA MEDIR LA PRODUCTIVIDAD.	36
3.5.1	<i>Método de las proporciones simples</i>	36
3.5.2	<i>Métodos econométricos.</i>	41
3.5.3	<i>Data Envelopment Analysis (DEA)</i>	44
4	MARCO CONCEPTUAL PARA MEDIR LA EFICIENCIA EN LA GESTIÓN DE LOS HOSPITALES.	47
4.1	ANTECEDENTES.	47
4.2	LA EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	50
4.3	FACTORES QUE DETERMINAN UNA GESTIÓN EFICIENTE.	52
4.3.1	<i>La Dirección.</i>	53
4.3.2	<i>El liderazgo.</i>	55
4.3.3	<i>La estabilidad.</i>	57
4.3.4.	<i>La Autonomía</i>	58
4.3.5	<i>Los sistemas de costos, remuneración y pago.</i>	60
4.3.5.1	Costos.	60
4.3.5.2	Remuneración al personal y sistemas de pago.	61
4.3.6	<i>El manejo del recurso humano.</i>	63
4.3.6.1	El comportamiento del recurso humano	63

4.3.6.2. El diseño de los cargos y el manejo del cambio.....	65
4.3.6.3. La cultura corporativa.....	66
4.3.6.4. El trabajo en equipo.	68
4.3.6.5. La motivación, la retribución y los incentivos.....	69
4.3.6.6 La evaluación del desempeño.....	71
4.3.6.7 La inducción, el entrenamiento y la actualización.	73
4.3.7 <i>Las comunicaciones Internas</i>	75
4.3.8 <i>Los sistemas de información</i>	77
 5 METODOLOGÍA PROPUESTA PARA MEDIR LA EFICIENCIA EN LA GESTIÓN Y LA PRODUCTIVIDAD HOSPITALARIA	 79
5.1 METODOLOGÍA PARA DETERMINAR LA EFICIENCIA Y PRODUCTIVIDAD HOSPITALARIA	79
5.1.1 <i>Avances respecto a anteriores mediciones de “producto”</i>	79
5.1.2 <i>Descripción de la herramienta utilizada para medir la eficiencia</i>	81
5.1.3 <i>Dificultades en la medición del producto hospitalario</i>	82
5.1.4 <i>Dificultades en la medición de la productividad y la eficiencia</i>	83
5.1.5 <i>Indicadores utilizados para medir la eficiencia</i>	85
5.2 METODOLOGIA PARA EVALUAR LA EFICIENCIA EN LA GESTION EN LOS HOSPITALES...	87
 6. ANÁLISIS DE RESULTADOS SOBRE LA EFICIENCIA Y LA CAPACIDAD DE AUTOSOSTENIMIENTO DE LOS HOSPITALES DEL DISTRITO	 93
6.1 EVOLUCIÓN DEL PRODUCTO 1994-1997.....	93
6.2 EVOLUCIÓN DEL GASTO	101
6.3 INDICE DE EFICIENCIA GLOBAL (IEG)	101

6.3.1	<i>Alcance y limitaciones de los resultados</i>	101
6.3.2	<i>Comportamiento General</i>	106
6.3.3	<i>Hospitales de primer nivel.....</i>	110
6.3.4	<i>Hospitales de II nivel de complejidad.....</i>	114
6.3.5	<i>Hospitales de III nivel de complejidad.....</i>	116
6.4	RECURSO HUMANO.....	118
6.4.1	<i>Participación del gasto en recurso humano como proporción del gasto total</i>	118
6.4.2	<i>Composición del Recurso Humano</i>	120
6.4.3	<i>Eficiencia del Recurso Humano ("IERH").....</i>	123
6.4.4	<i>Comportamiento General de los Hospitales del Distrito.....</i>	124
6.5	INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD DEL RECURSO FÍSICO.....	129
6.5.1	<i>Comportamiento General</i>	129
6.6	COMPORTAMIENTO DE LA VENTA DE SERVICIOS	132
7	RESULTADOS PRINCIPALES RELACIONADOS CON LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	135
7.1	CALIFICACIÓN DE LA GESTIÓN DE LAS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS DEL DISTRITO DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ.	149
7.1.1	<i>Resultados generales de la valoración.</i>	149
7.2	RESULTADOS ESPECÍFICOS DE LA VALORACIÓN SEGÚN ASPECTOS QUE INTERVIENEN EN LA GESTIÓN.....	152
8	ANÁLISIS DE CORRELACIONES ENTRE PRODUCTIVIDAD Y	

GESTION.....	160
9 LA CARTA DE NAVEGACION.....	166
10 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GENERALES.....	171
10.1 CONCLUSIONES.....	171
10.2 RECOMENDACIONES.....	174
BIBLIOGRAFIA.....	184
ANEXOS	

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1.	Relación insumo / Producto para cada hospital.....	45
Cuadro 6.1.	Valor del Producto Hospitalario, por niveles y total.....	96
Cuadro 6.2.	Valor del Gasto Hospitalario, 1995 – 1997.....	107
Cuadro 6.3.	Indice de Eficiencia Global, Valor y cambio Porcentual.....	108
Cuadro 6.4.	Indice de Eficiencia Global Ajustado.....	109
Cuadro 6.5.	Participación del Costo Laboral en el Gasto Total.....	119
Cuadro 6.6.	Valoración Anual del Personal Hospitalario, 1994-1997.....	121
Cuadro 6.7.	Participación de los contratos en el Gasto Total y en el Gasto Laboral, 1997.....	122
Cuadro 6.8.	Productividad del Recurso Humano, Consultas Médicas Equivalentes por Médico Equivalente.....	125
Cuadro 6.9.	Productividad del Recurso Humano con Ajuste (Costo Laboral Constante).....	126
Cuadro 6.10.	Indice de Efectividad del Recurso Humano.....	131
Cuadro 6.11.	Ingreso por Venta de Servicios.....	134
Cuadro 8.1.	Correlación IEG, Nivel de Atención e Indice de Gestión.....	161
Cuadro 8.2.	Correlación de las Variables de Gestión.....	163

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1. Insumos y Productos por hospital.....	44
Gráfico 6.1. Comportamiento del Producto Hospitalario Total 1994-1997.....	97
Gráfico 6.2. Comportamiento del Producto Hospitalario Total Nivel I.....	97
Gráfico 6.2.1-6.2.15. Comportamiento del Producto Hospitalario por Hospitales del Nivel I.....	99
Gráfico 6.3. Comportamiento del Producto Hospitalario Total Nivel II.....	98
Gráfico 6.3.1-6.3.7. Comportamiento del Producto Hospitalario por Hospitales del Nivel II.....	100
Gráfico 6.4. Comportamiento del Producto Hospitalario Total Nivel III.....	98
Gráfico 6.4.1-6.4.4. Comportamiento del Producto Hospitalario por Hospitales del Nivel III.....	100
Gráfico 6.5. Crecimiento del Indicador de Eficiencia Global Ajustado.....	106
Gráfico 6.6. Indicador de Eficiencia Global del Nivel I.....	110
Gráfico 6.6.1-6.6.15. Indicador de Eficiencia Global por Hospitales del Nivel I.....	112
Gráfico 6.7. Indicador de Eficiencia Global del Nivel II.....	115
Gráfico 6.7.1-6.7.7. Indicador de Eficiencia Global por Hospitales del Nivel I.....	117
Gráfico 6.8. Indicador de Eficiencia Global del Nivel III.....	116
Gráfico 6.8.1-6.8.4. Indicador de Eficiencia Global por Hospitales del Nivel III.....	117

Gráfico 6.8.1-6.8.4. Indicador de Eficiencia Global por Hospitales del
Nivel III.....117

LISTA DE ANEXOS DE EFICIENCIA

Anexo A. Encuesta elaborada para la evaluación de la productividad De los hospitales del distrito.....	4
Anexo B. Herramienta elaborada para estimar el Valor Hospitalario.....	11
Anexo C. Valor del Producto Hospitalario por Tipo de servicios.....	12
Anexo D. Cálculo del Factor de Ajuste.....	28
Anexo E. Composición del personal hospitalario por tipo de actividad y Vinculación, 1994-1997.....	29
Anexo F. Cálculo del número de médicos generales equivalentes y Evolución, 1995-1997.....	30
Anexo G. Análisis descriptivo de los hospitales.....	31

LISTA DE ANEXOS DE GESTION

Anexo H. Encuesta para la evaluación de la gestión hospitalaria.....	88
Anexo I. Resultados y análisis de las encuestas área por área.....	106
Anexo J. Listado de Variables.....	131
Anexo K. Tablas de Frecuencias de las principales variables.....	139
Anexo L. Tablas de Frecuencias de las variables adicionales.....	149
Anexo M. Valoración de la encuesta: comparación entre hospitales.....	197
Anexo N. Otras observaciones específicas de la gestión por institución.....	208

1. ANTECEDENTES

1.1 LOS HOSPITALES PÚBLICOS EN EL NUEVO SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

A partir de la Nueva Ley de Seguridad Social y Pensiones (Ley 100 de 1993) empezaron a darse importantes cambios en la forma como se financiaban, organizaban y prestaban los servicios de salud en Colombia; los que supuestamente deben conducir a modificaciones substanciales en los niveles de cobertura, acceso a los servicios, eficiencia y calidad en su prestación. En este nuevo esquema, el Estado, representado en el Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y sus entes homólogos a nivel territorial, tienen como función esencial la de “regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población en todos los niveles de atención” (Ley 100), lo que significa un cambio radical con respecto al anterior Sistema Nacional de Salud en el cual el Estado tenía la responsabilidad no solo de regular sino también de financiar y prestar directamente los servicios de salud para la población de escasos recursos bajo el denominado “sistema de asistencia pública”.

La ley 100 de 1993 obliga a replantear a fondo la manera como tradicionalmente se concebía el funcionamiento de los hospitales públicos, en especial en los aspectos referentes a *cual era la mejor manera de conducir su gestión y de hacer la evaluación de sus resultados*. Indiscutiblemente los hospitales públicos deberán seguir siendo manejados como “empresas públicas de carácter social” en las que deben primar los objetivos “sociales”, antes que los “económicos”, pero sin que con ello pueda justificarse el uso ineficiente de los recursos escasos que se poseen. A partir de la nueva ley, los hospitales deberán operar en un escenario en el que ya no serán monopolios con clientelas cautivas, financiados con base en el nivel histórico de gasto sin que para nada importara “cuántos y de qué calidad” eran los servicios que ofrecían. Sin duda se verán obligados a mejorar su gestión so pena de ser desplazados en su papel por aquellos que sean capaces de hacerlo mejor. Las circunstancias de escasez crónica de recursos en el sector y las bajas coberturas en el acceso a los servicios obligan a que todos los que quieran participar en el nuevo sistema, bien sean instituciones públicas o privadas, lo hagan de manera eficiente y con altos niveles de calidad. *La productividad y la calidad en la prestación de los servicios se volverán, dentro del actual contexto, en los principales determinantes de la capacidad de supervivencia de los hospitales.*

En este sentido, la ley 100 de 1993 reglamenta (art. 194-197) la conversión de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado (ESE), a las cuales se les confiere una mayor autonomía en la toma de sus decisiones de tipo administrativo, técnico y financiero, estableciendo además que en lo sucesivo y de manera

gradual y progresiva sus ingresos provendrán de la venta de servicios que hagan a las diferentes aseguradoras (EPS, ARS, Cajas de Compensación, etc.), eliminando con ello la anterior forma de financiar sus presupuestos, que se hacía con base en los promedios históricos de gasto sin que en ello mediara para nada la cantidad y calidad de los servicios prestados, proceso de cambio que se ha denominado la transformación de los subsidios de oferta en subsidios de demanda.

Sin embargo, este proceso de “transformación” de la forma como tradicionalmente han operado y se han financiado los hospitales públicos, hacia un nuevo escenario de eficiencia, autosostenimiento y competencia, no está exento de dificultades, mucho mas allá de lo que creyeron quienes diseñaron las reformas. En primer término, los pocos estudios que existen sobre productividad en hospitales en Colombia¹ muestran como estos entes públicos en especial los del Distrito de Santafé de Bogotá, comparados con otras instituciones del país, presentan serias dificultades derivadas de sus altos costos de operación y de su bajísima productividad, que habrá que ir solucionando de manera gradual y progresiva mediante un esfuerzo coherente y consistente aplicado durante varios años.

Igualmente, en muchos casos la baja productividad y los altos costos de operación que se observan en ciertos hospitales públicos, obedecen a razones de tipo

¹ La reforma de salud en Colombia y el plan maestro de implementación. Informe final. Proyecto de la reforma del sector salud en Colombia. Escuela de Salud Pública Universidad de Harvard.

conceptual derivadas de las características propias de los servicios de salud, y de tipo estructural de los mercados de referencia sobre los cuales operan, mas que a ineficiencias en la gestión de sus recursos, situación que se aplica generalmente a entidades ubicadas en municipios distantes y que brindan cierto tipo específico de servicios considerados como esenciales para la población. Estas justificaciones de tipo conceptual y estructural, en algunos casos obligarán a pensar en formas alternativas de financiamiento para cierto tipo de servicios y de instituciones, diferentes a la venta de servicios a entidades aseguradoras, lo que significa que para cada caso en particular será necesario diseñar un “plan de transformación y ajuste institucional” que responda a unas características particulares tanto de la institución como del mercado en el cual se opera, con el cual se conduzca en forma gradual y segura a los hospitales públicos a actuar de manera eficiente en el nuevo Sistema de Salud en Colombia.

El principal reto al que hoy se enfrentan los administradores de los hospitales públicos es el de lograr hacer una “transición y ajuste institucional” adecuada en todos los aspectos que atañen a su funcionamiento, mediante la cual logren de manera gradual consolidar sus hospitales como entes que responden de manera eficiente y con calidad a las demandas de servicios de la comunidad.

El presente trabajo tiene como finalidad esencial la de hacer una aproximación a los niveles actuales de eficiencia técnica y de gestión relativas en el que vienen

operando los hospitales públicos adscritos al Distrito Capital de Santafé de Bogotá, con lo que sea posible tener una idea bastante clara y con ello poder construir una especie de “carta de navegación” en la se tenga a la mano cuales son las principales fortalezas y debilidades en los aspectos mencionados al igual que el mejor camino a seguir en el mediano y largo plazo para poder enfrentar exitosamente la competencia en una ciudad en donde hay indicios preliminares (Mora, Morales, 1997)² de que en muchos servicios se presenta saturación de la oferta, lo que hace suponer que la competencia entre los distintos prestadores por captar usuarios será feroz, lo que sin duda obligará a ser muy eficientes con servicios de excelente calidad si al menos se quiere sobrevivir en el medio.

² Mora Humberto y Luis G. Morales. Consideraciones sobre la evaluación de la eficiencia relativa de los hospitales colombianos. Revista Universitas Económica. Vol IX, No. 3, junio 1997.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 INTRODUCCIÓN

Para poder entender qué produce y cómo produce un hospital, fundamento mismo de la medición de la productividad, es importante tener claridad respecto a cómo funciona una institución prestadora de servicios de salud, porque como se verá mas adelante, presenta unas características que la hacen particular en su operación. Es importante tener en mente estas características no sólo a la hora de medir la productividad de los entes hospitalarios sino también en el momento de analizar los resultados.

Es frecuente observar como se tratan de hacer comparaciones entre hospitales con firmas de otros sectores productivos desconociendo las particularidades del sector salud. Esto conduce muchas veces a generalizaciones erróneas, como por ejemplo las que se obtienen desconociendo la gran *variabilidad que presenta el producto de salud*. Lo anterior impide comparar ciertas instituciones que aparentemente parecen similares entre sí, lo que no ocurre en otros sectores en

donde el producto es muy homogéneo facilitando con ello el proceso de construcción de estándares de producción. Igualmente los márgenes de seguridad en la utilización de insumos y recursos tecnológicos con los que es necesario trabajar en el sector salud, por razones como las que nadie estaría dispuesto a correr riesgos por esta circunstancia cuando se trata de su vida, son mucho mayores a los utilizados en otros sectores, lo que aparentemente induce a pensar en ineficiencia en los procesos productivos. Las particularidades del sector de los servicios de salud hacen del análisis de la productividad un propósito particularmente complejo. A continuación se enumeran algunas características del sector de los servicios de salud que son especialmente importantes a la hora de medir y analizar la eficiencia en este sector.

2.2 EL HOSPITAL COMO ENTE PÚBLICO

Cuando se pretenden estudiar las instituciones hospitalarias públicas, surgen una serie de elementos que deben tenerse en cuenta en torno a las características particulares que acompañan al sector público, el que a juicio de algunos autores³ posee una gama de condiciones que lo hacen diferente del sector privado, y en muchos casos ineficientes por naturaleza. La situación más típica que explica en buena parte esta afirmación, se deriva de la *condición de agente* que asume el

³ Vickers J., Yarrow G. "Un análisis económico de la Privatización.". Fondo de Cultura Económica.

director del hospital público, quien representa los intereses que le fueron confiados a un gobernante elegido por medio del voto por una comunidad dispersa y muchas veces expresada minoritariamente por esta vía, lo que en cierta medida relaja sus obligaciones como “agente”.

En la mayoría de los casos de los hospitales públicos en este país, la comunidad no tiene mecanismos para exigir un rendimiento de cuentas al director sobre un servicio que supuestamente les pertenece, por varias razones: i) generalmente no existe una definición precisa y cuantificable de los objetivos que se persiguen con el hospital, lo que muchas veces se limita a definiciones vagas de “prestar un servicio social” sin que en la mayoría de los casos se sepa a qué costo y de qué calidad; ii) en ausencia de una clara definición de los derechos y obligaciones de usuarios y del prestador, los mecanismos de monitoreo que tratan de implementarse se hacen ineficientes e inoperantes, tal es el caso de la forma como en nuestro medio se acostumbra evaluar la gestión de los directores de los hospitales públicos, centrada principalmente en mecanismos como son el cumplimiento de una serie de engorrosos procesos administrativos y legales, sin que para nada importe cuales fueron los resultados y el impacto sobre la salud de la comunidad que atienden; Además, en la mayoría de los casos estos mecanismos de control de la gestión institucional, sea cual fuere su tipo y denominación son inexistentes. iii) los supuestos beneficiarios no tienen claridad respecto a la cantidad y calidad de los servicios a los que supuestamente tienen

derecho. Lo anterior es especialmente cierto en un esquema de “asistencia pública”, donde los servicios se dan en función de la disponibilidad de los recursos y la buena voluntad de los prestadores y iv) mas aun, se carece de mecanismos coercitivos eficaces para hacerle exigible al director o al gobernante de turno el cumplimiento de sus obligaciones frente al derecho que tienen los usuarios, es decir que hacer bien o mal las cosas no genera consecuencias ni para el director ni para el gobernante que lo designó.

La conversión de los hospitales públicos en las denominadas “Empresas Sociales del Estado”, junto con la introducción de un esquema de aseguramiento y de competencia por atender al usuario como condición esencial para poder sobrevivir, busca en esencia acercar la comunidad a la gestión de la institución, crear un “doliente cercano” que posea mecanismos efectivos con los cuales pueda exigir la rendición de cuentas y el logro de resultados a sus administradores, en donde a pesar de que el principal objetivo debe seguir siendo brindar un servicio social, no excluye la responsabilidad para que los recursos que la comunidad invierte mediante el pago de contribuciones e impuestos, que le dan un derecho sobre la institución, deban rendir al máximo ofreciendo mas y mejores servicios a la comunidad. Lo anterior ha sido consignado en la propia Ley de Seguridad Social y Pensiones (Ley 100 de 1993, art. 198-200) donde se establecen las reglas de juego para el manejo de la información hacia los usuarios y se dispone la definición de normas de calidad y satisfacción del usuario.

En consecuencia, con base en los planteamientos hechos en los párrafos anteriores y una vez que se tengan claras y bien definidas la forma y condiciones para la participación de los usuarios en los procesos de control de la gestión hospitalaria, mecanismos como los que se describirán mas adelante utilizados en la medición de la eficiencia técnica y la eficiencia en la gestión, se convierten en unas poderosas y necesarias herramientas de monitoreo y de control, de mucha utilidad tanto para el director del hospital como para la comunidad representada en sus juntas directivas y en las asociaciones de usuarios, con los cuales puedan exigir de manera mas objetiva el cumplimiento de sus derechos como usuarios de los servicios de salud.

2.3 LA UTILIZACIÓN SUB-ÓPTIMA DE RECURSOS EN LOS HOSPITALES

Un hospital puede ser visto como una “empresa” con una estructura funcional interna muy particular en la que se *conjugan intereses* que desde la óptica económica apuntan *en diferentes direcciones*. Autores como Harris y Newhouse⁴ tratan de explicar qué papel juegan en el funcionamiento de un hospital los pacientes, los médicos y los administradores hospitalarios.

⁴ Jeffrey E. Harris. “The Internal Organization of Hospitals: some economic implications”. The Bell Journal of Economics.1977. NewHouse J. P. “ Toward a Theory of Nonprofit Institutions: An economic Model of a Hospital.” The American Economic Review. Vol 60, Nr. 1 (March 1970).

En la caracterización de Harris, los médicos constituyen la fuerza motriz del hospital y buscan “lo mejor para su paciente”, cuando se trata de la salud y la vida. Para asegurar un servicio adecuado, demandan permanentemente disponibilidad inmediata y variedad de herramientas diagnósticas y terapéuticas, situación que obliga a disponer de una gran variedad de servicios en muchos casos “subutilizados”. El paciente, quien es el consumidor de los servicios, generalmente no tiene ninguna opción de decisión sobre su consumo de servicios. El médico actúa como su *agente* que lo representa. Ningún médico o paciente aceptaría que en caso de una emergencia no hubiera disponibilidad de un quirófano o de un respirador artificial. Por esta razón, supuestamente un buen hospital debería tener siempre “de todo” y con “disponibilidad inmediata”, lo cual conlleva cierto grado de subutilización y, por ende, de ineficiencia económica tal y como corrientemente se entiende el término⁵. Es decir, esta supuesta subutilización de la infraestructura generara una producción subóptima consecuentemente más costosa. En efecto, la teoría económica clásica indica que las entidades deben producir sobre la frontera óptima de producción y alcanzar además los niveles de eficiencia económica.⁶ Dada la incertidumbre de la demanda por servicios hospitalarios combinado con la dificultad de rechazar un paciente en caso de urgencia, los hospitales casi nunca pueden trabajar sobre la frontera óptima de producción.⁷

⁵ Se entiende por eficiencia económica la mejor manera de hacer las cosas al precio mas bajo.

⁶ Se entiende por eficiencia técnica la mejor manera como “tecnológicamente” se pueden hacer las cosas para obtener resultados óptimos sin consideración a su precio.

⁷ Gaynor M., Anderson G.F, *Uncertain demand, the structure of hospital costs, and the cost of*

2.4 LA CONFLUENCIA DE INTERESES DIVERGENTES EN LOS HOSPITALES

Por otro lado, los “administradores” hospitalarios, quienes enfrentan la escasez relativa de recursos en una institución, deben responder permanentemente a las “demandas” de los médicos por variedad y disponibilidad de servicios, buscando al mismo tiempo que su “empresa” sea eficiente y utilice al máximo sus recursos.

Estas particularidades hacen que a la hora de evaluar la productividad de un prestador de servicios de salud, habrá que tener en cuenta que los servicios prestados no son el resultado de la búsqueda de la máxima productividad sino de una conjugación de agentes que tratan de maximizar objetos distintos: la productividad, el prestigio del hospital y el bienestar del paciente.

2.5 EL HOSPITAL COMO “SUPERMERCADO” DE PRODUCTOS

Existe una discusión entorno a si los hospitales deben especializarse en productos específicos o si por el contrario deben ofrecer de “todo” para lograr unos niveles máximos de eficiencia.

Prácticamente, ningún hospital, se especializa exclusivamente en la producción de

empty hospital beds, Journal of Health Economics 14 (1995), 291-317.

“egresos” como producto final. Integran, más bien, una compleja mezcla de servicios de tipo “interno” (hospitalarios) orientados a atender los “egresos” (pacientes que se hospitalizan), cuyo ejemplo típico es la “cama”; y de servicios “externos” orientados a atender los pacientes “ambulatorios” o aquellos que no serán internados. En muchos casos, los procedimientos realizados para atender a ambos tipos de pacientes son los mismos, como es el caso de los servicios de laboratorio clínico o de rayos X⁸.

Probablemente, una de las razones para que los hospitales de hoy ofrezcan una mezcla de servicios “ambulatorios” y “hospitalarios” es el efecto de reducción en los costos unitarios de los servicios que se logra en esta forma. En efecto, bajo la presión del cuerpo médico, los administradores deben asegurar que el hospital disponga de un completo “supermercado” de servicios, que les permita atender integral y cómodamente al paciente, reduciendo los riesgos para él y para la propia imagen y prestigio del médico, en un medio cada vez más competitivo. La atención de los pacientes “ambulatorios” permite aumentar la utilización de los equipos y reducir el costo de los servicios producidos.

Al respecto, cada vez es más frecuente observar cómo al lado de los hospitales se construyen grandes torres de consultorios médicos. En esa forma se facilita el acceso de los pacientes a estos “supermercados” de servicios, a la vez que le permite al hospital una mayor utilización de sus equipos y la producción de

⁸ Nótese que los servicios utilizados para “producir un egreso” pueden ser considerados como “productos intermedios” del hospital, y en algunos casos como productos finales dirigidos a los

servicios a menores costos unitarios⁹.

En comparación con la visión tradicional que considera al hospital como productor de “egresos”, la proliferación de servicios y los distintos niveles de complejidad de los casos atendidos imponen la necesidad de tomar en cuenta elementos adicionales en las mediciones del producto y de la eficiencia de un hospital, tales como la mezcla de casos que son atendidos que refleja el tipo de pacientes y la severidad e intensidad de las patologías que presentan.

2.6 “EXISTEN TANTAS ENFERMEDADES COMO PACIENTES”

La anterior frase, muy común en la enseñanza médica, ilustra muy bien un problema de suma importancia a la hora de proceder a hacer comparaciones en los niveles de productividad entre hospitales. Mientras que resulta relativamente fácil de comparar los niveles de productividad en el sector industrial, por ejemplo entre dos productores de gaseosas, esto no es el caso en el sector de los servicios de la salud ya que es difícil encontrar dos productos totalmente homogéneos entre sí. Así por ejemplo, supóngase que existen dos hospitales que sólo producen consultas generales, uno ubicado en un área donde viven ante todo

pacientes ambulatorios.

⁹ En Norteamérica es común observar esta circunstancia, en la cual se generan integraciones verticales de diversos proveedores de servicios en torno al hospital, para conformar lo que se ha denominado los “multihospitales”.

jóvenes profesionales y otro en un área preferencial de personas de la tercera edad. Es muy probable que el hospital que atiende las personas de edad se demore más en cada consulta porque los casos tratados son más complejos. Un análisis superficial podría llegar a la conclusión que ello significa un menor rendimiento en términos de productividad. Lo anterior implica que la comparación de los niveles de productividad siempre tiene que efectuarse con mucha cautela a la hora de interpretar los resultados.

Este es también el caso muy frecuentemente observado cuando se comparan los días de estancia promedio entre hospitales como indicador de productividad. Lo anterior se hace al considerar que todos los hospitales ofrecen aparentemente un producto homogéneo: el egreso hospitalario, que a la hora de analizar cada hospital con más detenimiento, esconde productos totalmente distintos en su contenido, que hacen necesario ajustar el producto antes de poder efectuar comparaciones válidas.

3. PRODUCTIVIDAD Y EFICIENCIA: APROXIMACIONES A SU MEDICIÓN EN HOSPITALES.

En esta sección se establece el marco teórico y conceptual de la medición de la eficiencia y la productividad en las entidades prestadoras de servicios de salud haciéndose un especial énfasis en las ventajas, limitaciones y aplicabilidad de las diferentes metodologías utilizadas.

Para tal fin, en primera instancia se hacen una serie de consideraciones generales respecto a la medición de la eficiencia y la productividad en hospitales; luego se definen los conceptos básicos que tienen que ver con este tema. Enseguida se introducen las dificultades que se pueden encontrar midiendo la productividad en el caso concreto del sector de los servicios de salud, terminando con una descripción de los principales métodos utilizados para dicha medición.

3.1 CONSIDERACIONES GENERALES.

La medición de la productividad ha evolucionado bastante en los últimos 30 años. Sin embargo los problemas básicos de medición, detectados desde el inicio, todavía no han encontrado soluciones metodológicas satisfactorias. *En efecto, el principal problema sigue siendo la medición del producto hospitalario de tal forma que sea comparable entre entidades distintas y en períodos diferentes.* Dicha igualdad no siempre es fácil de lograr, ya que en ocasiones plantea la necesidad de crear supuestos, a veces poco realistas, que permitan unificar la medida tanto de insumos como de productos.

Otro aspecto, relacionado con el anterior para el que no se tiene aún una forma clara de medición es el ajuste por calidad: por mas que se denomine a un producto de cierta forma, por ejemplo consultas externas, y por mas que todos los hospitales de una muestra ofrezcan dicho servicio (producto), no hay manera de explicar la mayor preferencia de los usuarios por los servicios prestados por cierto hospital, a menos que se hagan consideraciones sobre la calidad en el servicio (localización, atención, servicios adicionales al usuario, etc.); sin embargo aun es bastante difícil la incorporación de estos elementos al análisis.

Finalmente, con ninguno de los métodos de estimación mas usados es posible superar todas las dificultades que se presentan al tratar de medir la productividad de los hospitales como un valor absoluto que sirva de patrón general de referencia. Mas bien es factible avanzar en la comparación relativa de niveles máximos observados entre instituciones con los que sea factible definir fronteras

que sirvan de parámetro a las comparaciones.

A pesar de los problemas expuestos y de su complejidad, sin duda es necesario medir la productividad de los hospitales, ya que su funcionamiento afecta de manera directa a una buena parte de la población y además ha requerido un desembolso importante de recursos por parte de las diferentes administraciones, resultando apropiado evaluar cuál es el desempeño actual de estas instituciones y dónde es necesario apoyarlas para que tanto la cobertura como la calidad en el servicio de salud sean los mejores (en términos de productividad y eficiencia).

3.2 CONCEPTOS BÁSICOS

Antes de entrar a analizar las herramientas más usuales para medir la productividad conviene aclarar algunos de los conceptos más importantes como son la eficiencia económica y técnica, la intensidad, la calidad y la productividad. Estas nociones se relacionan entre sí, pero existen diferencias sutiles que hacen que su interpretación, en términos económicos, sea diferente. A continuación se trata de hacer una aproximación a los conceptos básicos antes descritos, que ayuden al lector a entender términos que a veces son usados de manera indiscriminada.

La eficiencia de una firma (hospital, en nuestro caso) depende de dos aspectos principales: el uso que se haga de los insumos y su costo. El primer aspecto es analizado por la *eficiencia técnica* (productividad en adelante), la cual relaciona los insumos utilizados en razón de los productos que se generan; esto es, en otras palabras, que la firma A será mas productiva que la firma B si con la misma cantidad de insumos o con una combinación diferente de ellos genera una mayor cantidad de producto, o dicho de otra manera, que el mismo producto es generado con menos insumos¹⁰.

El análisis de la eficiencia que involucra el costo de los factores es denominado *eficiencia económica* (eficiencia en adelante), el cual incluye consideraciones de minimización de dichos costos. La eficiencia es, en otras palabras, una medición de la productividad en términos de lo que se produce y de lo que cuesta producirlo; así, una firma será más eficiente en la medida que sus costos de operación para generar un nivel de producto X sean inferiores a los costos de las demás firmas, o que con los mismos insumos se genere un nivel de producto mayor. Para ilustrar lo anterior a través de un ejemplo, supóngase que el producto de un hospital se puede expresar en una medida equivalente de los egresos del mismo, a la vez que los insumos se expresan como una medida equivalente de las *horas de médico general* (hmge) empleadas. La productividad del hospital se

¹⁰ Nótese que hasta ahora se han dejado de lado consideraciones sobre calidad del producto o intensidad en el uso de los factores. Esto se analizará mas en detalle cuando se examinen las

medirá entonces como la cantidad de *hmge* necesarias para producir un *egreso*, o la cantidad de *egresos* generada por la utilización de un *hmge*. Si además de considerar las *hmge*, consideramos su costo, entonces estamos analizando la eficiencia de los hospitales, ya que en este caso se medirían los egresos hospitalarios en términos del costo de un *hmge*.

Otros elementos que son importantes en el análisis de la productividad son los conceptos de *calidad e intensidad*. El primero de ellos se refiere tanto al impacto real de los servicios sobre la salud del paciente (calidad médica), como a la percepción que este tiene acerca del servicio que se le presta (satisfacción del usuario). La importancia de este concepto radica en que, bajo el supuesto de que el producto de dos hospitales es el mismo (ambos prestan el servicio de consulta externa), la percepción de la calidad y su calidad médica es uno de los factores que en últimas determinará la escogencia de un hospital u otro por parte del usuario y además determina el costo del servicio prestado.

En la valoración del producto sería de suma utilidad tener en cuenta diferencias en la calidad de los servicios ofrecidos, aspecto poco desarrollado y en el que se presentan múltiples dificultades para poderlo llevar a cabo. Es importante anotar, sin embargo, que algunos estudios ya ajustan el producto hospitalario por diferencias en la calidad. Quizás lo más avanzado al respecto es un indicador que relaciona la mortalidad intrahospitalaria observada con la estimada para la mezcla

dificultades que se tienen para la medición de la productividad.

de pacientes tratados en cada hospital.¹¹

El concepto de *intensidad* se asocia, por lo general, a la utilización relativa de los insumos productivos en la generación del producto final; esto es, por ejemplo, en la generación de un mismo egreso hospitalario, cuántos días de hospitalización, o servicios de rayos X o laboratorio se emplean. Esto hace variar substancialmente la productividad y los costos entre hospitales, e induce a que los compradores de servicios utilicen métodos de pago en los cuales se reconozca una cifra global fija con la que se estimule un uso racional de los insumos productivos.

Tanto la calidad como la intensidad presentan una relación teórica de doble causalidad con la productividad, ya que involucran elementos adicionales tales como las diferencias en el tipo de pacientes tratados o el estado general de salud de los mismos, lo que hace que se empleen mayores o menores cantidades de insumos para su tratamiento. El efecto de usar mayor cantidad de recursos (humanos o físicos) y de una cierta calidad en el tratamiento de los pacientes tiene un efecto ambiguo sobre la productividad ya que, por ejemplo, un mayor número de enfermeras por paciente puede ser síntoma tanto de mayores facilidades de atención, como de una posible congestión de la institución por exceso de personal.

¹¹ Al respecto véa por ejemplo, Morey RC, Fine DJ, Loree SW et alia, *The trade-off between hospital costs and quality of care. An exploratory empirical analysis*, Med Care 1992 Aug; 30(8): 677-698.

Vea también autores como Pineault et. al que han hecho aproximaciones a la evaluación de la calidad en los servicios mediante la combinación de los aspectos técnicos y la percepción de los usuarios. Pineault R., et al. Randomized clinical trial of one day surgery patient satisfaction, clinical outcomes, and cost. Med. Care. 1985 Feb; 23(2): 171-182.

Resulta básico, entonces, ajustar por calidad tanto los insumos como los productos del hospital, a fin de obtener una medida homogénea del producto y un cálculo eficiente de la productividad de los hospitales. Así mismo, aún si se pudiera ajustar por calidad sería difícil determinar si diferencias en la intensidad están relacionados con diferencias en la severidad de los pacientes tratados, o con menores niveles de productividad.

Estos conceptos serán útiles para la comprensión de los diferentes métodos empleados para medir y analizar la productividad de los hospitales. A pesar de que se ha avanzado considerablemente en la precisión en la medición del producto hospitalario, no es posible aún contar con el método ideal que permita unas perfectas condiciones de comparabilidad de un mismo producto en dos instituciones diferentes, ya que existen serias limitaciones en la posibilidad de ajustar por diferencias en la calidad y por el tipo y complejidad de los pacientes atendidos.

3.3 PROBLEMAS EN LA MEDICIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD

3.3.1 Heterogeneidad del producto. Las instituciones prestadoras de servicios de salud generan diferentes productos. Los productos generados por una institución hospitalaria por lo general difieren entre si, aunque en apariencia sean iguales. Para ilustrar la dificultad en la medición del producto tomaremos el caso

de dos hospitales hipotéticos (A y B) que prestan el servicio de partos, el cual será el producto en nuestro ejemplo. Cada uno de los hospitales “produce” un parto por hora, y para ello el hospital A usa un ginecólogo, un anestesiólogo y dos auxiliares; además hace monitoreo fetal y los días promedio de estancia de la madre son tres. El hospital B, por su parte, utiliza un auxiliar más, no hace el monitoreo, pero los días de estancia son dos. Finalmente resulta que las tasas de mortalidad neonatal son muy distintas en ambos hospitales a pesar de que la condición preparto de las mujeres que ingresan a ambos hospitales es muy parecida en ambos casos. Así las cosas, lo que parecería ser un producto homogéneo (partos por hora) en realidad no lo es, porque cada producto hospitalario lleva implícita una cantidad de subproductos tal que de desagregarse completamente, la medición de la productividad sería una tarea prácticamente imposible¹². La heterogeneidad en los niveles de productividad encontrados podría tener diferentes explicaciones: los insumos usados, los costos de adquisición de los mismos y sus diferentes niveles de utilización, la severidad de los casos atendidos así como las diferencias en la calidad del producto¹³.

La producción de todo bien o servicio implica la inclusión de ciertas materias primas (insumos); para el caso del sector hospitalario, los elementos que se pueden asimilar a insumos productivos son, p.e., el número de médicos generales,

¹² Newhouse, Joseph. Frontier estimation: How useful a tool for health economics? JHE 13 (1994) pp 317-322

¹³ Algunas de estas razones, las que tienen que ver con costos, afectan sólo la eficiencia económica.

médicos especialistas, enfermeras, auxiliares (por el lado del factor humano), dotación de camas, equipos de rayos X, laboratorios de diferente clase (por el lado de equipos y capital). También es posible medir los insumos a través de la construcción de indicadores que agregan varios de ellos tales como el equivalente horas médico general (hmge), equivalente hora médico especialista (hmes), equivalente camas ocupadas, entre otros.¹⁴

3.3.2 Definición del producto hospitalario. Por otro lado se tienen los productos hospitalarios, los cuales son en realidad un conjunto de servicios intermedios y finales, cuyo objetivo principal debe ser el de contribuir al mejoramiento del “estatus” general de salud de la población que atiende el hospital. Estos productos pueden ser medidos en términos de egresos hospitalarios, consultas externas efectuadas, exámenes de rayos X, ginecológicos, obstétricos, etc., cirugías (de diferentes clases), promedio de días de hospitalización y campañas preventivas entre otros. Algunos de estos productos son denominados intermedios y otros finales, por ejemplo, los egresos y las consultas son considerados productos finales del sector hospitalario mientras que los diferentes exámenes, si bien son productos, no son finales sino que contribuyen a la generación de un producto mas “elaborado”. No sobra decir que

¹⁴ El concepto de equivalencia tiene como propósito crear una medida homogénea de los insumos; así, por ejemplo cuando se mide el recurso humano se establecen asociaciones entre las horas trabajadas por parte de cada uno de los empleados de la firma y, a partir de ellas, se establecen

tanto los productos intermedios como los finales presentan las mismas dificultades de agregación, dada la heterogeneidad, que fue expuesta renglones arriba. La dificultad para realizar mediciones agregadas del producto hospitalario radica en que generalmente en cada hospital se realizan combinaciones diferentes de productos intermedios y productos finales que supuestamente deben guardar una relación estrecha. Por ejemplo, un egreso puede asociarse a un determinado número de exámenes diagnósticos, pero cuando esto se mira en la realidad, varía substancialmente de una institución a otra, por que por efecto de la utilización ambulatoria de los servicios, unas veces los servicios diagnósticos son de carácter intermedio y otras veces como productos finales.

3.4 UTILIDAD DE LA MEDICIÓN DE LA EFICIENCIA Y LA PRODUCTIVIDAD EN UN HOSPITAL.

En la parte introductoria de este documento se menciona a grandes rasgos y de manera general la importancia que en la reforma colombiana adquiere la medición sistemática de la productividad y la eficiencia en los hospitales, fundamentada esencialmente en la necesidad de actuar en un mercado de prestación de servicios que será cada vez mas competido y por ende más exigente en términos de una excelente utilización de los recursos escasos y de una producción con altos estándares de calidad como requisitos esenciales para garantizar la

las equivalencias.

sobrevivencia futura.

En este capítulo, se hace una relación mucho mas detallada de cuales son las razones que justifican este proceso continuo de medición de la eficiencia y productividad en los hospitales¹⁵. Los principales argumentos son:

- La medición de la productividad y eficiencia permite comparar el desempeño de los diferentes agentes utilizados en el proceso de prestación del servicio de salud (mano de obra, recursos físicos y capital), para así poder plantear acciones correctivas por parte de las directivas de la institución.
- Ayuda a establecer si los hospitales son lo suficientemente productivos y eficientes para sobrevivir en un contexto de mercado donde deben vender sus servicios a las tarifas de mercado vigentes.
- Permite evaluar el impacto de nuevos mecanismos de pago, de procesos de reorganizaciones internas, de la incorporación o eliminación de ciertos productos, entre otras cosas.¹⁶
- Una vez establecido el nivel de productividad y eficiencia en cada ente

¹⁵ En el primer capítulo se reflexionó sobre la necesidad del análisis de la productividad dentro del contexto de la reforma. En este capítulo se analiza su utilidad en términos generales tanto para el "policy maker" como para el hospital mismo.

prestador, es posible definir e fijar metas concretas que conduzcan a su mejoría.

- La medición de la productividad y eficiencia es una herramienta importante para la regulación de las tarifas hospitalarias, en la medida en que establece la capacidad de la institución para autofinanciarse. Esto permite a los diseñadores de política tener una idea clara de hasta donde deben incluir partidas para financiar los déficits de los hospitales en caso de que estos se presenten¹⁷.
- Lo que es realmente importante del análisis de la productividad y eficiencia es que permite establecer, a partir del conocimiento de la situación de cada hospital, una “jerarquía” de los hospitales en cuanto a sus niveles de productividad, para así poder tomar medidas en aras de mejorar aquellos aspectos en los cuales los hospitales son menos productivos.
- No menos importante es que un análisis de este tipo permite conocer los avances que se han presentado desde la implementación de la reforma respecto a la situación previa.

¹⁶ En efecto, en EE.UU esto ha sido un énfasis prioritario de los estudios de productividad, en particular desde que se introdujeron los sistemas de pago prospectivos (PPS).

¹⁷ Algunos autores dicen las tarifas de los servicios deberían establecerse con base en un costo eficiente y no simplemente en el costo promedio observado

- La medición más precisa de los niveles de eficiencia y productividad dota de herramientas a la comunidad que hagan mas eficaz el proceso de rendición de cuentas de sus directores y gobernantes.

3.5 MÉTODOS PARA MEDIR LA PRODUCTIVIDAD

Pueden distinguirse dos tipos de análisis de la productividad: el análisis descriptivo de relaciones entre el producto y los insumos¹⁸ y los modelos econométricos. Entre estos últimos, las dos metodologías más utilizadas son el “Data Envelopment Analysis”(DEA) y la “Estimación de Fronteras”. Cada método tiene sus ventajas y desventajas y, de pronto aún más importante, cada uno de ellos es más o menos factible e inmediato para su computación. Todos los métodos son válidos siempre y cuando midan en forma adecuada los insumos y el producto. En efecto, la factibilidad de los diferentes métodos depende en gran medida de la disponibilidad de la información. A continuación se describen brevemente los dos tipos de análisis y para cada uno de ellos se muestra un ejemplo.

3.5.1 Método de las proporciones simples. Este tipo de análisis expresa relaciones simples entre insumos utilizados y productos, obtenidos a través de

¹⁸ En la literatura especializada, este tipo de análisis se llama “ratio analysis”.

tasas. Es, tal vez, el mecanismo mas elemental para aproximarse a una medición de la productividad de una firma. El modo de operación del método de las proporciones simples parte de definir claramente medidas de insumo y de producto para, posteriormente construir indicadores (las proporciones) que establecen la mayor o menor productividad de un hospital.

Por lo general estos indicadores son contruidos usando como medida de los insumos un equivalente de utilización del recurso humano, ya que los insumos de capital son de difícil medición básicamente por falta de información; la medición del producto, por su parte, busca también una medida que agrupe cierto tipo de servicios o atenciones prestadas a los usuarios. Así por ejemplo para medir la productividad del recurso humano en términos de los egresos se construye un índice de "egresos hospitalarios por equivalente hora médico general" (egrehosp/ehmg), el cual expresa la cantidad de egresos hospitalarios que efectúa cada unidad de insumo. Entre mayor sea el valor de este indicador, mayor será la productividad, en este ejemplo, de los médicos generales que laboran en el hospital.

Ejemplo de aplicación de análisis de proporciones simples

Supóngase ahora que se pretenden medir los egresos en términos del número de días promedio de ocupación de una cama (dpoc), la interpretación de este indicador es la misma que para el caso anterior. Pero puede ocurrir que el hospital A sea mas productivo que el B en egrehosp/ehmg, pero sea menos productivo en términos de egrehosp/dpoc, lo cual puede entenderse como que A está empleando en forma relativamente eficiente su recurso humano y B en forma relativamente ineficiente el recurso físico (las camas).

Otra utilidad del uso de razones simples es que permite medir la utilización relativa de ciertos servicios (bien sea finales o intermedios) la cual se logra a partir de la construcción de índices servicio-servicio (p.e ehmg/dpoc). La interpretación de estos índices da una idea de cuáles insumos son mas usados por los hospitales.

Este método de medición tiene varios limitantes tanto para los productos como para los insumos¹⁹. El problema más importante del "ratio analysis" es la comparabilidad de los indicadores de productividad obtenidos en hospitales y años diferentes por efecto de la variabilidad tanto en la calidad como en el producto en sí mismo. Sin embargo, este problema es común (en diferente medida) a todos los

¹⁹ Vea Sexton Th., "The Methodology of Data Envelopment Analysis" em Silkman A.H: *An Assessment of DEA*. New Direction for Program Evaluation, no. 32, San Francisco: Jossey Basss,

métodos de medición de la productividad. Más importante es posiblemente el hecho que el "ratio analysis" no logra en ningún momento hacer afirmaciones respecto al nivel absoluto de ineficiencia alcanzado. Sus análisis se limitan a hacer comparaciones de tipo relativo y de ordenar, por ejemplo, los hospitales de acuerdo a su nivel *relativo* de productividad. Finalmente no intenta relacionar los niveles observados de productividad con posibles variables explicatorias ya que su intención es ante todo descriptiva.

Es una medida homogénea de la productividad. Esta homogeneidad lleva a un problema mucho mayor, el cual consiste en la posibilidad de que dos tasas diferentes, que pretenden medir un mismo producto, arrojen resultados contradictorios. Retomando el ejemplo propuesto líneas arriba, el hecho que $egrehosp/ehmg$ sea mayor en A que en B no permite concluir que, en general, A sea más productivo que B, ya que otro indicador, $egrehosp/dpoc$, indica que B es mas productivo que A. Esta aparente contradicción no quiere decir que se haya fallado en la medición de la productividad; simplemente pone de manifiesto que el método de las proporciones simples no está en capacidad de medir la productividad en términos agregados, sino que lo hace a nivel de indicadores independientes. Sin embargo, cuando utilizamos como indicador la relación entre valor del producto/gasto real efectuado, se supera en buena medida esta dificultad aunque hace difícil discernir la fuente de las diferencias de la productividad. Un aspecto mas relacionado con la forma en que este sistema mide la productividad

es que impide una visión global de la productividad, debido a que por tratarse de indicadores puntuales, solo dan una idea general de la productividad del hospital en cuanto a la relación que se ha establecido.

Ejemplo del análisis de proporciones:

TIPO HOSPITAL	GIRO CAMA	PROMEDIO DÍA ESTANCIA	% DE OCUPACIÓN	FUNCIONARIOS POR CAMA OCUPADA	UNIDADES DE EQUIV. PACIENTE DÍA POR FUNCIONARIO	EQUIVA- LENTE PACIENTE DÍA POR CAMA
Nivel 3	53.76	5.63	83%	3.49	142	412
Nivel 2, 80 y más camas	61.89	3.82	68%	4.12	156	469
Nivel 2, menos de 80 camas	62.44	3.35	58%	6.32	140	514

Fuente: Los Hospitales en 1996, Mejoramiento de Servicios de Salud, Minsalud,
Mimeo, Bogotá, Julio 1997.

A pesar de lo anterior, es muchas veces la única opción disponible y, además la de mas fácil manejo. Por lo tanto, este método solo puede ser considerado como una herramienta que ayuda en el análisis y la toma de las decisiones, que en ningún momento puede reemplazar el juicio del director o del diseñador de la

política, basado en la experiencia y en el análisis de otros factores.

3.5.2 Métodos econométricos. Estos métodos utilizan planteamientos de la estadística para efectuar análisis económicos. Se parte de reconocer que se dan ciertas relaciones entre las variables con las que se trate. Tomando en consideración la abundancia y calidad que la información, el análisis econométrico permite efectuar mediciones por medio de series de tiempo (si la información es anual, mensual, semanal, etc.), “cross-section” (corte transversal) en el que se analiza mas en detalle las características para un solo momento y análisis del tipo “panel data” que combina los otros dos análisis.

Supóngase, por ejemplo, que se va a medir la relación entre el producto y el número de camas de un hospital y, para efectos de simplicidad, asúmase también que estas variables se relacionan en forma lineal. Formalmente, lo anterior se vería como:

$$Y = a + bX$$

donde Y es la medida de un producto que se ha definido previamente, X es el número de camas de la institución y a y b son los parámetros del modelo. Lo que hace el método econométrico es calcular los valores de a y b, de modo que estos sean los que mejor describan la relación entre X e Y. Para ser los mejores estimadores lineales (BLUE)²⁰ estos deben cumplir ciertas condiciones que son,

²⁰ Best Linear Unbiased Estimator

según la literatura tradicional (Pindyck y Rubinfeld, 1991), necesarias pero no suficientes para obtener una buena estimación. Dichas condiciones son: insesgadez (que el valor esperado del parámetro sea él mismo), eficiencia (que su varianza sea menor que la de todos los parámetros que puedan relacionar a las variables) y consistencia (que la probabilidad de que se vuelva ineficiente en muestras grandes sea la menor posible). La correcta estimación de los parámetros es básica para un buen análisis ya que estos miden la reacción de la variable Y aún cuando ocurra un mínimo cambio en X. Ahora bien, dependiendo de si la firma, o el conjunto de firmas que componen el estudio, son maximizadoras de beneficio o minimizadoras de costos, entonces se tendrá una especificación diferente de la conducta de las mismas. Si son maximizadoras de beneficio, el primer paso es plantear una función de producción de los hospitales, en la que el producto (variable dependiente) está en función de los insumos productivos empleados (variables independientes):

$$Y = f(K, L)$$

donde Y es el producto, K es el capital usado (camas, salas de cirugía, equipos, etc.) y L es la medida del recurso humano.

La forma en que se plantea la función de producción determina qué información utilizar, de modo que la información requerida debe ser muy precisa, a fin de no cometer errores en la medición. Este método requiere que solo haya una medida de producto o que los múltiples productos puedan ser agregados en una sola

unidad y, como este, la gran cantidad de supuestos (algunos poco realistas), son la gran limitante.

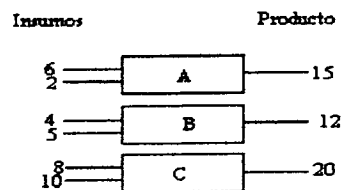
Por otro lado, si las firmas minimizan costos, es necesario plantear entonces una función de costos, tal que exprese la relación entre el costo de los insumos y su combinación óptima. En este caso se parte asumiendo una tecnología dada (que no varía en el corto plazo) y diferentes combinaciones de insumos que arrojan, por supuesto, diferentes niveles de producto. Debido al carácter social de los hospitales públicos, y a que no persiguen un lucro para sus propietarios, resulta mas apropiado pensar que teóricamente estos tiendan a ser minimizadores de costos que maximizadores de beneficio, ya que hasta ahora han mantenido cierta regulación en sus tarifas y simplemente adecuan su tamaño (en cuanto al uso de insumos) a las condiciones de su demanda.

Otro aspecto que se encuentra en la medición por el método econométrico es que se hace un cálculo de la productividad respecto al desempeño promedio; es decir, calcula un hospital "hipotético" cuya productividad es la media de la productividad de todos los hospitales considerados y si el producto de una firma es significativamente diferente de cero (asumiendo distribuciones estadísticas normales), entonces se considera que dicha firma es productiva. El caso contrario ocurre cuando la significancia del producto no difiere de cero. Dicho en otras palabras, si la productividad del hospital A es superior a aquella representada por el hospital hipotético, entonces se dice que A es bastante productivo, pero en caso

que sea menor en A que en el hospital hipotético, entonces A será poco productivo.

3.5.3 Data Envelopment Analysis (DEA). Es un método que permite medir la eficiencia relativa en situaciones en las que hay múltiples insumos y productos, a partir de un programa lineal en el que se define una frontera de eficiencia a partir de la combinación de insumos y productos de los hospitales más eficientes. En términos simplificados, este análisis parte de cierta dotación de insumos, y de los niveles de producto obtenidos por cada hospital (Gráfico 1).

Gráfico 1. Insumos y productos por cada hospital



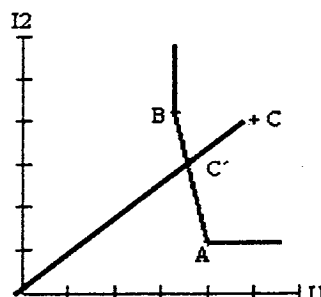
El gráfico muestra el caso más sencillo del método DEA, en el que hay solo un producto y dos insumos productivos. El siguiente paso es expresar las relaciones entre insumos y productos para cada hospital, de modo que queda una medida de utilización de cada insumo por unidad de producto (Cuadro 1).

Cuadro 1. Relación insumo / producto para cada hospital

Insumo / producto	A	B	C
1	$6/15=0.400$	$4/12=0.333$	$10/20=0.500$
2	$2/15=0.133$	$5/12=0.417$	$8/20=0.400$

Lo que indican los resultados del Cuadro 1. es la cantidad de cada insumo, empleada por cada hospital, para obtener una unidad de producto. Enseguida se procede a graficar los puntos obtenidos, de modo que se pueda suponer una curva (frontera) de eficiencia relativa (Gráfico 2). Aquellas firmas que se ubican sobre la senda en cuestión (A y B), se consideran productivas en términos relativos a las que se ubican por fuera de ella (firma C). Un aporte importante del análisis DEA es que permite conocer cuál sería el nivel óptimo de utilización de insumos en un hospital relativamente improductivo para obtener el nivel de producto que obtiene en la actualidad. Esto se logra expresando el producto del hospital improductivo como una combinación lineal de la producción de los que son relativamente más productivos.

Gráfico 2. Curva de eficiencia relativa



Otras ventajas son que este método es de fácil aplicación en la medida que permite efectuar el análisis sin conocer el vector de precios de los insumos, el cual es por lo general de muy difícil consecución en el caso colombiano. En términos gráficos lo anteriormente descrito puede verse representado en el punto C', el cual muestra la combinación de insumos que ubicaría al hospital C sobre la curva de productividad relativa. Esto es equivalente a decir que el hospital C puede mantener su nivel de producto aun reduciendo la cantidad de insumos 1 y 2 que usa actualmente. Finalmente, las limitaciones del DEA son la necesidad, tal como en los otros métodos, que tanto insumos como productos sean homogéneos. Además de lo anterior se supone que el mercado es perfectamente competitivo (rendimientos constantes a escala, firmas tomadoras de precios, etc.).

4. MARCO CONCEPTUAL PARA MEDIR LA EFICIENCIA EN LA GESTIÓN DE LOS HOSPITALES.

4.1 ANTECEDENTES

En el capítulo anterior se hizo un análisis detallado del significado y la manera de abordar en los hospitales los conceptos de productividad y eficiencia, los que en esencia hacen mención a relaciones técnicas de la forma como se combinan los diferentes tipos de insumos (factores de producción) utilizados en el proceso de producción de servicios de salud.

La gestión institucional hace mención mas a la forma cómo se *administran* esos distintos insumos y sus combinaciones, para lograr el máximo rendimiento de ellos. Debe tenerse en cuenta que el principal factor de producción en un hospital lo constituye el recurso humano, el cual por su naturaleza responde de manera diferente a las circunstancias en las que se de el proceso productivo. La gestión institucional es por lo tanto, un complejo proceso que apunta a crear las condiciones propicias²¹ en las cuales tanto los recursos humanos, físicos, como

²¹ Las condiciones propicias se refieren a factores de tipo físico, social, económico, cultural, psicológico y ambiental que rodean el proceso productivo y en el cual este tiene lugar, las cuales

los técnicos y financieros puedan expresarse en su máximas posibilidades para que tenga lugar una actividad productiva eficiente. En ella se combinan la técnica administrativa, la habilidad personal, el carisma y el liderazgo.

Los deficientes resultados en cuanto a la prestación de servicios a la comunidad que muestran los hospitales públicos en nuestro medio (baja eficiencia y calidad en los servicios), ponen de manifiesto problemas que no solo señalan la carencia de recursos de toda índole como se ha creído tradicionalmente, sino también de evidentes problemas en la gestión, tales como el poco desarrollo de los sistemas de información y de habilidades administrativas, gerenciales y la poca estabilidad y motivación por parte de quienes dirigen tales instituciones. En Colombia, es común observar instituciones hospitalarias que producen una misma actividad utilizando para ello dos o tres veces mas cantidad de insumos que otras, sin que aparentemente exista una razón clara para que ello suceda, distinta de la de una gestión ineficiente. Igualmente, existen en el país evidencias que indican la existencia de serios problemas en la gestión de los hospitales públicos. Trabajos como el realizado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, presentado en 1996,²² dan cuenta de la realidad de la situación descrita para los hospitales en el país.

facilitan y permiten la máxima expresión de cada uno de los factores que intervienen en la producción. Por ejemplo, condiciones de orden físico hacen mención a aspectos como iluminación o temperatura adecuadas para que se de un proceso productivo eficiente.

²² Proyecto de la Reforma del Sector Salud en Colombia. Escuela de Salud Pública.

Los hallazgos preliminares del estudio de Harvard sobre IPS/ESE²³ indicaron que los problemas administrativos hacen parte de las principales razones por las cuales se dan niveles bajos de eficiencia en la producción de servicios. En este estudio se encontraron problemas como el que aunque los hospitales habían iniciado procesos de planeación estratégica y el establecimiento de una misión corporativa, esta no había sido dada a conocer entre sus funcionarios. Igualmente se encontraron otros problemas como la poca atención que se le presta a los incentivos a los empleados; que en la mayoría de las instituciones todavía no se disponía de un sistema de información, como instrumento esencial para el mejoramiento de la administración; que existían mecanismos débiles para el control y mejoramiento de la calidad, aun cuando había evidencias de cierto control de la calidad clínica. Finalmente, se encontró que muy pocos administradores de hospitales del sector público habían tenido capacitación en técnicas administrativas modernas; pocas instituciones habían realizado encuestas sobre la satisfacción de los pacientes y empleados y muy pocas tenían experiencia en actividades de mercadeo o aproximación a las comunidades en las que actúan.

Como consecuencia de ello, cada vez se hace mas énfasis en la necesidad de

Universidad de Harvard. "La Reforma de Salud en Colombia y el Plan Maestro de Implementación". Santafé de Bogotá. Agosto de 1996. Especialmente los capítulos 2 y 6.

²³ El estudio trataba de evaluar el estado de los hospitales para adaptarse a los nuevos retos que tenían que enfrentar con la reforma y a los obstáculos principales que impedían superar dichos retos. Las metas específicas del estudio eran, en primer lugar, describir las estructuras organizacionales de los hospitales, los recursos que tenían y la forma como se manejaban, al igual que relacionar sus características institucionales con los indicadores de productividad.

que concomitantemente con la consecución de mayores recursos para el sector, debe haber igualmente un desarrollo y fortalecimiento de la gestión institucional como condición para lograr unos mejores resultados. En este sentido se han propuesto y ensayado diversas estrategias para tratar de solucionar los problemas de la inadecuada gestión, las que más recientemente han estado orientadas a dar un impulso a la descentralización efectiva de los hospitales que conduzcan a una mayor autonomía en su manejo, a generar para ellos espacios de competencia con otros proveedores de servicios, a la capacitación del recurso humano al nivel de la gerencia y a procesos de educación continuada a todos los niveles, como también a la integración del hospital en el modelo de atención de sistemas de salud imperante, al igual que al establecimiento de sistemas de acreditación.

4.2 LA EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL

Evaluar la gestión es un proceso complejo, en razón a que se involucran en ella una serie de factores de tipo humano, cultural, social y ambiental, los cuales responden de manera muy diferente a las circunstancias predominantes, que hacen, por lo tanto, muy difícil la definición de estándares de comportamiento que puedan ser aplicados como recetas fijas para ser utilizadas en la gestión de diferentes instituciones. Esto es, que mientras unas estrategias de tipo gerencial

dan excelentes resultados al ser aplicadas en determinada empresa, podría suceder lo contrario cuando se aplican en otras, o aun en la misma empresa pero en momentos diferentes, así éstas sean organizaciones similares en su estructura y procesos de producción. Es por eso que para muchos autores, la gestión institucional es considerada mas como un arte que como una ciencia, en donde las habilidades personales del gerente, como son su carisma y capacidad de liderazgo juegan un papel mucho mas importante en el éxito de la empresa que cualquier otra técnica.

Sin embargo, aunque es evidente que buena parte de los elementos que intervienen en una gestión exitosa corresponden al campo de las habilidades personales, se requiere su coexistencia con un conjunto de condiciones en las cuales sea posible obtener unos mejores resultados. Mas adelante se hará referencia a esas condiciones y a su significado. Además se propondrá una manera para evaluarlas en forma cuantitativa -a pesar de que tradicionalmente se han utilizado como variables de tipo cualitativo, de tal manera que permitan establecer unas relaciones mas precisas con los niveles de productividad y eficiencia.

De otro lado, la gestión institucional, considerada como una herramienta más para alcanzar un proceso productivo eficiente, está sometida en la actualidad a una acelerada dinámica de cambio y ajuste, por lo que deben evaluarse de manera rutinaria y permanente con el objetivo de tener un conocimiento preciso de cuál es

su comportamiento y el impacto que pueda estarse generando sobre los resultados que se esperan de la organización en aspectos tales como la calidad de los servicios, la satisfacción de los usuarios y del personal, como también de la productividad y eficiencia institucional. Ello permite a los gerentes contar con herramientas que les faciliten la aplicación precisa y oportuna de los ajustes necesarios.

4.3 FACTORES QUE DETERMINAN UNA GESTIÓN EFICIENTE.

Aparte de las habilidades personales, en una buena gestión intervienen un sinnúmero de factores que son el resultado de condicionantes internos y externos al funcionamiento mismo de la institución. Algunos de ellos pueden ser intervenidos y controlados directamente por el gerente, tales como el manejo de las comunicaciones y la motivación del personal, mientras que existen otros como los regímenes salariales, contractuales y tarifarios que en gran medida están definidos en Colombia por hechos que no están al alcance de la intervención del gerente. Esto en cierta forma limita las posibilidades de tener una mayor autonomía e independencia en las decisiones, acordes con las circunstancias particulares en que se desenvuelve cada institución. A continuación se destacan los principales factores que intervienen o están asociados al proceso de gestión

institucional.

4.3.1 La Dirección. Normalmente las organizaciones están conformadas por una serie de áreas interdependientes que coexisten para alcanzar una metas comunes, pero que simultáneamente también persiguen objetivos propios, algunos de los cuales pueden entrar en contraposición con los objetivos de las demás áreas existentes. Por ejemplo, el área de producción tiene como objetivo básico llevar a cabo de manera óptima los procesos técnicos en la generación del producto, mientras que el área de apoyo tiene como objetivo el manejo del las condiciones del medio en las que se dan esos procesos técnicos. A su vez también, el área de mantención pretende sostener esas condiciones mientras que el área de adaptación promueve los cambios de acuerdo al avance de aspectos como la tecnología y los movimientos en las preferencias de consumo entre otros. En otras palabras parecerían objetivos inconsistentes e incluso contradictorios²⁴ al tratar de colocarlos juntos.

Ya se ha mencionado como es común observar en los hospitales el afán de diferentes áreas por lograr unos resultados óptimos para cada quien, como es el caso de los médicos y los administradores, siendo los primeros los encargados de

²⁴ Estos conceptos hacen parte de la terminología utilizada por Oscar Johansen Bertoglio. Ver referencia mas adelante.

buscar los mejores resultados para su paciente, y los segundos de lograr los mejores resultados económicos para su institución, intereses que generalmente van por caminos opuestos y que en determinadas circunstancias se vuelven contradictorios.

Por la divergencia de objetivos e intereses es absolutamente necesaria la presencia de una quinta área, aparte de las de producción, apoyo, mantención y adaptación: la dirección, que busca, ante todo el cumplimiento de los objetivos de la organización, a través de la "suboptimización" de los intereses de cada área en particular, en aras de lograr un óptimo común que de alguna manera satisfaga los intereses y necesidades de todos. *Por lo tanto la dirección tiene como una de sus principales funciones la coordinación de las áreas, la resolución de los conflictos horizontales y verticales, la coordinación de los requerimientos externos y los recursos internos y la adjudicación de recursos.*

La dirección implica además *establecer una misión, la visión y objetivos de la empresa, comunicarla adecuadamente a todos los miembros y promover su cumplimiento.* Un individuo que entienda y crea en los objetivos y la "misión" de la organización, comprenderá que su actividad es solo una parte entre muchas, una pieza en un rompecabezas, necesaria para alcanzar esos objetivos organizacionales. Con una actitud así, será capaz incluso de sacrificar sus ambiciones y satisfacciones personales derivadas de su trabajo y sus objetivos particulares, en aras del logro de las metas de la institución.

En Colombia es común observar que las instituciones hospitalarias no cuentan con una misión, visión y objetivos claramente establecidos y explícitos, los que generalmente se limitan a vagas definiciones de querer alcanzar “objetivos sociales” o de “servicio a la comunidad”, lo que crea ambigüedad y confusión con consecuencias directas sobre su nivel de producción, o lo que es peor aun, que la institución termina girando en torno a los objetivos particulares de los grupos o áreas de presión dominantes. Una misión claramente establecida debe precisar el qué, el porqué, el como, el cuando, el con qué y el a quien están dirigidos todos los esfuerzos que realiza la institución, aspectos que no son evidentes en los hospitales públicos colombianos.

4.3.2 El liderazgo. El liderazgo a diferencia de la dirección, corresponde mas al ámbito de las cualidades personales que de las habilidades técnicas, aunque las dos áreas no siempre están claramente delimitadas. Se puede llegar a ser director pero no necesariamente un líder. Debe recordarse, como dice Peter Drucker en un ensayo publicado en 1988 en el “Wall Street Journal” ²⁵, que “el requisito esencial para un liderazgo eficaz, es la confianza - sin ella no hay seguidores - y la única definición de líder es la persona que tiene seguidores”. Generar confianza

²⁵ Cita de Leonard Berry, en su libro “Un buen Servicio ya no Basta. Cuatro principios del servicio excepcional al cliente” (ver referencias anteriores), en el Capítulo 2. “Cultivar el liderazgo

implica muchas más cosas que no se logran con la simple aplicación de técnicas.

Todos los procesos organizacionales necesitan un mediador o catalizador que planee, organice, logre la participación, compromiso y cooperación del equipo y dinamice al grupo para alcanzar los objetivos acordados, al tiempo que haga el mejor uso de las destrezas, energías y talentos de cada uno de los integrantes de él. Se habla del líder y de sus funciones, las cuales deberán interpretarse como atributos²⁶ de capacidad de decisión, integridad, entusiasmo, imaginación, disposición para el trabajo arduo, capacidad analítica, comprensión de los que le rodean, capacidad de captar las oportunidades y responder a las situaciones desagradables así como de adaptación rápida al cambio y, finalmente, disposición a asumir riesgos.

Según Adair, el líder debe satisfacer tres áreas de necesidad: la necesidad de la tarea (lograr que el trabajo se haga), la necesidad del grupo (crear y mantener el espíritu de equipo) y las del individuo (armonizar las necesidades del individuo con las necesidades de la tarea y del grupo). Retribuir y reconocer el logro, crear trabajo de equipo ("el entusiasmo es contagioso"), entrenar y formar a la gente y, finalmente, eliminar los factores de insatisfacción, puede lograr una alta motivación del recurso humano²⁷ con los consecuentes efectos sobre la productividad.

en servicio". Pág. 17.

²⁶ Según John Adair, experto británico en liderazgo, citado por Armstrong en su libro "Gerencia de los Recursos Humanos"

²⁷ Las nuevas tendencias en el tema de los recursos humanos, insisten en el manejo de la

Finalmente, no solo es importante entender que las condiciones establecidas anteriormente son necesarias para un liderazgo competente. También y como se ha señalado para la gerencia del servicio, es condición sine qua non que los líderes posean características de visión, persistencia, altas expectativas, conocimientos, empatía, poder de persuasión, integridad y sobre todo, cuatro cualidades esenciales: visión de servicio, “amar la empresa que dirigen” lo cual hace florecer el entusiasmo y la vitalidad, creer en otros y contar con un alto grado de integridad que garantice que harán lo correcto, aunque sea molesto o costoso para ellos. Esto significa concederle importancia a la justicia, la coherencia y la veracidad para con los usuarios, los proveedores, los empleados y las demás partes interesadas.

4.3.3 La estabilidad. Una de las principales condiciones para que pueda darse un adecuado proceso de dirección y liderazgo lo constituye la estabilidad que pueda tener el gerente y los principales integrantes del equipo directivo. Esto es, se requiere de un tiempo mínimo para que el gerente y su equipo tengan la

expresión “Talento Humano”, con la finalidad de retirar el concepto peyorativo e impersonal de “recurso”. Nosotros utilizaremos de manera indistinta ambos conceptos, pues no consideramos que para estos efectos, sea inadecuado el uso de cualquiera de esas expresiones. Igualmente respecto del concepto “cliente”, el cual a nuestro modo de ver, ha sido mal interpretado, pues no es irrespetuoso llamar a los pacientes bajo este apelativo. Si ello fuera así, también lo sería en cualquier otro tipo de relación empresa -cliente. No obstante, entendemos que la connotación es más de tipo subjetivo, dada las características más humanísticas del cuidado médico.

oportunidad de conocer las características y la dinámica de su organización con lo cual pueda trazar las mejores estrategias, a la vez que sea posible llevarlas a cabo. Si esto no se da, es poco probable que el personal a su cargo adquiera la suficiente confianza, motivación y compromiso que garanticen el logro de los mejores resultados.

En Colombia es común observar una alta rotación del personal directivo de los hospitales que conlleva a la carencia de políticas y programas coherentes y consistentes con visión de futuro necesarios para el adecuado desarrollo institucional. Es apenas normal que ello produzca en el personal continuas frustraciones, visión de corto plazo, desmotivación, resistencia al cambio y obviamente pobres resultados. La Ley 100 de 1993 contiene medidas específicas que tratan de darle una mayor estabilidad al personal directivo de las instituciones hospitalarias evitando que este tipo de cargos sigan siendo sometidos al vaivén político común en el país.

4.3.4 La Autonomía. Otra de las principales condiciones para poder adelantar un proceso de gestión y dirección eficiente es el relacionado con la *autonomía* con que cuentan las instituciones. El concepto de autonomía ha sido revisado por

varios autores²⁸. Autores como Chawla, Govindaraj y Berman²⁹ han planteado la necesidad de que las instituciones hospitalarias tengan un alto nivel de autonomía que les permita, dentro de las regulaciones y relaciones propias con el estado, un mayor nivel de negociación y maniobra, indispensables para poder desenvolverse en un escenario de competencia. Así por ejemplo, las grandes dificultades que tienen las instituciones para ajustar el tamaño de sus plantas debido a los obstáculos legales y sociales, son un claro indicio de su falta de su autonomía.

La mayor autonomía hospitalaria que se confiere mediante la creación de las Empresas Sociales del Estado -ESEs- se constituye en un elemento que se espera sirva para que mediante una administración más ágil y con un control más directo e inmediato sobre los recursos y los procesos de negociación y venta de servicios, se pueda racionalizar la carga financiera y fortalecer la eficiencia y la calidad en la prestación de los servicios. Sin embargo, la experiencia anecdótica sobre el funcionamiento de las ESEs indica que la autonomía sigue siendo un objetivo difícil de lograr, y que factores tales como la alta dependencia de las instancias centrales de dirección del sistema en las principales decisiones que se toman, especialmente las relacionadas con el manejo del recurso humano en aspectos como su remuneración, incorporación y retiro, al igual que la resistencia

²⁸ Uno de los más conocidos en este tema ha sido el Dr. Peter Berman, quien hizo parte del equipo de asesores de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard en el Programa de Apoyo a la Reforma de Salud en Colombia, 1995 a 1997. Ministerio de Salud.

²⁹ Se recomienda revisar los documentos "Improving Hospital Performance through Policies to increase Hospital Autonomy: Metodological guidelines" e "Improving Hospital Performance through Policies to increase Hospital Autonomy: Implementation Guidelines del Data for Decision Making Project, del Departamento de Población y Salud Internacional de la Escuela de Salud

de los grupos de presión, evidencian esta realidad que le resta a las instituciones públicas agilidad y capacidad para competir en el marco de la reforma.

4.3.5 Los sistemas de costos, remuneración y pago.

4.3.5.1 Costos. La condición recomendada en cualquier tipo de organización que ofrezca bienes o servicios, es la de contar con un estudio de costos que permita conocer cuáles son las condiciones mínimas de equilibrio en la producción, y cuales los precios que se requieren para ello. Los procedimientos de costeo no solo sirven para la definición de tarifas como se ha creído, sino que implican el establecimiento de medidas de monitoreo y control permanente sobre todas las etapas del proceso productivo, que permiten al gerente tener un mayor manejo de lo que acontece en su institución y con ello tomar oportunamente los correctivos del caso.

Cuando se introduce la competencia en el mercado de los servicios de salud y se

regulan las tarifas, como es el caso de la reforma colombiana, la determinación precisa de los costos de producción se convierte en una herramienta indispensable para poder subsistir en el medio.

4.3.5.2 Remuneración al personal y sistemas de pago. Ningún sistema de pago es perfecto: todos afectan de una u otra manera la eficiencia (cantidad y costo en la provisión) y la calidad en la prestación del servicio. Así mismo, con ellos, se pueden crear incentivos para prestar preferencialmente algunos servicios o atender ciertos grupos poblacionales (segmentación de servicios y de población).

Por lo tanto una buena gestión debe ir acompañada del establecimiento de métodos de pagos que respondan a lo que se quiere para la institución. Es necesario conocer cuáles son los métodos de pago que existen y cuáles de ellos, de acuerdo a las circunstancias particulares que le rodean son los mejores para ser utilizados.

La escogencia de los sistemas de pago debería estar estrechamente relacionada con los objetivos buscados. Así, por ejemplo, el principal objetivo en la atención

inicial de urgencias es garantizar la prestación del servicio, sin que importe tanto el costo, mientras que en la atención complementaria se busca ante todo inducir una mejoría en la eficiencia de la prestación del servicio, lo que llevaría a concluir que el sistema más adecuado es el “fee for service” en el primer caso y el “sistema por paquete” en el segundo.

Sin embargo, el establecer determinados mecanismos de pago entre los compradores de servicios y los hospitales con el fin de inducir determinadas conductas, no garantiza que la institución en su interior se comporte de acuerdo a los objetivos que quieren lograrse. En efecto, el impacto de cualquier sistema de pago a los hospitales dependerá en gran medida de la forma como se pague a los médicos y demás personal que allí labora. Por ejemplo, si el pago a los médicos es “fee for service”, cualquier sistema de pago que se utilice con ese hospital, que trate de racionalizar el uso de recursos, se va a ver severamente limitado.

Dado lo anterior, el conocimiento de las diferentes opciones de sistemas de pago, los incentivos que se generan con cada uno de ellos y el análisis de las ventajas y desventajas al ser aplicados en una institución en particular, se convierte en una herramienta de gran importancia en la gestión exitosa.

4.3.6 El manejo del recurso humano.

4.3.6.1 El comportamiento del recurso humano. Varias teorías han tratado de explicar a lo largo del tiempo los conceptos básicos del comportamiento del recurso humano y han sugerido una serie de estrategias para el logro de mejores resultados en su manejo:

- La ciencia del comportamiento, subrayó la importancia de la integración y la participación y destacó, de otro lado, la idea de que el área gerencial debe aceptar como valor básico la necesidad de mejorar consciente y continuamente la calidad de la vida laboral como medio para obtener una mayor motivación y mejores resultados.
- El movimiento de Desarrollo Organizacional sugirió elevar la efectividad con la cual funciona una organización y responde al cambio a través de programas especialmente diseñados para ello, tales como la formación de equipos y la gerencia del cambio, que se constituyen en pilares de tal estrategia.
- Algunos analistas corporativos atribuyen el éxito organizacional a la

creación de poderosas culturas corporativas de las que se derivan **valores compartidos entre la gerencia y los empleados**, los cuales enfatizan la “mutualidad”, es decir, un interés común en la excelencia de la empresa. Un aspecto importante en este sentido, es el papel que juega el líder, puesto que éste no solo crea conceptos tangibles y racionales (estructura, tecnología), sino que “es el creador de ideologías, lenguaje, creencias, rituales y mitos”³⁰. En cierta forma, las organizaciones son sociedades plurales con muchos intereses y objetivos relacionados pero separados, entre los que debe mantenerse alguna clase de equilibrio.

- En el campo de la “Gerencia de Recursos Humanos”, se utilizan estrategias relacionadas con su organización, su planeación, desarrollo, relaciones y sistemas de recursos humanos³¹, cuyos aspectos básicos son la administración y valoración del desempeño y la remuneración, y finalmente, su utilización adecuada.

Dada la variedad de teorías existentes que demuestran la complejidad del tema y la necesidad de avanzar mucho mas en su definición, queda en la habilidad del gerente para percibir el ambiente en el que se desenvuelve su institución, la definición de cual de ellas aplicar con lo cual pueda obtener unos buenos

³⁰ Andrew Pettigrew citado por Armstrong en “Gerencia de los Recursos Humanos”. Mc Graw Hill. Santafé de Bogotá. 1990

³¹ Programas esenciales para reclutar, evaluar, remunerar y atender la salud, la seguridad y el bienestar de la gente en las organizaciones

resultados.

4.3.6.2. El diseño de los cargos y el manejo del cambio. Un aspecto fundamental en la administración de Recursos Humanos, es el diseño de cargos, el cual busca maximizar la eficiencia, la productividad y la satisfacción del empleado. El enriquecimiento de los cargos incrementa el interés y el desafío por el trabajo. La estructura organizacional a su vez, tiene que facilitar el proceso de integración y control. El sistema y la estructura de control no deben ni pueden inhibir la toma de decisiones, ni la creatividad e iniciativa de los individuos.

De otro lado, en los programas de organización y manejo de los recursos humanos se vuelve relevante la coordinación e integración entre las distintas dependencias, con lo que se promueva y facilite el trabajo en equipo, dentro de lo cual es importante el manejo del conflicto, el manejo de la resistencia al cambio y el logro de compromiso con los objetivos institucionales.

La resistencia al cambio y el logro del compromiso son dos aspectos de gran interés dentro del contexto de la gestión. El primero, porque permanentemente se establece una resistencia natural al cambio que surge debido al hábito, al conformismo, a la amenaza, al mal entendimiento y a la diferencia de

percepciones. Se puede inferir entonces que manejar el cambio, en cierta forma, es cuestión de superar la resistencia³². De otro lado realizar el trabajo necesario para alcanzar los objetivos de las organizaciones de salud en un medio cambiante, es más factible de cumplirse si se obtiene el mayor grado de compromiso de parte del Recurso Humano.

4.3.6.3. La cultura corporativa. La cultura corporativa es un factor clave para el logro del éxito, pero no es fácil de manejar. Puede ser difícil cambiar una cultura que esté profundamente arraigada: los viejos hábitos son de penosa erradicación. El cambio será difícil y prolongado. Hay que convencer a todo el personal que el nuevo estatuto de valores es relevante y válido y que no va a afectar negativamente su posición individual. Quizá por ello, solo se aconseja un cambio cultural cuando la organización tenga valores poderosos que no se ajusten a un ambiente cambiante; cuando el sector sea muy competitivo y dinámico o cuando esté a punto de entrar en el rango de empresas más grandes o, por el contrario, es mediocre o peor ó, si es pequeña, pero su crecimiento es rápido.

³² El cambio debe contar con el total respaldo de quienes dirigen, debe ser acorde con los valores arraigados y ser visto como algo que va a reducir, en lugar de aumentar las cargas actuales. Si los participantes sienten que su autonomía y seguridad serán amenazadas, será lógica la resistencia. Es obligación de los defensores del cambio, entender los sentimientos y temores de los afectados y tomar medidas para eliminar los temores innecesarios.

Los hospitales en Colombia, se encuentran en una situación similar a la descrita en el párrafo anterior. Nunca antes se había observado un entorno con cambios tan acelerados, y muchas de las organizaciones del sector de la salud, apenas se vienen acomodando al cambio explícito de valores; la industria se ha vuelto aún más competitiva y las instituciones deberán aumentar su productividad a niveles que hagan sostenible su supervivencia y crecimiento.

De cualquier manera, los intentos por cambiar favorablemente la organizaciones de salud, deben tener parámetros dirigidos a la estructura, estrategias, sistemas, personal, estilo, destrezas y metas últimas³³ (intenciones significativas o conceptos guías que las empresas inculcan en sus miembros). Estos es, volver a la acción, estar cerca del usuario, manejar autonomía y espíritu emprendedor, productividad a través de la gente, innovación, integridad y control. Podría resumirse lo anterior diciendo como Jhon Harvey Jones³⁴ que "las personas primero tienen que decidir que quieren cambiar, luego tienen que ser estimuladas para no temerle al cambio y finalmente, tienen que poder ver hacia dónde las conduce el cambio". En Colombia, una vez fue aprobada la reforma al Sistema de Salud, los funcionarios del sector, apostaban a que esta no entraría en vigencia y que debía ser cambiada en su totalidad. Hoy, a medida que la reforma avanza y comienza a mostrar resultados favorables en muchos campos, son cada vez

³³ Tom Peters y Robert Watermann utilizaron la estructura analítica de las siete eses (en inglés): Strategy, Structure, Systems, Staff, Style, Skill and Superordinate goals que había sido descrita por Richard Pascale y Anthony Athos en "The Art of japanese management"

³⁴ Citado por Armstrong en "Gerencia de los Recursos Humanos". Mc Graw Hill. SantaFe de

menos las voces que propugnan por un cambio radical y mas bien se sugieren ajustes y se insiste en la necesidad de continuar en su implementación.

4.3.6.4. El trabajo en equipo. Aunque ya se ha mencionado en varias ocasiones el concepto del trabajo en equipo, bien vale la pena hacer algunas consideraciones adicionales. Primero que todo, el trabajo en equipo no es sinónimo de equipo. Los equipos son generalmente estructurales o formales. El trabajo en equipo trata de valores, actitudes, sentimientos y destrezas y es fundamental para la excelencia en el servicio y la calidad, independientemente de la estructura. En realidad un equipo sin trabajo en equipo no es sino un nombre. El auténtico trabajo en equipo implica una reunión de personas que trabajan en colaboración para cumplir un propósito común. La colaboración se caracteriza por una comunicación constante, abierta y sincera; un espíritu de ayuda, confianza y fe en los compañeros y una responsabilidad compartida en los resultados.

La pregunta que habría que hacerse respecto a las organizaciones hospitalarias, es de que manera se está respondiendo a los conceptos anteriores. La experiencia anecdótica sugiere que actualmente en el sector de la salud en Colombia, se está manejando una aparente estructura de equipos con múltiples

reuniones y tareas sin objetivos claros, que pueden estar minando tiempo y recursos, en lugar de plantear una estrategia de trabajo en equipo dentro de parámetros de confianza y aprecio que conduzcan al logro de objetivos comunes.

4.3.6.5. La motivación, la retribución y los incentivos. Otro factor de vital importancia es el relacionado con la motivación, elemento indispensable para el mantenimiento de la cultura y valores corporativos. Esta se encuentra influenciada por la experiencia y las expectativas. Si a alguien le ha funcionado algo bien en el pasado ¿Porqué tendría que cambiarlo por algo que podría no funcionar en el futuro?. La experiencia puede indicarle que lo sucedido en el pasado va a suceder en el futuro, pero no se puede estar seguro, sobre todo en entornos cambiantes y turbulentos como el que se vive actualmente.

La motivación entonces, solo es posible cuando existe una relación claramente percibida y utilizable entre el desempeño y el resultado y se considera que el resultado va a satisfacer las necesidades. Esto explica porque un sistema de incentivos solo funciona si es claro el lazo entre el esfuerzo y el resultado y si el valor del resultado merece ese esfuerzo.

Múltiples investigaciones han llevado a la conclusión de que es el deseo de cubrir las necesidades lo que motiva el actuar de la gente. Herzberg propone un modelo de dos factores que se relacionan con el concepto anterior: los agentes de satisfacción y de insatisfacción. Los primeros se enlazan con el logro, el reconocimiento, el trabajo mismo, la responsabilidad y el progreso, y los segundos con la política y administración de las empresas, supervisión técnica, salario, relaciones con la supervisión y condiciones laborales. Descuidar el último grupo ciertamente puede causar insatisfacción, pero atenderlo no necesariamente produce satisfacción. La satisfacción duradera solo puede darse fomentando el primer grupo de factores.

Entre los métodos más conocidos de motivación se ha establecido el dinero como retribución, el cual es un factor altamente efectivo, sin que ello constituya la panacea. Se debe usar como motivador, y evitar que actúe como desmotivador. Teniendo niveles salariales competitivos para atraer y retener a la gente, además debe reflejar el valor que el trabajo tiene para la empresa, trabajo que debe ser pagado justa y equitativamente y relacionar el pago con el desempeño o los resultados siempre que sea posible, ofreciendo así un incentivo directo.

La evidencia en Colombia demuestra como estrategias de aumentos salariales que no son acompañadas de otros programas tendientes a mejorar el desempeño y la motivación del personal, se constituyen en verdaderos fracasos. En efecto, el sector judicial y educativo del país recibió un incremento salarial significativo bajo

el argumento que este era la principal causa de su baja productividad. Hoy, casi cinco años después se tiene la sensación generalizada de que no solo no se mejoró sino que se está peor. La evidencia anecdótica recogida hasta ahora muestra que algo similar podría estar ocurriendo en el sector de la salud en donde igualmente se dieron aumentos salariales importantes.

No basta ofrecer retribuciones e incentivos. La gente tiene que saber lo que se espera que haga y que le pasará si no lo hace (hacer explícitos los requerimientos, las retribuciones y las sanciones), así como también intentar incrementar su compromiso y la identificación con la organización. En el sector público colombiano, las normas sobre carrera administrativa pretenden, entre otras cosas, evitar que los cargos públicos se conviertan en parte de las transacciones burocráticas. No obstante, la experiencia demuestra como esta normas se han convertido en una garantía de inamovilidad de los funcionarios en razón de lo complejo y dispendioso de adelantar cualquier proceso de evaluación del desempeño o de sanción. Esta puede constituirse tal vez en la principal causa que restringe severamente la autonomía y la agilidad necesaria que se requiere en el manejo de las instituciones hospitalarias públicas en escenarios de competencia como el actual.

4.3.6.6 La evaluación del desempeño. Otro elemento de relieve dentro del contexto de la administración de instituciones es el relacionado con la evaluación

del desempeño del recurso humano. En general, podría afirmarse que en el país, no hay otro aspecto de la gerencia de recursos humanos que sea tan mal manejado. A los individuos suele juzgárseles superficialmente y con prejuicios, a la vez que se les mantiene absolutamente ignorantes de lo que se piensa de su trabajo, si lo están haciendo bien, mal o regular. Esto conduce inevitablemente a la desmotivación, la relajación y a un desempeño permanentemente deficiente.

En Colombia, el Departamento del Servicio Civil, denominado hoy de la Función Pública, ha establecido un instrumento de Calificación de Servicios para el Sector Salud. Específicamente para el nivel profesional asistencial, se destacan en su contenido aspectos como asistencia y puntualidad, aplicación de conocimientos, relaciones interpersonales, responsabilidad, cuidado de materiales y equipos, actualización y organización con lo que se define la calificación del desempeño general y el potencial de desarrollo. Este tipo de evaluación también se estableció para otro tipo de empleos de carácter auxiliar, técnico y administrativo y conlleva algunos de los aspectos anteriormente citados mas otros específicos según el tipo de cargo.

En el país, los resultados de la evaluación de desempeño de los funcionarios del sector público son inexistentes, salvo casos aislados, situación que se explica por su casi total inutilidad, en el sentido de que casi siempre esta herramienta no conduce a ninguna decisión, convirtiéndose por ello en un simple formalismo

administrativo y hoy prácticamente no se lleva a cabo. Esto es, que aunque fue concebida como una herramienta que debía orientar los procesos de mantenimiento, promoción, condiciones de trabajo y retiro del personal, nunca ha sido utilizada para ello. Esto puede explicarse por la carencia de planes coherentes y consistentes para el desarrollo del recurso humano que respondan a las necesidades que plantean las evaluaciones de desempeño. De otro lado, cuando la evaluación indica un mal desempeño del funcionario, los engorrosos trámites establecidos en las normas de carrera administrativa, sumados a la presión de los grupos sindicales, hacen imposible tomar cualquier decisión.

4.3.6.7 La inducción, el entrenamiento y la actualización. La inducción es un proceso necesario que pretende incorporar el trabajador a la empresa de la mejor manera y lo mas rápido posible. Con ella busca que el funcionario obtenga los conocimientos mínimos sobre la organización, su misión, valores y objetivos; el cargo para el cual ha sido reclutado y sus características, las responsabilidades y resultados esperados; las relaciones con las demás dependencias que intervienen en el proceso productivo, como también otros aspectos sobre remuneración, incentivos, capacitación y actividades de tipo informal. Todo ello debe conducir a obtener del nuevo funcionario una mejor adaptación, motivación y rendimiento.

Igualmente, la identificación de las necesidades de entrenamiento así como otros

aspectos del manejo del recurso humano, empiezan a partir del análisis del cargo, el cual describe las tareas por desarrollar.

Para poder desarrollar tales tareas con éxito se requieren ciertas características tales como:

- 1.- Conocimiento: lo que el trabajador necesita saber
- 2.- Capacidades: Lo que el trabajador necesita estar en capacidad de hacer si se quieren alcanzar los resultados, y que el conocimiento se aplique acertadamente
- 3.- Actitudes: La disposición a comportarse o desempeñarse de acuerdo con los requerimientos del trabajo.

Los servicios de capacitación y educación son muy vulnerables al despilfarro porque dependen de los niveles de destreza y motivación tanto de quienes enseñan como de los alumnos, y requieren seguimiento y refuerzos continuos. Con frecuencia las organizaciones obtienen un bajo rendimiento sobre sus inversiones en capacitación y entrenamiento, y lo que es peor, es posible que los gerentes no se enteren de esa realidad dentro de la institución.

Medir la eficacia de la capacitación y entrenamiento es esencial dentro del mejoramiento de la organización. Es importante preguntarse si los subalternos están aprendiendo las cosas que son necesarias para prestar servicios de alta

calidad a los usuarios, si se confiere la suficiente atención al desarrollo tanto de destrezas como de conocimientos, independientemente de la categoría o cargo del trabajador y si este proceso se está realizando de manera continua.

4.3.7 Las comunicaciones Internas. De acuerdo con las definiciones de Oscar Johansen Bertoglio³⁵, una organización perfecta, es aquella en la que el sistema social se encuentra delimitado por un sistema formal de relaciones, que tiene en cuenta todas las características tanto de conducta como de objetivos de los componentes del sistema social. Ello conduciría a la no existencia del sistema informal³⁶.

En efecto, es bien lógico pensar que si los participantes de una organización encuentran que tienen a su disposición canales de comunicación expeditos y eficaces establecidos formalmente, que positivamente pueden solucionar sus problemas o satisfacer sus necesidades a través de ellos, entonces esas personas no gastarían recursos ni energía en crear nuevos canales de comunicación que quizás no cuenten con la eficiencia de los primeros ni tampoco con la legalidad

³⁵ Johansen Bertoglio, Oscar. "Anatomía de la Empresa. Una teoría General de las Organizaciones Sociales". Editorial Limusa. México. 1982. Pp. 29 y 111.

³⁶ En una organización pueden coexistir tres sistemas: un sistema social que esta integrado por el conjunto de personas que trabajan en la empresa; un sistema formal que establece las relaciones, parámetros de conducta y objetivos de la organización; y un sistema informal que genera un conjunto de relaciones paralelas que no están establecidas "formalmente" en la estructura organizacional.

necesaria, siendo ésta última una causa de conflictos que los individuos tenderían a eliminar.

De otro lado, casi todas las encuestas sobre las actitudes de los empleados en torno a la comunicación, sugieren que la información no se comparte lo suficiente. Incluso después de semanas de presentaciones sobre estrategias, misión, visión, objetivos, muchos empleados aún no han entendido.³⁷ Con demasiada frecuencia, los gerentes se concentran en el qué y no en el porqué ni en el cómo, limitándose a hacer afirmaciones como “vamos a reorganizar la empresa”, “vamos a mejorar la calidad”, “vamos a emprender un proceso de mejoramiento o de reingeniería o de calidad total, etc.”. Es posible que con tales afirmaciones, los empleados no lleguen a conocer o a entender el principio que impulsa el programa. Cuando los empleados conocen de manera amplia y precisa las características del negocio, de manera tal que puedan comunicar las metas a interesados externos (usuarios, inversionistas, proveedores, etc.) perciben la comunicación como un recurso de valor en el desarrollo del sistema formal de relaciones.

En el medio hospitalario colombiano, es común observar una ruptura de las comunicaciones entre las directivas y los demás funcionarios, que conduce a la existencia de poderosos sistemas informales de comunicación que entran el

³⁷ Tomado de la revista SUMMA plus, mayo de 1998. Número 131. Pp 70-79. “Capital intelectual = aptitudes x compromiso”. Reproducción de un artículo de Sloan Management

normal funcionamiento organizacional.

4.3.8 Los sistemas de información. Dentro de cualquier institución, tanto la toma de decisiones como el seguimiento a su ejecución se fundamentan en información suficiente y adecuada que debe ser sencilla y debe asegurar que sea consistente, confiable y representativa de la realidad que se planea.

En tal sentido, es de suma importancia que las organizaciones de salud procuren que:

- en su ámbito se produzca la **información necesaria** para una gestión efectiva,
- se tenga claridad sobre el **manejo de la información** producida en terreno y proveniente de otros niveles y actores,
- se tengan claramente identificados los **usuarios de la información**, y los canales más adecuados para su transmisión,
- sea **comprensible** para quienes la van a usar, y
- sea **oportuna**, es decir, que se cuente con ella en los momentos requeridos para apoyar la gestión y los procesos decisorios.

En este sentido, es necesario prever que los sistemas de información sean planeados para que cumplan su función de soporte y que en tal sentido su planeación exige el cumplimiento de unas reglas mínimas como son:

- Debe ser estratégica y práctica, es decir, debe ser útil, oportuna y de calidad
- Debe reconocer que la información es altamente participativa
- Debería estar orientada a reflexionar sobre el futuro de cada organización.

En Colombia, el desarrollo de los sistemas de información es incipiente, el que ha respondido más a necesidades coyunturales, como la necesidad de facturación de servicios, que a un plan integral adecuadamente diseñado. El éxito de los hospitales en el esquema de competencia previsto por la reforma de salud, implica replantear el enfoque y la visión del papel que deben cumplir los sistemas de información y de las características generales necesarias para que se pueda disponer de información útil a cada nivel, en el momento oportuno y para los fines específicos sin que sea indispensable contar con toda la información al mismo nivel de detalle en todas partes.

5. METODOLOGÍA PROPUESTA PARA MEDIR LA EFICIENCIA EN LA GESTIÓN Y LA PRODUCTIVIDAD HOSPITALARIA

5.1 METODOLOGÍA PARA DETERMINAR LA EFICIENCIA Y PRODUCTIVIDAD HOSPITALARIA

5.1.1 Avances respecto a anteriores mediciones de “producto”. El reto más grande para medir la productividad hospitalaria consiste en la búsqueda de una medición de su producto con base en la cantidad y calidad de la información disponible.

En este trabajo se quiso avanzar respecto a trabajos anteriores que utilizaron el número de equivalentes pacientes día como proxy del producto hospitalario y que para ello sólo tenían en cuenta dos productos: el número de días de estancia y de consultas. De acuerdo a esta medida el producto hospitalario aumenta a medida

que aumentan cualquiera de los dos anteriores conceptos. La inquietud principal respecto a sólo utilizar como proxie del producto estos dos indicadores reside en que no se tienen en cuenta otros servicios como los quirúrgicos, otros programas ambulatorios, programas de prevención y todos los servicios intermedios de apoyo entre otros al suponer una relación constante entre las consultas y los días de estancia y éstos últimos. Si por ejemplo, un hospital mantiene su producción de días estancia y de consultas constante entre años pero aumenta al mismo tiempo la producción de servicios de promoción o el número de cirugías ambulatorias, esto no se reflejaría en la unidad equivalente establecida.

Finalmente resulta cuestionable aplicar la relación entre días estancia y consultas en proporciones fijas ya que éstas pueden variar ampliamente de acuerdo a la complejidad y la “mezcla de casos” en cada hospital.³⁸

Por lo anterior, es necesario tratar de hacer aproximaciones a otras medidas equivalentes que reflejen adecuadamente el producto hospitalario y en las que las relaciones entre los servicios ofrecidos reflejen la *especificidad de cada hospital*.

Con este fin se consideró necesario elaborar una herramienta que fuera:

- Lo suficientemente específica para capturar la casi totalidad de los servicios prestados en cada hospital
- Lo suficientemente agregada para no generar problemas serios en la

consecución de la información.

- Costeable en términos de algún indicador de precio como por ejemplo el manual tarifario "SOAT".

5.1.2 Descripción de la herramienta utilizada para medir la eficiencia. En el *Anexo A*, se encuentra un ejemplo del cuestionario enviado a las entidades prestadoras de servicios para medir el producto hospitalario³⁸. El instrumento se dividió en varias partes diseñadas para capturar la producción de diferentes tipos de servicios: como son las actividades de promoción y prevención, los exámenes de diagnóstico, imagenología, egresos hospitalarios quirúrgicos y egresos hospitalarios no quirúrgicos. Con el fin de lograr un mayor grado de precisión no sólo se preguntó en forma agregada respecto al número de cada uno de estos servicios sino que se indagó respecto a las intervenciones quirúrgicas, exámenes de laboratorio y de imagenología más frecuentemente efectuadas. Estos productos se costearon al multiplicar el número de intervenciones efectuadas por su respectiva tarifa obteniéndose un "valor estimado del producto hospitalario". En el *Anexo B*, se muestra la herramienta diseñada para tal fin.

³⁸ En inglés "case mix".

³⁹ Antes de aplicarse dicha herramienta se hicieron varias reuniones con directores de hospitales del Distrito para que éstos opinaran respecto a la facilidad de obtener la información solicitada y respecto a si faltaban algunos productos por incluir. Las sugerencias emitidas en estas instancias se incluyeron en la herramienta aplicada. Además es importante notar que la herramienta ahí consignada se benefició ampliamente de la herramienta elaborada por Harvard, consignada en el informe "Reflexiones respecto al Déficit Hospitalario", Giedion U, López A y Morales LGM,

5.1.3 Dificultades en la medición del producto hospitalario

- **Ausencia de registro para la totalidad de los servicios ofrecidos.** Si existiera un registro estadístico del 100% de los servicios producidos en los hospitales no habría mucho problema para valorar su producto. Éste estaría compuesto simplemente por la suma de todos los servicios valorados a las tarifas de referencia. Sin embargo, ya que parte de la atención de los pacientes todavía se presta contra subsidios a la oferta y que en este sistema no hay un incentivo para llevar un registro de estas atenciones no se dispone de información muy detallada sobre los servicios prestados a esta población. Por lo anterior fue necesario recurrir a conceptos menos detallados y más agregados de los productos hospitalarios. Por razones obvias, esta situación crea imprecisiones en la medición del producto hospitalario.
- **Ausencia de un vector de precios para ciertas actividades.** Otro problema está relacionado con la *ausencia* de un vector de precios para algunos bienes y en especial los relacionados con las actividades de promoción y prevención donde no fue posible para algunos servicios⁴⁰ utilizar un estándar uniforme de precio. Más aún, la mayoría de los hospitales no tenían ninguna idea respecto al costo de estas actividades. Lo anterior puede, en algunos casos llevar hacia una *subestimación* del valor del producto.

Minsalud, 1997, Mimeo.

40 Por ejemplo "charlas educativas" o "actividades de saneamiento ambiental"

- **Mala calidad de la información en algunos casos.** Este problema está relacionado con la ausencia de la información para algunos hospitales y la poca consistencia de la información enviada en algunos casos. Se detectaron observaciones atípicas que, en la medida de lo posible fueron sustituidas por otras fuentes de información o eliminadas si el caso así lo requería.
- **Medición de servicios intermedios y no finales.** Como se dijo anteriormente en el marco teórico, el producto hospitalario puede medirse desde diferentes ángulos: como producto final (egresos ajustados por case mix y severidad de los casos) y como suma de los productos intermedios (días de estancia, exámenes de laboratorio etc.) con resultados diferentes sobre el indicador de eficiencia. En el caso de los hospitales del Distrito no fue posible medir el producto final (egresos) por carecer de información al respecto⁴¹ sino sólo los productos intermedios con el inconveniente de que una mayor intensidad en el uso de servicios intermedios mayor nivel de eficiencia.

5.1.4 Dificultades en la medición de la productividad y la eficiencia. Para un medida “global” de los insumos se tomó el gasto agregado en cada institución. Esto tiene la ventaja de crear un indicador que agrupa todos los insumos salvo el

⁴¹ Hubiera sido de suma utilidad, por ejemplo, de disponer del número de egresos por tipo de patología para calcular el precio específico de cada uno de ellos.

capital, pero la desventaja de que, una vez relacionado el producto hospitalario con esta medida global de gasto no se pueden relacionar los niveles encontrados de eficiencia con ningún insumo en particular. Además, en el caso de la productividad⁴² la mayor dificultad fue el no poder controlar por diferencias interanuales e interinstitucionales en los precios de adquisición de los insumos y en particular del costo del recurso humano. Debido a este problema no se pudo medir directamente la productividad y se calculó una medida de *eficiencia económica* donde mayores niveles de gasto se asociaban a un menor nivel de eficiencia.

Si se tuviera información respecto al tipo, número de cargos, horas contratadas y precios de los insumos se podrían ajustar los IEG's se podrían establecer indicadores de productividad o eficiencia técnica. Desafortunadamente no fue posible obtener esta información en los hospitales del Distrito. Por lo mismo y con el fin de controlar en forma aproximada por variaciones interanuales de los precios de los insumos se construyó un IEG ajustado que supone que los precios de la mano de obra no cambia entre años y además que la cantidad de horas contratadas permanece constante. Este indicador busca aproximarse a una medición de la productividad.

⁴² Recuerde que la productividad mide la relación entre insumos y producto sin tener en cuenta los precios.

5.1.5 Indicadores utilizados para medir la eficiencia. Indicador de Eficiencia Global (IEG) y capacidad de autosostenimiento. Para cada año, institución y nivel de complejidad de hospitales disponible en la base de datos se calculó la relación entre el producto p_i y el gasto g_i . Esto implica una proporción de “pesos de gasto necesarios para generar un peso de producto”. En caso de encontrarse una relación 1:1 el hospital analizado estaría produciendo de tal forma que *podría subsistir en el mercado vendiendo los servicios que hoy está produciendo y por lo constituye una medida directa de las posibilidades de supervivencia en el contexto actual de la reforma.*⁴³ Diferencias en el IEG entre hospitales y entre años se interpretan como diferencias en los niveles de eficiencia y de su capacidad de *autosostenimiento*.

- *Eficiencia del Recurso Humano.* Con el fin de analizar y comparar la eficiencia del recurso humano se construyó un indicador que relaciona el número de las consultas equivalentes como expresión del producto agregado con el número de médicos generales equivalentes de tiempo completo y las horas de médico general equivalentes como expresión de la mano de obra total que se utiliza. Las consultas equivalentes se obtienen al dividir el valor total del producto hospitalario por el valor de una consulta médica general. Los médicos generales equivalentes se obtienen al dividir el gasto de personal (servicios personales y aportes patronales) por el costo de emplear un médico general

⁴³ Es importante notar sin embargo que dado el grado de agregación utilizado en la medición del producto, no se espera que esta relación sea 1:1.

durante un año. La relación entre consultas equivalentes y médicos equivalentes indica el número de consultas equivalentes que realiza un médico equivalente al año. Esta relación puede igualmente expresarse en términos de consultas médico equivalentes por hora médico equivalente.

- *Productividad del recurso físico.* Para analizar la productividad del recurso físico y de compararla entre hospitales de un mismo nivel de complejidad se relacionaron las siguientes variables de producto y recurso físico: consultas totales por consultorio, partos por salas de parto, días de estancia por cama, exámenes de laboratorio por laboratorio y egresos por cama.
- *Eficiencia social.* Inicialmente se pretendió evaluar si los hospitales públicos están dirigiendo sus servicios en primer lugar a la población “vinculada”⁴⁴ y en segundo lugar a la población más pobre afiliada ya que se supone que ésta es su misión principal. Para tal fin se diseñó una pregunta que indagó respecto a la cantidad de servicios (egresos y consulta médicas) prestados a los diferentes tipos de beneficiarios. En efecto, existe evidencia anecdótica en el sentido de que los hospitales públicos están desplazando la población vinculada en beneficio de la población afiliada debido a una estructura de incentivos perversa donde los recursos de oferta, destinados en principio a la población “vinculada”, se asignan independientemente de la cantidad y calidad de los servicios prestados a ellos, mientras que el pago para la población de

los afiliados se hace, especialmente para los servicios de mayor complejidad, de acuerdo al volumen de servicios prestados. Se considera que un hospital es eficiente en términos sociales si focaliza la mayoría de sus servicios a la población más necesitada. Sin embargo, debido a la mala calidad de la información enviada no pudo adelantarse este análisis.

5.2 METODOLOGÍA PARA EVALUAR LA EFICIENCIA EN LA GESTIÓN EN LOS HOSPITALES

Por las razones que han sido expuestas en secciones precedentes, aproximarse al nivel de eficiencia en la gestión no es una tarea fácil. En ello intervienen primordialmente una serie de variables de carácter cualitativo que le confieren a su evaluación cierto grado de subjetividad, que hacen difícil el establecimiento de estándares de gestión que puedan ser generalizables al sector.

Sin embargo, la parametrización de variables cualitativas como las utilizadas en la evaluación de la gestión de los hospitales del Distrito Capital, puede ser válida y de gran utilidad cuando se utiliza más con el objetivo de establecer niveles relativos de gestión entre las instituciones estudiadas, que de definir valores absolutos de grados de gestión, lo que posibilita contar con herramientas de

44 La población vinculada está constituida por las personas pobres no afiliadas al sistema.

utilidad que orienten a las directivas del sector en la definición y ajuste de las políticas y programas de desarrollo y mejoramiento institucional que se adelantan actualmente.

Para la evaluación de la gestión institucional en los hospitales adscritos del Distrito Capital, se realizó una encuesta entre los meses de Octubre de 1997 y Abril de 1998, dirigida a los gerentes y/o personal directivo de cada uno de ellos (ver *Anexo H*). La encuesta consta de 9 secciones, cada una de las cuales trataba de indagar sobre los aspectos más relevantes que intervienen en la gestión institucional mencionados anteriormente, los que son descritos brevemente más adelante. En el *Anexo M* se encuentra una explicación mucho mas completa y detallada de todos los aspectos concernientes a la construcción y valoración de la encuesta.

Con el fin de llevar a cabo la recolección de la información contenida en la encuesta, un investigador se desplazó hacia todos los hospitales y/u oficinas de gerencia y administración. En esta se enfatizaba en primera instancia, los aspectos que debían ser de responsabilidad exclusiva de la gerencia, y se dejaron instrucciones con respecto al diligenciamiento de aquellas preguntas que contenían información cuyas respuestas correspondían a las áreas de estadística o financiera.

La encuesta contiene una serie de variables de tipo cualitativo de carácter

dicotómico (si ó no), otras que señalan una escala de valores para la opción específica (por ejemplo: bueno, regular y malo), algunas con diversas alternativas que podrían ser consideradas unas mejores que otras (por ejemplo, de varios métodos para definir tarifas, se considera que tener sistemas de costeo es mejor que fijarlas de acuerdo a lo que hacen los demás), y finalmente variables en las cuales tener dos o mas atributos es mejor que contar con uno solo de ellos (por ejemplo, se considera que es mejor contar a la vez con varios mecanismos de control de calidad que utilizar uno solo de ellos).

La parametrización se lleva a cabo primero para cada una de las 9 áreas evaluadas y finalmente se totalizan para obtener el resultado institucional, sin hacer consideraciones a cual es el peso relativo de cada área dentro de la calificación total, dada la imposibilidad de contar con parámetros objetivos para ello, a sabiendas de que muy seguramente hay áreas que pesan más que otras en los resultados de la gestión. Luego a cada una de las variables se les asigna un valor, a las dicotómicas de 1 ó 0, y a las demás suponiendo que el mayor valor corresponde a lo mejor y viceversa, con escalas arbitrarias que generalmente oscilaban entre 0 y 5.

Lo anterior permite obtener unos resultados de posición relativa de una institución con respecto a otra, siendo las de mayores puntajes las que se relacionan con un mejor desempeño en la gestión. Como ya se ha dicho, esta metodología presenta limitaciones importantes que solo hacen posible que sus resultados sean

aplicables a posiciones relativas en las instituciones estudiadas, pero que a su vez son de gran utilidad en la definición y ajuste de políticas y programas para el sector, como también en el establecimiento de una línea de base que permita hacerle un monitoreo a la evolución de las variables estudiadas.

A continuación se hace un breve referencia al significado y contenido de cada una de las nueve secciones que componen la encuesta:

- **La Dirección:** En la cual se hacía énfasis sobre aspectos tales como el equipo de dirección, experiencia, nivel educativo, autonomía en las decisiones, forma de elección y conformación de juntas directivas entre otros.
- **Liderazgo, Planeación, gestión y control:** Donde se enfatizó en aspectos tales como formulación de planes operativos, su cumplimiento; definición de misión, metas, objetivos; actividades de control interno, conformación de comités técnico - científicos, encuestas de satisfacción a usuarios, manejo de quejas y reclamos y renovación de equipos hospitalarios.
- **Comunicaciones Internas:** Se refería a aspectos tales como forma y periodicidad de comunicación entre subalternos y jefes, mecanismos de organización, participación y trabajo en equipo, satisfacción de los empleados y toma de decisiones.

- **Programas de Desarrollo y Mejoramiento Organizacional:** Con aspectos relacionados con actualización y modernización institucional, así como aspectos que afectan el desempeño.
- **Manejo del Recurso Humano:** Investigo temas como normatividad para el manejo del personal, selección, entrenamiento, satisfacción, inducción, evaluación del desempeño del recurso humano, régimen salarial, experiencia e incentivos principalmente
- **Mercadeo y Competencia:** Indago sobre la existencia de áreas de mercadeo, publicidad y ventas, desventajas competitivas y actividades para el manejo del mercado.
- **Sistema Tarifario, Contratación y Venta de Servicios:** Relacionado con mecanismos de venta de servicios, tarificación y contratación con aseguradoras.
- **Sistemas de Información:** Básicamente investigo sobre la presencia de ayudas o subsistemas de información tales como contabilidad, costos, nomina, registros clínicos, etc.
- **Calidad Técnica:** Referido a temas como las tasas de infección nosocomial

(Intrahospitalaria), complicaciones quirúrgicas y medicas, mortalidad
hospitalaria y reingresos, entre otros.

6. ANÁLISIS DE RESULTADOS SOBRE LA EFICIENCIA Y LA CAPACIDAD DE AUTOSOSTENIMIENTO DE LOS HOSPITALES DEL DISTRITO

6.1 EVOLUCIÓN DEL PRODUCTO 1994-1997

Tradicionalmente se ha utilizado el número de consultas y egresos para evaluar la producción de los hospitales. Sin embargo, esto no permite tener una idea precisa sobre el comportamiento del producto hospitalario en razón a la heterogeneidad de los hospitales en cuanto a la combinación de productos intermedios y en cuanto al tipo y características de los egresos. Además, evaluar el producto de esta manera da muy pocos indicios sobre la capacidad de autosostenimiento de los hospitales, tema de vital importancia en el contexto actual de la reforma. Por lo mismo se construyó, como se indicó anteriormente, un indicador de “valor de producto hospitalario”.

Entre 1994 y 1997 se observa un *crecimiento continuo en el valor del producto* (Cuadro 6.1 y Gráfico 6.1). El crecimiento más marcado se observó entre 1995 y 1996. El producto hospitalario pasó de 43 mil millones de pesos en 1994 a 57 mil

millones de pesos en 1997⁴⁵ para un *crecimiento acumulado* del 30%. Este resultado es satisfactorio en la medida que muestra claramente que los hospitales sí están haciendo un esfuerzo por aumentar su nivel de producto mejorándose así su capacidad de autosostenimiento. Sin embargo, al analizar la evolución por niveles de complejidad y más aún al nivel de los hospitales se observa que la situación varía bastante y que el crecimiento consolidado no es para nada reflejo del comportamiento de algunos de ellos.

Los hospitales de primer nivel tuvieron en forma consolidada, en todo el período bajo análisis, crecimientos positivos en el valor de su producto (Gráfico 6.2). Al nivel agregado, los hospitales de primer nivel lograron un aumento de su producción del 50% entre 94 y 97 y de 26% entre 1995 y 1997. Sin embargo, se observa un grupo de hospitales con un crecimiento acumulado *negativo* para el período 94 a 97 (Usaquén, San Blas, Trinidad Galán, Juan XXIII y Olaya) . Especialmente preocupante resulta Usaquén y San Blas cuyo nivel de producción disminuyó en un 40% y un 19% respectivamente. Existe otro grupo con crecimientos importantes del producto (Vista Hermosa, Tunjuelito, Garcés Navas, San Jorge) y finalmente hay 6 hospitales de primer nivel de complejidad que lograron unos crecimientos sobresalientes en el período 1994 a 1997 (Usme, Suba, Nazareth, La Perseverancia, Chapinero y Pablo VI). Este ultimo logró triplicar su nivel de producción en el período bajo consideración. En el *Anexo C* se muestra la evolución del valor del producto por tipo de servicios (cirugías etc.) para cada uno de los hospitales del Distrito.

⁴⁵ Pesos constantes de 1996.

Los hospitales de segundo nivel aumentaron *todos* su producción en el período analizado. Se destacan Engativá y San Blas que lograron duplicar su nivel de producción. El crecimiento acumulado fue de 62% para el período 94-97 y de 29% para el período 95-97.

En el tercer nivel es interesante notar que mientras que Kennedy bajó su nivel de producción en 15% en el período analizado, El Tunal logró duplicarlo. Ahora bien, es de anotar que Kennedy parece estarse recuperando al estabilizarse cada vez más su nivel de producción. Es evidente que los hospitales del Distrito han logrado aumentar el nivel de producción en la mayoría de los casos. Sin embargo, como se verá a continuación, este aumento en la producción ha sido opacado en gran parte por el importante crecimiento del gasto de los hospitales.

CUADRO 6.1
Valor del Producto Hospitalario, Por Niveles y Total. Variaciones anuales, 1994-1997
Pesos Constantes de 1996

Hospital	Nivel	1995	1996	1997	Δ% 97/95
		Δ%	Δ%	Δ%	
Usaquén	I	-11,59%	-21,32%	-14,19%	-32%
Suba	I	64,52%	-12,10%	9,93%	-3%
La Candelaria	I		173,61%	84,28%	404%
Juan XXIII	I	7,03%	-18,59%	5,10%	-14%
Chapinero	I	53,19%	15,35%	34,58%	55%
Garcés Navas	I	6,25%	29,70%	-12,71%	13%
Pablo VI	I	54,14%	96,03%	43,97%	182%
San Pablo Fontibón	I			40,09%	
Trinidad Galán	I	17,36%	-13,77%	-10,37%	-23%
La Perseverancia	I	10,91%	65,16%	18,57%	96%
San Blas	I	4,13%	-24,73%	2,94%	-23%
Samper Mendoza	I			-4,05%	
Olaya	I	33,12%	-29,93%	4,40%	-27%
San Jorge	I	8,79%	22,87%	-5,43%	16%
Tunjuelito	I	14,65%	-2,24%	1,91%	0%
Vista Hermosa	I	11,48%	-5,68%	0,43%	-5%
Usme	I	17,02%	18,06%	11,41%	32%
Nazareth	I	15,35%	3,38%	46,24%	51%
Sub-total Nivel I		19,17%	16,69%	8,25%	26%
La Granja	II	22,51%	16,30%	28,86%	50%
Engativá	II	19,02%	81,31%	0,21%	82%
Bosa	II	13,38%	10,99%	-4,99%	5%
San Blas	II	31,62%	112,49%	-7,67%	96%
El Guavio	II	24,08%	-12,67%	8,75%	-5%
El Carmen	II	75,47%	-10,44%	-4,35%	-14%
Meissen	II	15,96%	27,05%	1,11%	28%
Sub-total Nivel II		26,97%	31,61%	0,95%	33%
Simon Bolivar	III	0,75%	8,16%	-1,51%	7%
Kennedy	III	-8,37%	-6,99%	0,02%	-7%
La Victoria	III	5,42%	12,82%	-11,46%	0%
El Tunal	III	-4,11%	97,00%	40,76%	177%
Sub-total Nivel III		-2,67%	8,00%	1,07%	9%
Total		10,50%	16,44%	3,68%	21%

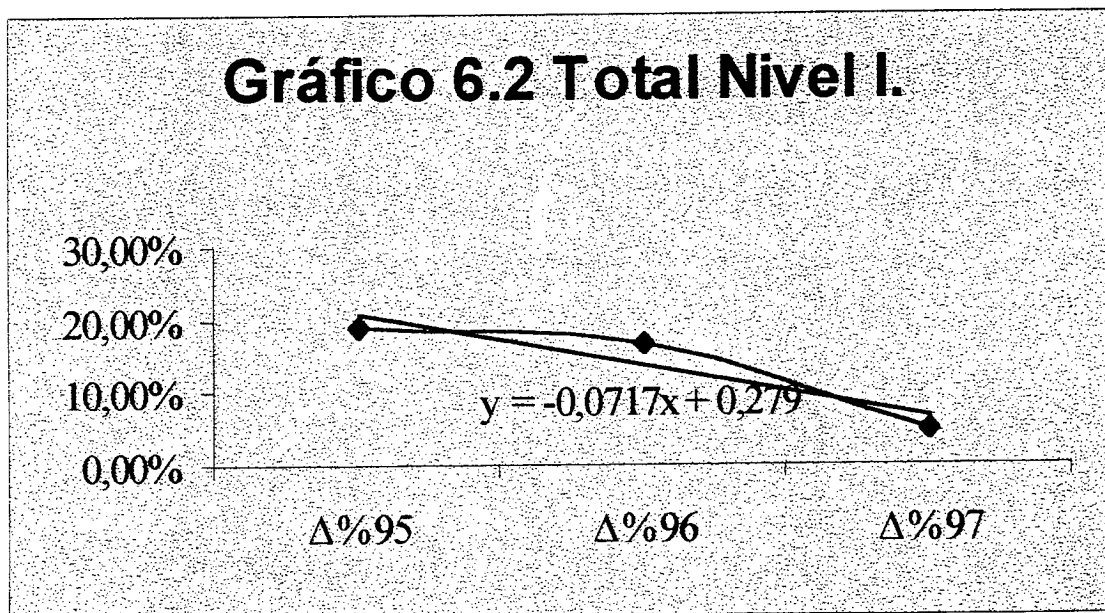
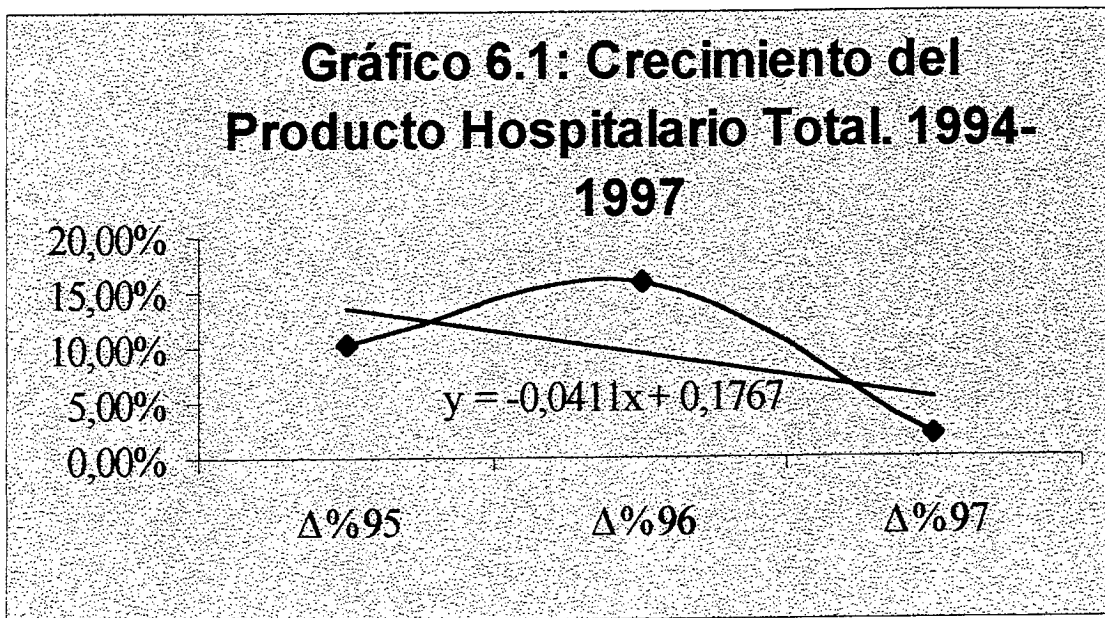


Gráfico 6.3 Total Nivel II.

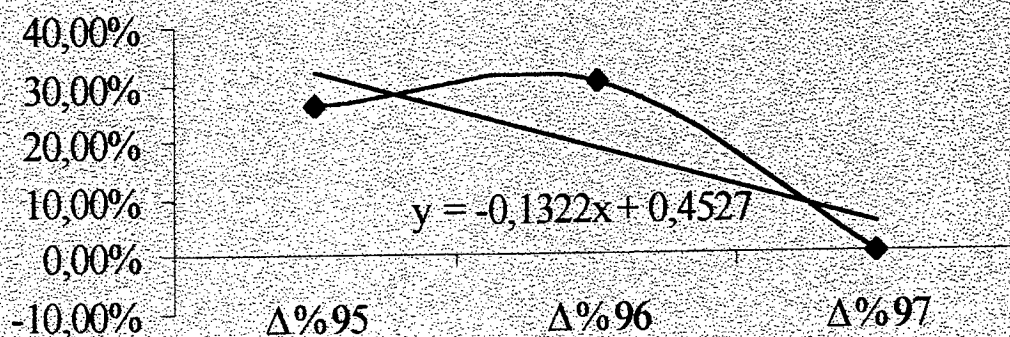
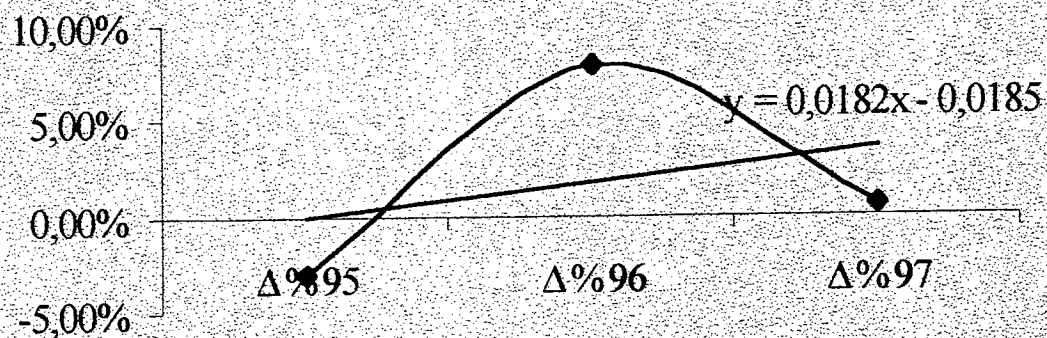
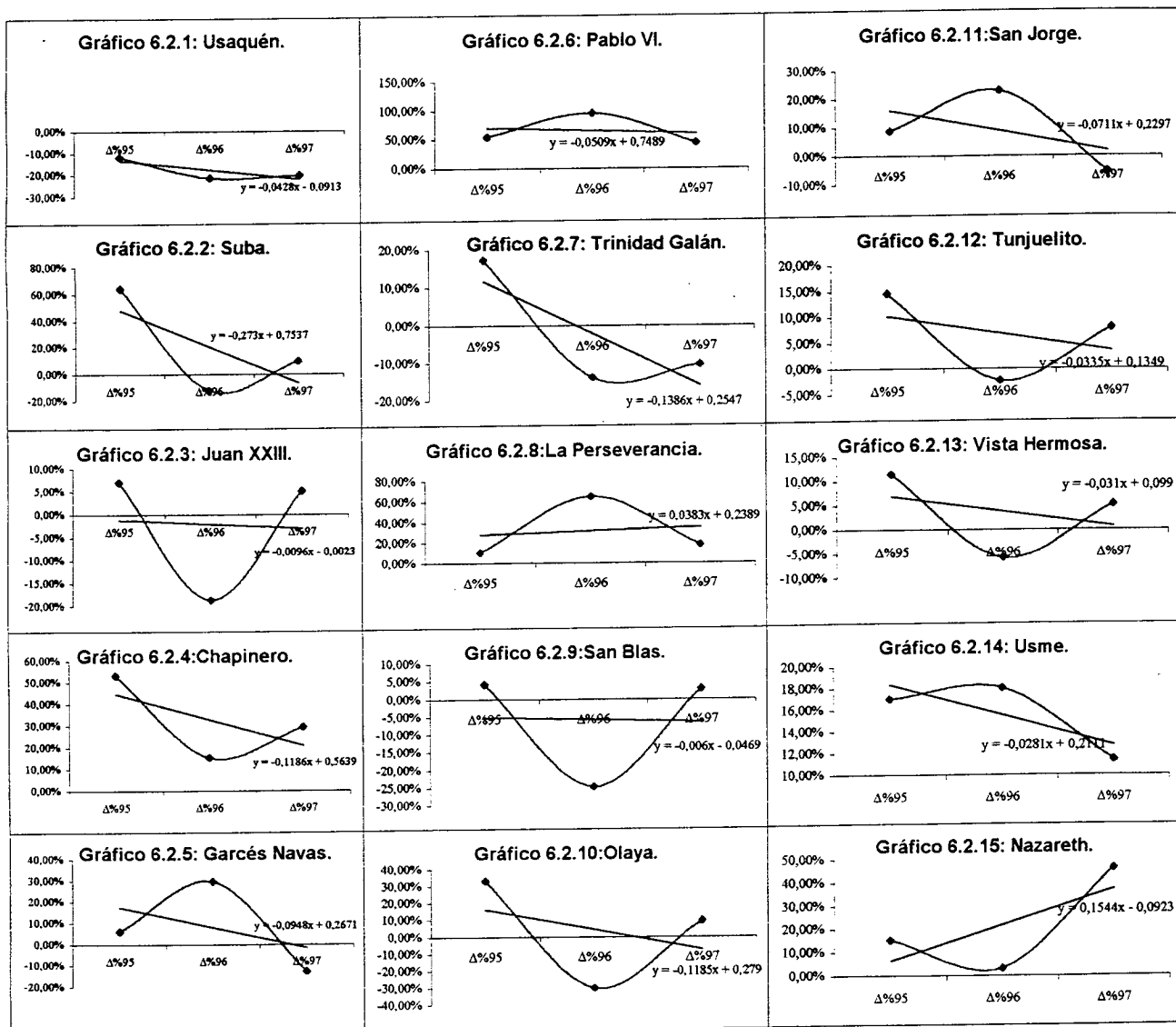


Gráfico 6.4: Total Nivel III.



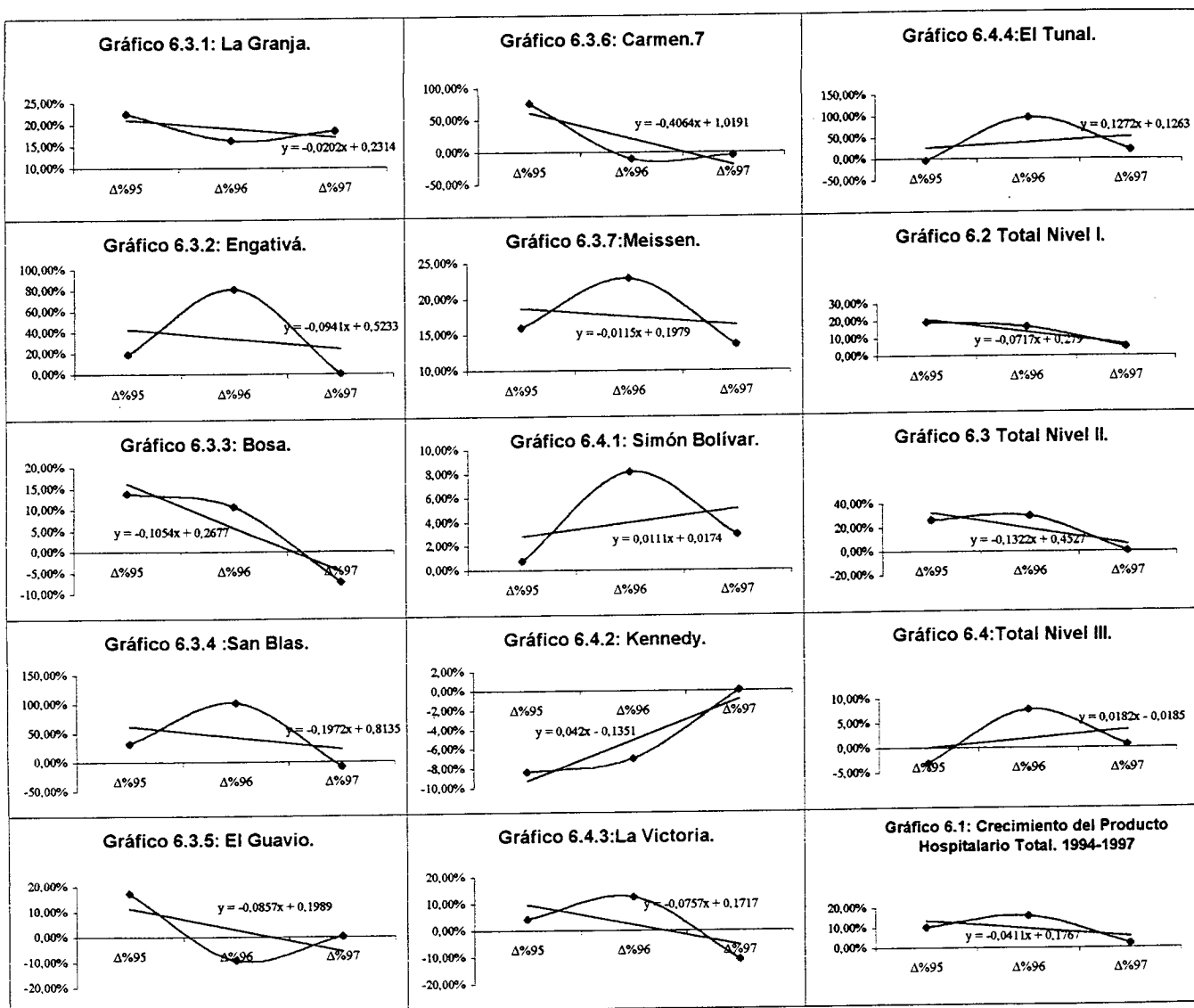
Gráficos 6.2.1 – 6.2.15

CRECIMIENTO Y TENDENCIA DEL VALOR DEL PRODUCTO 1994 - 1997



Gráficos 6.3.1 – 6.3.7 y 6.4.1 – 6.4.4

CRECIMIENTO Y TENDENCIA DEL VALOR DEL PRODUCTO 1994 - 1997



6.2 EVOLUCIÓN DEL GASTO

En el período analizado se observa un crecimiento del gasto en términos reales en todas las instituciones bajo consideración. En el nivel consolidado, el gasto creció en un 24% entre 1995 y 1997. Los crecimientos más pronunciados se encuentran en los hospitales de primer nivel (30%) seguido por los hospitales del segundo (25%) y tercer (16%) nivel de complejidad (Cuadro 6.2). Los crecimientos más marcados se observan en el período 1995-1996 donde se ve un crecimiento del 24% frente a una leve reducción en el nivel agregado (-0.10%) para el período siguiente. Este comportamiento es debido posiblemente, en su mayor parte a la nivelación salarial. Sin embargo, desafortunadamente no se pudo obtener información desagregada sobre en cuanto a la configuración de la nómina en aspectos tales como cantidad de horas contratadas, modalidad de contratación (planta y de contrato) y remuneraciones para la mayoría de los hospitales especialmente para los años 1995 y 1996 lo que imposibilitó un análisis de los factores que influyeron en el crecimiento del gasto.

6.3 INDICE DE EFICIENCIA GLOBAL (IEG)

6.3.1 Alcance y limitaciones de los resultados. Al comparar el gasto y el valor

del producto hospitalario se obtiene información respecto de:

- a) la capacidad de autosostenimiento del hospital⁴⁶
- b) el nivel de eficiencia. Entre más cercanos los valores de gasto y de producto más eficiencia y más posibilidades de autosostenimiento.

En el caso ideal, la relación debería ser “1”, sin embargo, existen varias razones que pueden explicar una desviación respecto al valor ideal como son entre otras las siguientes:

- Las limitaciones en la información disponible en cuanto a su calidad
- Las limitaciones en la información en cuanto a la especificidad para describir todos los productos que se generan en un hospital, lo que obligó a realizar un nivel de agregación para poder valorar mejor el producto. En efecto, algunas actividades, como por ejemplo, servicios terapéuticos de rehabilitación o intervenciones quirúrgicas de poca frecuencia y alto costo, no alcanzan a ser descritos por el instrumento aplicado y por lo tanto no son considerados en la valoración del producto, generándose así un *sesgo que produce subvaloración del producto real*; y
- Situaciones estructurales que no permiten una producción con la que sea

⁴⁶ Se supone que el hospital puede vender todo su producto actual a las ARS, EPS particulares y Distrito.

posible cubrir los costos de producción. Entre éstas se encuentran situaciones tales como una demanda insuficiente dada una densidad poblacional baja y contextos sociales y culturales que afectan la demanda de servicios.

- Problemas de eficiencia en el proceso productivo y la utilización de las instalaciones y el recurso humano.

Por lo anterior, en el análisis que se presenta a continuación no se comparan los IEG observados con un IEG ideal extractado de la teoría, sino que se trata de identificar más bien un valor de referencia que corresponde al comportamiento de las mejores instituciones en cada grupo. Para tal fin, se utiliza como parámetro de referencia para comparar entre si los hospitales de un mismo nivel de complejidad, un IEG de referencia que corresponde al valor medio de los valores observados para las mejores instituciones de cada nivel de complejidad. Esto da una idea del mejor nivel actual de eficiencia.

Igualmente estos valores absolutos de IEG tienen que analizarse conjuntamente con su *evolución* a través del tiempo para poder hacer afirmaciones respecto a la capacidad de autosostenerse en el futuro. Por ejemplo, aunque pueden observarse casos en los cuales los IEG's en términos absolutos son muy altos, indicando por lo mismo niveles bajos de eficiencia, éstos simultáneamente pueden estar acompañados de mejorías sostenidas y significativas en su nivel a través del tiempo, como también otros casos donde ocurre todo lo contrario (niveles de IEG's

cercanos a un valor ideal pero con tasas de crecimiento que indican desmejoras a través del tiempo).

Esto significa que al hacer un análisis sobre la capacidad de autosostenimiento deben hacerse consideraciones particulares para cada institución, que pueden hacer variar su perspectiva futura. En efecto, aunque algunos hospitales con IEG's muy altos (muy distantes de un valor ideal) presentan sendas de mejoramiento de su IEG, muy probablemente nunca alcanzarán el autosostenimiento, por ejemplo, por razones estructurales de mercado derivadas de limitaciones de demanda. Así mismo habrá otros hospitales con IEG's que muestran situaciones muy cercanas al equilibrio ideal (gasto cercano al valor del producto) pero que al mismo tiempo ven empeorar su situación. Estas situaciones sugieren la necesidad de tomar medidas encaminadas a revertir estas tendencias.

Además se trató de hacer una aproximación al número de años que tardaría cada hospital para alcanzar el valor de referencia de eficiencia, y dada la evolución de su IEG en los últimos tres años⁴⁷. El valor de referencia fue construido como una mediana de los IEG's en cada nivel. Esto brinda una visión de la gradualidad con la que los hospitales podrán alcanzar niveles adecuados de autosostenimiento y resistir una transición de los recursos de oferta hacia recursos de demanda.

⁴⁷ Los autores son conscientes de la limitación que se tiene al tratar de hacer proyecciones con base en períodos de tiempo tan cortos pero quieren insistir ante todo en la necesidad de que ésto se vaya refinando con el fin de tener una perspectiva futura de las capacidades de autofinanciamiento. Además es claro que las mejorías observadas en los índices de eficiencia global no siguen en

No obstante lo anterior, en los hospitales del tercer nivel de complejidad es cuestionable aplicar el procedimiento descrito para los otros dos niveles, en razón del bajo número de observaciones (4) y la gran variabilidad en el comportamiento de los IEG's en el período analizado. Por lo anterior en este nivel de complejidad se presenta el análisis de cada institución y no consolidado.

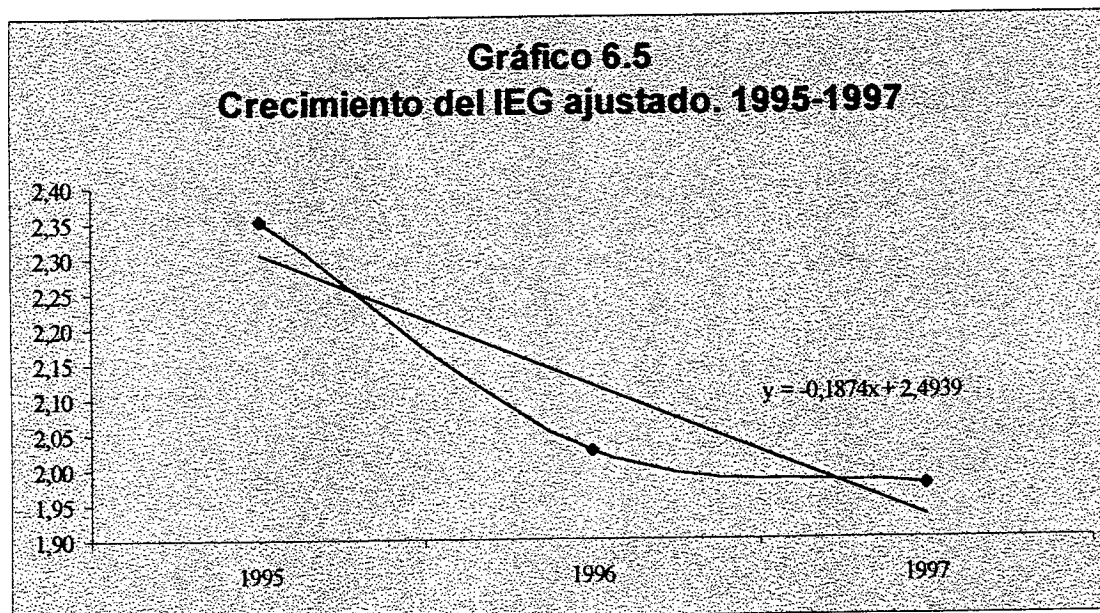
Ahora bien, las sendas de comportamiento futuro del IEG y del autosostenimiento pueden hacerse con base en el crecimiento observado del IEG para el período 1995-1997. Sin embargo, éste respondió en gran parte al efecto de la nivelación salarial, la que supuestamente debe terminar en 1998. Por lo anterior se esperaría una recuperación significativa del IEG por efecto de una nivelación en la tendencia del gasto.

Para tratar de aislar el efecto de la nivelación salarial sobre los crecimientos del gasto y así tener una visión futura más acertada, se buscó reconstruir un gasto donde se mantuvieran constantes las remuneraciones del personal y de esta manera calcular un Indicador de Eficiencia Ajustado (IEGA). Desafortunadamente, la Secretaría no pudo suministrar la información requerida. Por lo anterior, para tratar de subsanar este inconveniente, se mantuvo constante el gasto en recurso humano de 1995 como supuesto para controlar el efecto de la nivelación salarial. Esto puede crear un sesgo en los resultados sobre todo para aquellos hospitales

comportamiento lineal.

donde hubo crecimientos significativos en el personal por contratos y donde la remuneración para éstos pesa en forma importante en el gasto total.

6.3.2 Comportamiento General. Los hospitales del Distrito mantuvieron, en términos agregados, su eficiencia y grado de autosostenimiento al mantenerse el IEG alrededor de 2.4 en el período bajo consideración (Gráfico 6.5). Ahora bien el IECA muestra un resultado mucho más favorable al pasar el IEG de 2.35 en 1995 a 1.98 en 1997. Esto es, en 1997, por cada peso de producto generado se requería 1.98 pesos de gasto. (Cuadro 6.4)



CUADRO 6.2
Valor del Gasto Hospitalario, por hospitales, niveles y total. Variaciones anuales, 1995-1997

Pesos constantes de 1996

Hospital	Nivel	1995	1996		1997		97/95
		Gasto	Gasto	Δ%	Gasto	Δ%	Δ%
Usaquén	I	2.481.721.566	3.358.022.430	35,31%	3.562.790.404	6,10%	44%
Suba	I	3.285.068.238	3.381.207.580	2,93%	4.735.708.069	40,06%	44%
La Candelaria	I						
Juan XXIII	I	2.020.121.105	2.272.111.486	12,47%	2.617.575.816	15,20%	30%
Chapinero	I	2.644.058.956	3.492.966.719	32,11%	3.322.659.931	-4,88%	26%
Garcés Navas	I	4.816.147.945	5.839.239.584	21,24%	5.966.009.231	2,17%	24%
Pablo VI	I	2.825.375.351	3.542.395.597	25,38%	3.501.570.619	-1,15%	24%
San Pablo Fontibón	I	1.824.229.482	1.964.041.919	7,66%	2.085.361.259	6,18%	14%
Trinidad Galán	I	3.306.617.261	4.243.916.902	28,35%	3.865.988.657	-8,91%	17%
La Perseverancia	I	2.497.866.879	3.070.058.541	22,91%	3.225.078.445	5,05%	29%
San Blas	I	2.739.030.892	2.871.925.983	4,85%	3.206.722.600	11,66%	17%
Samper Mendoza	I	1.348.398.402	1.840.693.574	36,51%	2.213.495.273	20,25%	64%
Olaya	I	2.039.287.263	2.376.234.929	16,52%	2.532.435.691	6,57%	24%
San Jorge	I	3.087.741.361	3.705.375.723	20,00%	3.385.567.015	-8,63%	10%
Tunjuelito	I	2.908.143.893	3.279.183.342	12,76%	3.541.619.739	8,00%	22%
Vista Hermosa	I	3.359.720.584	3.985.450.214	18,62%	4.385.573.468	10,04%	31%
Usme	I	2.873.906.302	4.577.763.755	59,29%	5.085.316.759	11,09%	77%
Nazareth	I	922.022.424	1.241.914.258	34,69%	1.213.519.827	-2,29%	32%
Sub-total Nivel I		44.979.457.904	55.042.502.536	22,37%	58.446.992.802	6,19%	30%
La Granja	II	3.852.598.913	4.755.635.789	23,44%	4.734.836.748	-0,44%	23%
Engativá	II	1.279.361.754	1.986.306.818	55,26%	1.610.785.700	-18,91%	26%
Bosa	II	3.459.688.196	4.386.680.931	26,79%	4.199.429.296	-4,27%	21%
San Blas	II	8.241.959.746	9.779.710.122	18,66%	9.388.860.186	-4,00%	14%
El Guavio	II	3.193.195.304	4.122.236.764	29,09%	3.688.792.236	-10,51%	16%
El Carmen	II	2.131.328.159	2.757.698.884	29,39%	2.609.131.789	-5,39%	22%
Meissen	II	2.387.408.661	2.924.283.486	22,49%	4.511.176.069	54,27%	89%
Sub-total Nivel II		24.545.540.733	30.712.552.794	25,12%	30.743.012.023	0,10%	25%
Simon Bolivar	III	14.642.016.622	18.624.065.594	27,20%	17.977.949.088	-3,47%	23%
Kennedy	III	13.154.120.575	15.956.197.044	21,30%	14.399.235.947	-9,76%	9%
La Victoria	III	8.596.710.753	11.383.124.539	32,41%	9.893.308.259	-13,09%	15%
El Tunal	III	6.637.855.047	7.673.425.872	15,60%	7.790.948.089	1,53%	17%
Sub-total Nivel III		43.030.702.997	53.636.813.049	24,65%	50.061.441.383	-6,67%	16%
Total		112.555.701.634	139.391.868.379	23,84%	139.251.446.209	-0,10%	24%

CUADRO 6.3
Índice de Eficiencia Global. Valor y cambio porcentual. 1995-1997

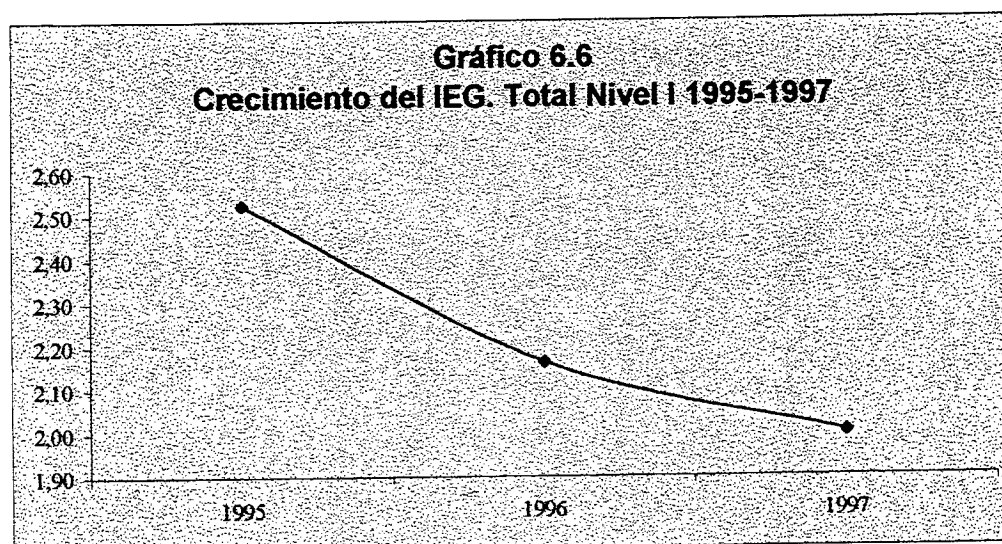
Pesos constantes de 1996 .

Hospital	Nivel	1995	1996		1997		Crecimiento	97/95 *	AÑOS
		IP	IP	Δ%	IP	Δ%	97/95	Δ%	
Usaquén	I	4,26	7,33	71,98%	9,07	23,65%	112,66%	48,13%	
Suba	I	1,70	1,99	17,10%	2,53	27,41%	49,20%	3,49%	
La Candelaria	I								
Juan XXIII	I	4,25	5,87	38,16%	6,44	9,61%	51,43%	16,87%	
Chapinero	I	5,25	6,02	14,53%	4,25	-29,32%	-19,05%	-33,04%	257,67%
Garcés Navas	I	2,55	2,38	-6,52%	2,79	17,05%	9,42%	-11,67%	311,24%
Pablo VI	I	2,83	1,81	-36,04%	1,24	-31,34%	-56,09%	-64,57%	-23,62%
San Pablo Fontibón	I		1,96		1,49	-24,21%			
Trinidad Galán	I	1,55	2,31	48,85%	2,34	1,63%	51,27%	29,38%	
La Perseverancia	I	4,79	3,56	-25,58%	3,16	-11,40%	-34,07%	-48,93%	99,35%
San Blas	I	2,98	4,16	39,29%	4,51	8,47%	51,10%	29,06%	
Samper Mendoza	I		2,84		3,56	25,33%			
Ólaya	I	2,17	3,60	66,29%	3,68	2,08%	69,75%	36,69%	
San Jorge	I	2,71	2,65	-2,34%	2,56	-3,38%	-5,64%	-13,94%	205,37%
Tunjuelito	I	2,02	2,33	15,34%	2,47	5,98%	22,24%	0,38%	
Vista Hermosa	I	1,72	2,16	25,76%	2,37	9,57%	37,80%	5,57%	
Usme	I	1,29	1,74	34,92%	1,73	-0,29%	34,53%	-23,97%	4,45%
Nazareth	I	11,64	15,17	30,29%	10,14	-33,18%	-12,94%	-33,85%	830,79%
Sub-total Nivel I		2,53	2,65	4,87%	2,60	-1,91%	2,87%	-20,73%	144,41%
La Granja	II	2,28	2,43	6,14%	1,87	-22,74%	-17,99%	-27,42%	8,96%
Engativá	II	2,99	2,56	-14,37%	2,07	-19,07%	-30,70%	-44,96%	20,27%
Bosa	II	1,54	1,76	14,24%	1,77	0,76%	15,11%	-2,47%	-41,71%
San Blas	II	3,68	2,05	-44,16%	2,14	3,98%	-41,94%	-46,27%	24,18%
El Guavio	II	2,44	3,61	47,82%	2,97	-17,71%	21,64%	10,05%	
El Carmen	II	1,35	1,95	44,47%	1,93	-1,08%	42,90%	16,73%	
Meissen	II	1,82	1,75	-3,59%	2,67	52,58%	47,10%	-22,15%	131,11%
Sub-total Nivel II		2,27	2,16	-4,93%	2,14	-0,84%	-5,72%	-22,27%	51,12%
Simon Bolívar	III	2,75	3,23	17,60%	3,17	-1,99%	15,25%	-6,13%	742,95%
Kennedy	III	1,53	2,00	30,42%	1,80	-9,78%	17,67%	7,49%	
La Victoria	III	1,77	2,08	17,36%	2,04	-1,84%	15,20%	-0,34%	2348,39%
El Tunal	III	5,66	3,32	-41,32%	2,40	-27,87%	-57,67%	-58,17%	34,11%
Sub-total Nivel III		2,16	2,49	15,42%	2,30	-7,65%	6,59%	-6,67%	299,86%
Total		2,32	2,47	6,36%	2,38	-3,64%	2,48%	-15,93%	141,38%

Cuadro 6.4
Indice de Productividad Global Ajustado (con gasto constante de 1995).
Valor y cambio porcentual, 1995 -1997

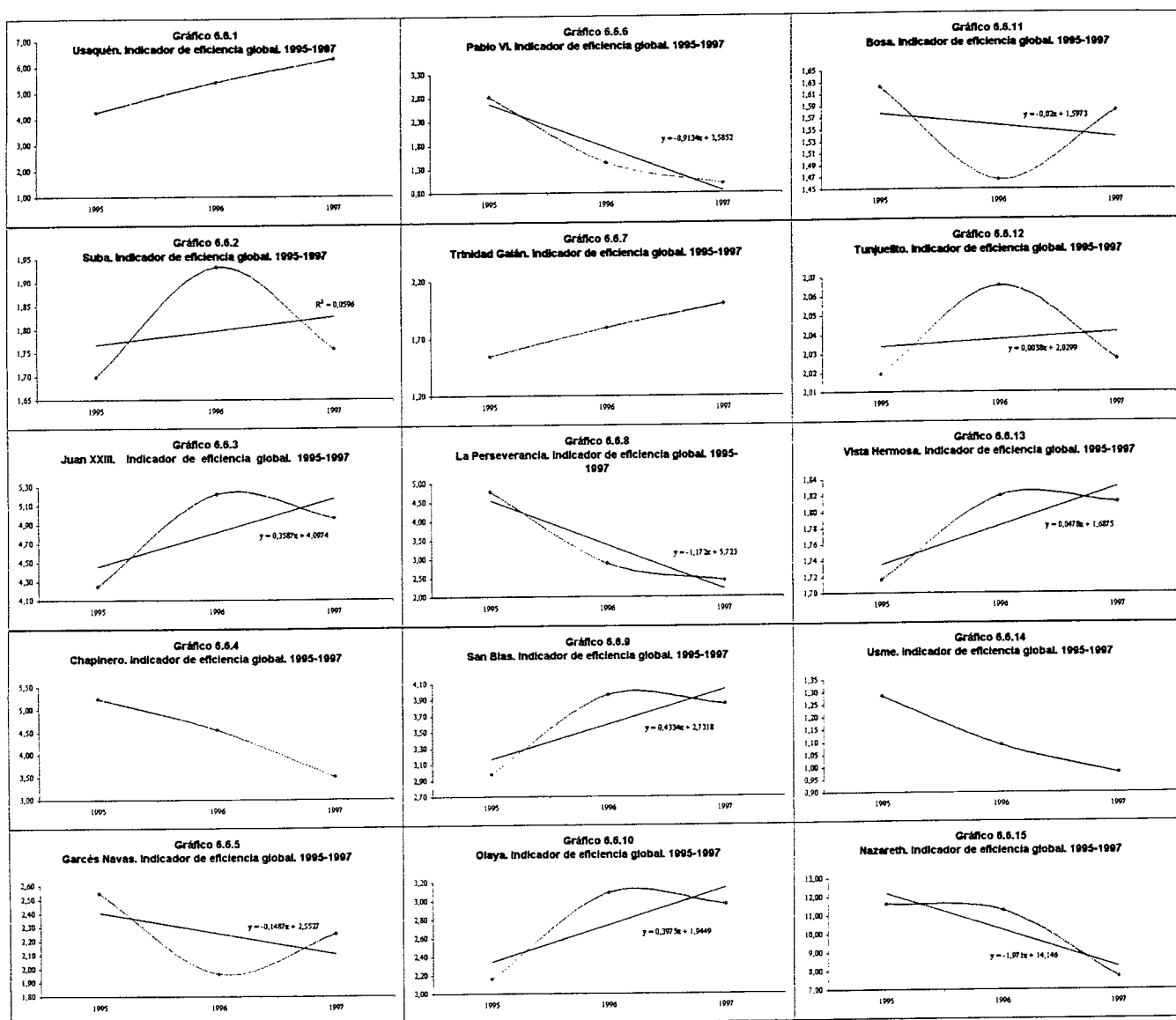
Hospital	Nivel	1995	1996	1997	97/95 *
		IP	IP	IP	Δ%
Usaquén	I	4,26	5,42	6,32	48%
Suba	I	1,70	1,93	1,76	3%
La Candelaria	I				
Juan XXIII	I	4,25	5,22	4,97	17%
Chapinero	I	5,25	4,56	3,52	-33%
Garcés Navas	I	2,55	1,97	2,25	-12%
Pablo VI	I	2,83	1,44	1,00	-65%
San Pablo Fontibón	I		1,82	1,30	
Trinidad Galán	I	1,55	1,80	2,00	29%
La Perseverancia	I	4,79	2,90	2,45	-49%
San Blas	I	2,98	3,96	3,85	29%
Samper Mendoza	I		2,08	2,17	
Olaya	I	2,17	3,09	2,96	37%
San Jorge	I	2,71	2,21	2,33	-14%
Tunjuelito	I	2,02	2,07	2,03	0%
Vista Hermosa	I	1,72	1,82	1,81	6%
Usme	I	1,29	1,09	0,98	-24%
Nazareth	I	11,64	11,26	7,70	-34%
Sub-total Nivel I		2,53	2,16	2,00	-21%
La Granja	II	2,28	1,96	1,66	-27%
Engativá	II	2,99	1,65	1,65	-45%
Bosa	II	1,62	1,47	1,58	-2%
San Blas	II	3,68	1,82	1,98	-46%
El Guavio	II	2,70	2,98	2,98	10%
El Carmen	II	1,38	1,54	1,61	17%
Meissen	II	1,82	1,48	1,41	-22%
Sub-total Nivel II		2,33	1,79	1,81	-22%
Simon Bolivar	III	2,75	2,54	2,58	-6%
Kennedy	III	1,53	1,65	1,65	7%
La Victoria	III	1,94	1,73	1,94	0%
El Tunal	III	5,66	2,87	2,37	-58%
Sub-total Nivel III		2,21	2,05	2,06	7%
Total		2,35	2,03	1,98	-16%

6.3.3 Hospitales de primer nivel. En 1997, el índice de eficiencia global fue de 2.6 lo que significa que al nivel consolidado, el nivel de gasto superaba en más de 100% el valor del producto ó, que por cada peso de producto generado se necesitaban más de dos pesos de insumos. Ahora bien, es importante notar que la situación varía bastante ya que se observan IEG's que van desde 10.14 para Nazareth a 1.24 para Pablo VI. Nazareth es un caso interesante ya que por su ubicación y la baja densidad poblacional en su área de influencia no se debería esperar en ningún momento un IEG bajo. Los costos fijos son extremadamente altos. A manera de ejemplo, es difícil suponer que un hospital que sólo atendió 12 partos a lo largo de todo el año 1997, no tanto por falta de productividad sino por falta de demanda, logre autofinanciarse.



En términos de la evolución del indicador de eficiencia se observa que al nivel consolidado *la capacidad de autosostenimiento se mantuvo más o menos constante* entre 1995 y 1997, debido a un crecimiento muy similar en el gasto y en el producto (Gráficos 6.6 y 6.6.1 a 6.6.15).

Gráficos 6.6.1 – 6.6.15



Ahora bien, suponiendo 0% de crecimiento en el gasto de personal entre 1995 y 1997 se observa que la casi totalidad de los hospitales hubieran mejorado significativamente su indicador de eficiencia y su capacidad de autosostenimiento (Cuadro 6.4). En este caso hipotético, la capacidad de autosostenimiento mejoraría en un 21% y el IEGA se ubicaría en 1997 en 2. El IEG promedio de los hospitales ubicados en el cuartil superior de primer nivel fue, en 1997, de 1.7 que podría considerarse el valor de referencia a alcanzar por todos los hospitales de este nivel de complejidad. Es de anotar que este valor de 1.7 representa el promedio de los mejores aunque hay instituciones con valores bastante alejados. Esto significa que si en la actualidad el IEG real de los hospitales está en 2.6 y que si a partir de 1999 el crecimiento del IEG acumulado fuera de 21% por efecto de que no habrá más nivelación salarial, en un período de 8.5 años en promedio, los hospitales de este nivel alcanzarían el valor de referencia actual dado para los mejores hospitales, momento a partir del cual la necesidad de subsidios de oferta sería mínimo.

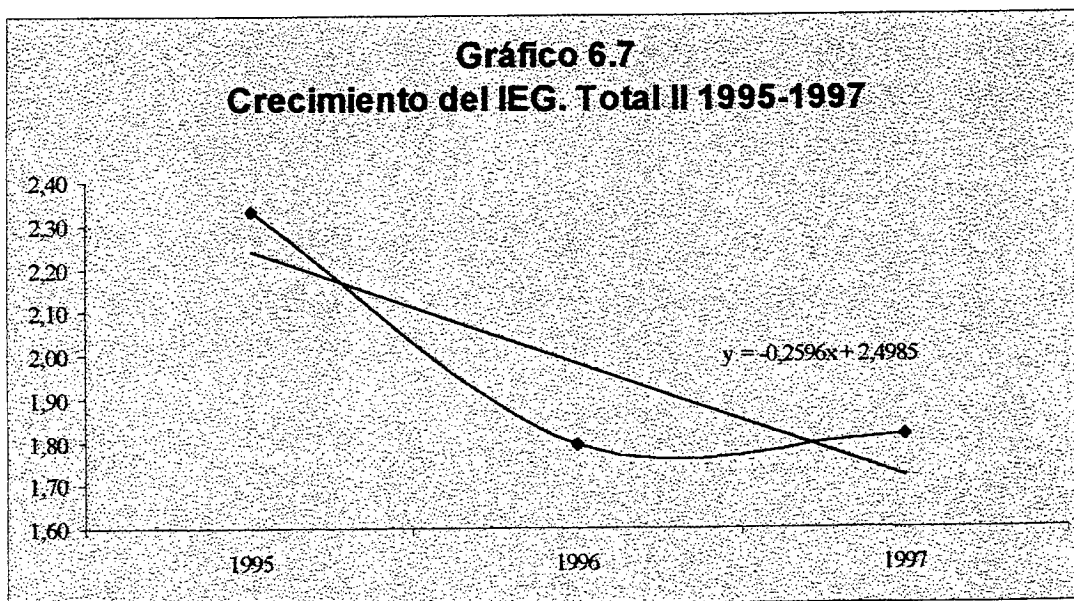
Sin embargo, a nivel de cada institución, al replicarse el comportamiento observado en el IEG, asumiendo el gasto de personal constante, habrá instituciones que por su tendencia negativa en el crecimiento del IEG se alejarán cada vez más de la posibilidad de autofinanciarse (por ejemplo Usaqué y Juan XXIII) y otros que por el contrario lograrán la meta mucho más rápido (por ejemplo Pablo VI, Perseverancia).

6.3.4 Hospitales de II nivel de complejidad. En 1997, en los hospitales de segundo nivel de complejidad generar 1 peso de producto costó 2.3 pesos de insumo. Esta cifra es muy parecida a la observada para los hospitales de primer nivel. Sin embargo, la situación es más homogénea entre las distintas instituciones lo que evidencia un nivel de desarrollo más uniforme.

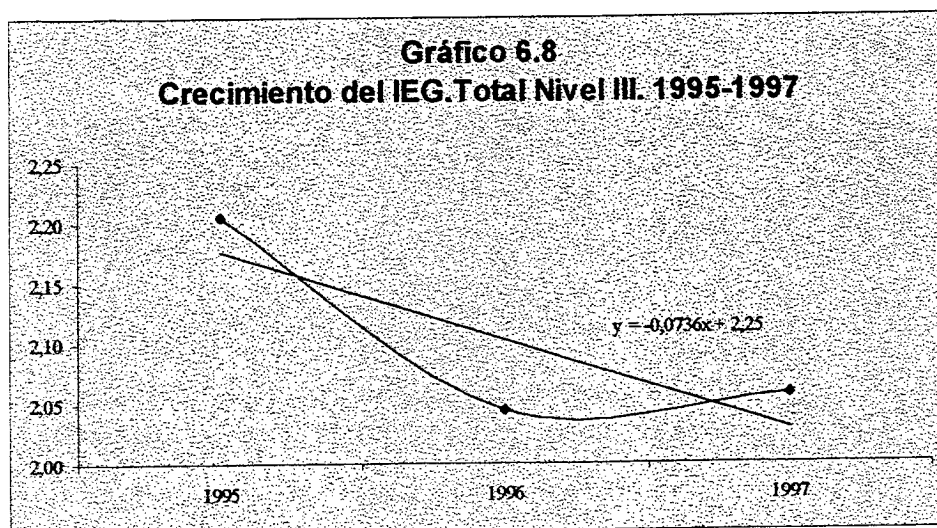
Al igual que los hospitales de primer nivel, los de segundo también mantuvieron constante su Indicador de Eficiencia Global en el período de observación al presentarse tasas similares en el crecimiento acumulado del producto y del gasto que fueron del 26% y del 25% respectivamente. Sin embargo, mientras que algunos hospitales han logrado mejorar substancialmente su capacidad de autosostenimiento, otros han empeorado en forma significativa. Entre los primeros se destacan San Blas y Engativá que han logrado mejorar su capacidad de supervivencia en un 39% y un 31% respectivamente. En el segundo grupo se destaca Meissen y el Carmen que desmejoraron su situación en un 47% y un 43%. Ahora bien, la situación es más favorable al analizarse las tasas de crecimiento entre 1996 y 1997 donde la mayoría de los hospitales lograron mejorar su situación explicado en buena parte por la desaceleración del gasto (Gráficos 6.7 a 6.7.7).

Al mantenerse el gasto de personal constante, casi todos los hospitales hubieran logrado mejoras significativas en su nivel de eficiencia, pasando de un índice de eficiencia de 2.33 en 1995 a 1.88 en 1997. En este caso, la capacidad de autosostenimiento mejoraría en un 22% y el IEG se ubicaría en 1997 en 1.81. La

mediana del IEG de los hospitales ubicados en el cuartil superior de segundo nivel fue, en 1997, de 1.94 que se utilizó como valor de referencia. Esto significa que si en la actualidad el IEG real de los hospitales está en 2.27 y que si a partir de 1999 el crecimiento del IEG acumulado fuera de 22% anual por efecto de que no habrá más nivelación salarial, en un período de 4.5 años en promedio, los hospitales de este nivel alcanzarían el valor de referencia actual dado por los mejores hospitales. Al igual que para los hospitales de primer nivel, hay instituciones que al replicarse el comportamiento del IEG con gasto constante, nunca lograrán autofinanciarse (El Guavio, Carmen) y otros que lograrán la meta más rápido (San Blas, Engativá).

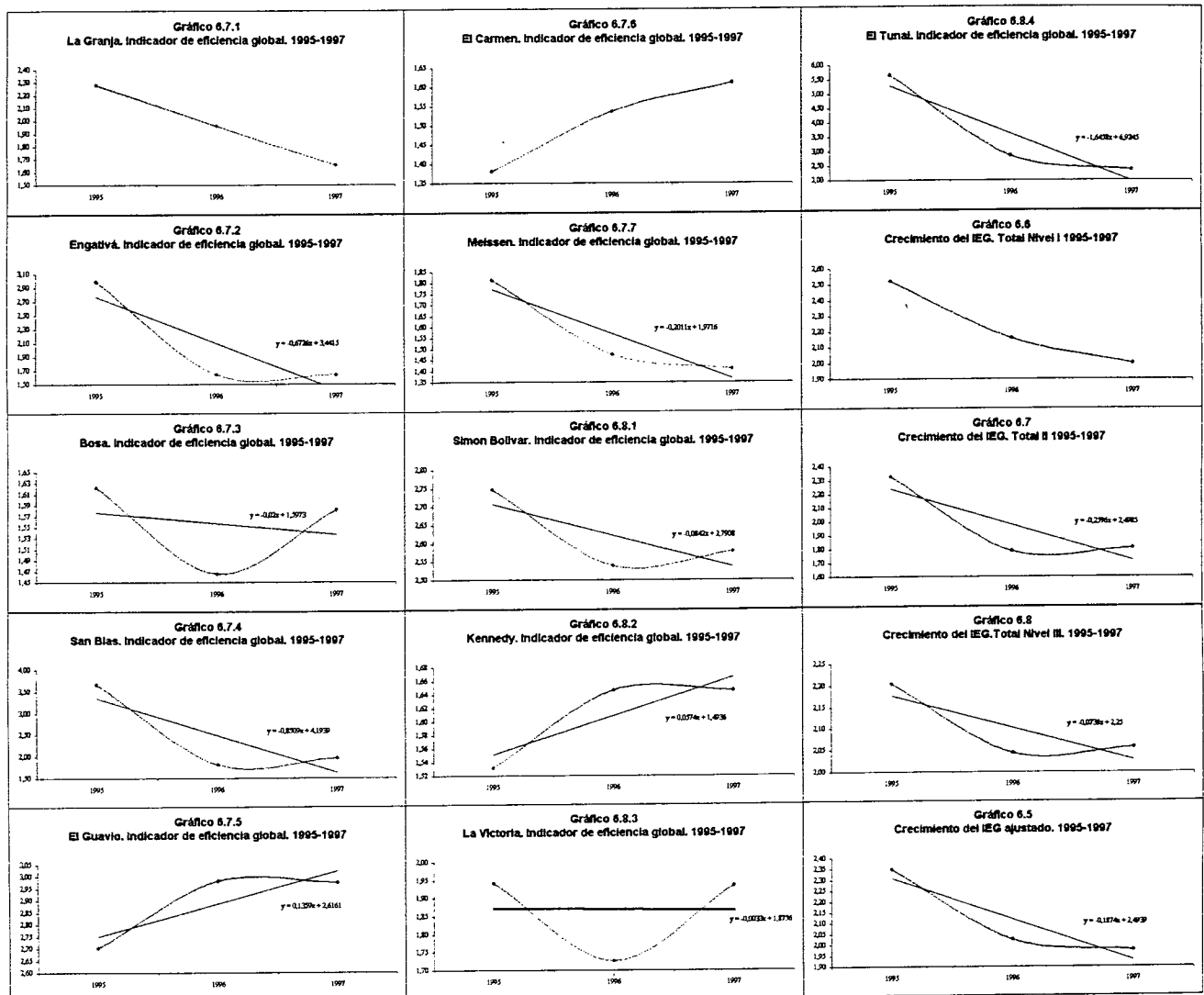


6.3.5 Hospitales de III nivel de complejidad. El nivel del IEG varía bastante entre los cuatro hospitales del tercer nivel de complejidad. En efecto, mientras que en Kennedy generar 1 peso de producto requería de 1.8 pesos de insumos, en el hospital Simón Bolívar esta relación fue de 3 pesos de insumos por peso de producto.⁴⁸ Además, en términos generales se observa, que el IEG ha empeorado para todas las instituciones entre 1995 y 1996 y en el período siguiente (96 a 97) se revierte esta tendencia y todos ellos muestran mejoras. Ahora bien, manteniendo el gasto de personal constante, se observa (gráficos 6.8 a 6.8.4) que los niveles de eficiencia se mantuvieron aproximadamente constantes con excepción del Hospital del Tunal que logró una mejora sustancial con respecto al principio del período.



⁴⁸ Es de observarse que pueden presentarse incongruencias en la valoración del producto de las instituciones de tercer nivel por efecto de la limitación en la información suministrada.

Gráficos 6.7.1 –6.7.7 y 6.8.1 –6.8.4



6.4 RECURSO HUMANO

6.4.1 Participación del gasto en recurso humano como proporción del gasto total. En todos los hospitales del Distrito el costo del recurso humano, representado por la suma de los valores contenidos en los rubros servicios personales y aportes patronales, fue, en 1997 superior al 65% como proporción del gasto total. En la mayoría de los hospitales, éste se sitúa alrededor del 80% del gasto total (Cuadro 6.5) y en algunos se acerca al 90% del gasto total (Pablo VI, El Carmen).

Sin embargo no necesariamente puede establecerse una relación directa entre los gastos laborales como proporción del gasto total y la eficiencia. El hecho de que esto no tiene nada que ver con la productividad del hospital se ilustra por el caso del hospital Pablo VI que en todos los indicadores de productividad muestra un desempeño bueno y donde el costo laboral representó, en 1997, casi el 90% del gasto total. Sin embargo la importancia del costo laboral en todos los hospitales indica la *sensibilidad* de la eficiencia frente a cualquier política laboral como por ejemplo la nivelación salarial donde aumentos en las asignaciones mensuales pueden tener un impacto negativo importante sobre la eficiencia global del hospital (al haber un crecimiento significativo del gasto). Lo que es preocupante ver además, es que el pago del recurso humano está representando una proporción

cada vez mayor del gasto total.

CUADRO 6.5. PARTICIPACIÓN DEL COSTO LABORAL EN EL GASTO TOTAL, PESOS CTES DE 1996
1995-1997

HOSPITAL	SERVICIOS PERSONALES Y APORTES PATRONALES			Como % del Gasto total		
	1995	1996	1997	1995	1996	1997
USAQUEN	2.323.113.149	2.378.574.016	2.693.180.392	94%	71%	76%
SUBA	2.493.972.369	2.542.845.592	3.375.374.013	76%	75%	71%
JUAN XXIII	-	1.520.326.353	2.044.697.443	0%	67%	78%
CHAPINERO	1.302.723.131	2.006.755.243	2.383.696.970	49%	57%	72%
GARCES NAVAS	4.828.011.491	4.523.695.306	5.058.250.449		77%	85%
PABLO VI BOSA	753.708.078	2.327.369.503	3.065.830.769	27%	66%	88%
SAN PABLO FONTIBON	1.470.208.401	1.437.332.898	1.562.058.991	81%	73%	75%
TRINIDAD GALAN	2.915.705.495	2.968.588.494	3.112.858.486	88%	70%	81%
LA PERSEVERANCIA	2.301.265.092	2.268.124.086	2.497.149.576	92%	74%	77%
SAN BLAS	2.360.291.533	2.283.670.155	2.593.772.202	86%	80%	81%
SAMPER MENDOZA	1.360.759.195	1.357.617.731	1.452.120.615		74%	66%
OLAYA	1.769.398.746	1.586.155.500	1.728.470.319	87%	67%	68%
SAN JORGE	2.954.477.434	2.937.222.093	2.752.157.756	96%	79%	81%
TUNJUELITO	2.488.807.680	2.328.951.004	2.917.266.005	86%	71%	82%
VISTA HERMOSA	-	3.312.142.524	3.743.509.220	0%	83%	85%
USME	3.224.889.224	3.352.665.231	3.748.484.394		73%	74%
NAZARETH	790.904.935	860.807.510	922.018.352		69%	76%
TOTAL NIVEL I	33.338.235.953	39.992.843.239	45.650.895.952	74%	73%	78%
LA GRANJA	3.465.953.318	3.350.389.214	3.813.468.195	90%	70%	81%
ENGATIVA	1.126.187.669	1.087.380.602	1.260.256.558	88%	55%	78%
BOSA	3.292.308.434	3.181.121.940	3.496.648.311	95%	73%	83%
SAN BLAS	-	6.670.339.989	7.745.860.745	0%	68%	83%
EL GUAVIO	2.883.692.416	2.854.242.843	3.061.097.834	90%	69%	83%
EL CARMEN	2.069.871.074	1.942.247.824	2.321.079.145	97%	70%	89%
MEISSEN	2.053.252.239	1.908.176.433	3.437.187.182	86%	65%	76%
TOTAL NIVEL II	14.891.265.149	20.993.898.845	25.135.597.971	61%	68%	82%
SIMON BOLIVAR	12.305.351.208	11.871.953.582	12.502.312.655	84%	64%	70%
KENNEDY	11.431.823.308	11.058.411.854	11.491.234.999	87%	69%	80%
LA VICTORIA	7.928.300.401	7.931.429.000	8.414.431.446	92%	70%	85%
EL TUNAL	5.689.007.767	5.501.325.967	6.371.654.645	86%	72%	82%
TOTAL NIVEL III	37.354.482.684	36.363.120.403	38.779.633.745	87%	68%	77%
TOTAL NIVEL I+II+III	91.961.111.699	103.855.480.265	107.067.644.085	82%	75%	77%

FUENTE: HOSPITALES Y SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CIFRAS CORRESPONDIENTES A EJECUCION PRESUPUESTAL DE CADA AÑO, EN 1997 GIROS.

6.4.2 Composición del Recurso Humano. En el Cuadro 6.6 se muestra la composición del personal de contrato y de planta tanto en el área administrativa y asistencial. Lo que se percibe es que mientras que las plantas de personal no han variado mucho en la mayoría de ellos el personal por contrato sí ha incrementado de manera importante su participación, lo que indica en cierta forma una flexibilización en el manejo del recurso humano, en razón de la mayor facilidad para agregar o desagregar personal al proceso productivo cuando las circunstancias lo ameritan. Desde el punto de vista de la eficiencia en cualquier sector productivo la flexibilidad laboral se constituye en una ventaja competitiva sin desconocer que esta modalidad no está exenta de problemas, especialmente los relacionados con la estabilidad y protección laboral. Una mayor participación de los contratos es deseable en el sentido de que los ajustes requeridos en el contexto actual de la reforma se ven muchas veces limitados por las dificultades de ajustar las plantas de cargos. Una mayor contratación ofrece mayor flexibilidad pero también menos estabilidad del personal del hospital.

Además, esta evolución parece ser mas marcada especialmente en los hospitales de primer nivel de complejidad donde, en 1995 la relación entre número de contratistas y número de personas de planta era de 1:100 y en 1997 de 81:100. En el Cuadro 6.7 se muestra la participación de los contratos en el gasto total y en el gasto laboral. En la mayoría de los hospitales, ésta representaba, en 1997, menos del 15% del gasto total.⁴⁹ Sin embargo, en algunos hospitales fue superior al 20%

⁴⁹ En el Anexo E, se muestra la composición del personal asistencial y administrativo y de planta y

y alcanzaba en Pablo VI el 39% del Gasto Total y el 45% % del costo laboral.

CUADRO 6.6
VARIACION ANUAL DEL PERSONAL HOSPITALARIO, 1994 - 1997
TOTAL Y POR NIVELES DE ATENCIÓN,

			Nivel I	Nivel II	Nivel II	Total
1994	Asistencial	Planta	1.430	704	884	3.018
		Contrato	10	3	22	35
	Administrativo	Planta	792	461	452	1.705
		Contrato	7	8	3	18
	Total Planta		2.222	1.165	1.336	4.723
	Total Contrato		17	11	25	53
	Total		2.239	1.176	1.361	4.776
1995	Asistencial	Planta	1.446	788	891	3.125
		Contrato	175	99	137	411
	Administrativo	Planta	847	540	503	1.890
		Contrato	92	172	55	319
	Total Planta		2.293	1.328	1.394	5.015
	Total Contrato		267	271	192	730
	Total		2.560	1.599	1.586	5.745
Variación Personal Planta 94-95			3,20%	13,99%	4,34%	6,18%
Variación Personal Contrato 94-95			1470,59%	2363,64%	668,00%	1277,36%
Variación Personal Total 94-95			14,34%	35,97%	16,53%	20,29%
1996	Asistencial	Planta	1.444	781	908	3.133
		Contrato	544	597	425	1.566
	Administrativo	Planta	831	535	374	1.740
		Contrato	591	287	351	1.229
	Total Planta		2.275	1.316	1.282	4.873
	Total Contrato		1.135	884	776	2.795
	Total		3.410	2.200	2.058	7.668
Variación Personal Planta 95-96			-0,78%	-0,90%	-8,03%	-2,83%
Variación Personal Contrato 95-96			325,09%	226,20%	304,17%	282,88%
Variación Personal Total 95-96			33,20%	37,59%	29,76%	33,47%
1997	Asistencial	Planta	1.439	781	890	3.110
		Contrato	662	203	164	1.029
	Administrativo	Planta	830	535	499	1.864
		Contrato	589	193	171	953
	Total Planta		2.269	1.316	1.389	4.974
	Total Contrato		1.251	396	335	1.982
	Total		3.520	1.712	1.724	6.956
Variación Personal Planta 96-97			-0,26%	0,00%	8,35%	2,07%
Variación Personal Contrato 96-97			10,22%	-55,20%	-56,83%	-29,09%
Variación Personal Total 96-97			3,23%	-22,18%	-16,23%	-9,29%
Variación Personal Total 95-97			57,21%	45,58%	26,67%	45,64%
Variación Personal Planta 95-97			2,12%	12,96%	3,97%	5,31%
Variación Personal Contratos 95-97			7258,82%	3500,00%	1240,00%	3639,62%
Variación Personal Asistencial Contr. 95-97			6520%	6667%	645%	2840%
Variación Personal Administrativo Contr. 95-97			8314%	2313%	5600%	5194%
Relación Contrato/Planta 95			0,01	0,01	0,02	0,01
Relación Contrato/Planta 96			0,12	0,20	0,14	0,15
Relación Contrato/Planta 97			0,55	0,30	0,24	0,40

contratos para cada uno de los hospitales del Distrito.

Cuadro 6.7
Participación de los Contratos en el Gasto Total y en el Costo Laboral
(Servicios Personales y Aportes Patronales), 1997 (pesos 96)

	Gasto Total (pesos 96)	Costo Laboral Total	Costo Laboral (pesos ctes 96)	contratos 97	Valor Contratos (pesos 96)	Contratos como % del Gasto Total	Contratos como % del Costo Laboral
USAQUEN	3.562.790.404	3.169.873.321	2.693.180.392	627.719.299	533.321.410	15%	20%
SUBA	4.735.708.069	3.972.815.213	3.375.374.013	920.431.147	782.014.568	17%	23%
JUAN XXIII	2.617.575.816	2.406.608.890	2.044.697.443	234.879.068	199.557.407	8%	10%
CHAPINERO	3.322.659.931	2.805.611.334	2.383.696.970	472.164.276	401.159.113	12%	17%
GARCÉS NAVAS	5.966.009.231	5.953.560.779	5.058.250.449	797.378.060	677.466.491	11%	13%
PABLO VI BOSA	3.501.570.619	3.608.482.815	3.065.830.769	1.622.766.621	1.378.731.199	39%	45%
SAN PABLO FONTIBO	2.085.361.259	1.838.543.432	1.562.058.991	218.988.265	186.056.300	9%	12%
TRINIDAD GALÁN	3.865.988.657	3.663.834.439	3.112.858.486	592.415.210	503.326.432	13%	16%
LA PERSEVERANCIA	3.225.078.445	2.939.145.051	2.497.149.576	329.246.991	279.734.062	9%	11%
SAN BLAS	3.206.722.600	3.052.869.882	2.593.772.202	320.326.696	272.155.222	8%	10%
SAMPER MENDOZA	2.213.495.273	1.709.145.964	1.452.120.615	238.259.658	202.429.616	9%	14%
OLAYA	2.532.435.691	2.034.409.565	1.728.470.319	206.512.135	175.456.359	7%	10%
SAN JORGE	3.385.567.015	3.239.289.679	2.752.157.756	507.841.171	431.470.833	13%	16%
TUNJUELITO	3.541.619.739	3.433.622.088	2.917.266.005	474.657.869	403.277.714	11%	14%
VISTA HERMOSA	4.385.573.468	4.406.110.352	3.743.509.220	685.685.553	582.570.563	13%	16%
USME	5.085.316.759	4.411.966.132	3.748.484.394	1.362.045.927	1.157.218.290	23%	31%
NAZARETH	1.213.519.827	1.085.215.600	922.018.352	282.255.170	239.808.980	20%	26%
TOTAL NIVEL I	58.446.992.802	46.871.037.721	39.822.461.955	9.893.573.116	8.405.754.559	14%	21%
HOSPITAL II NIVEL			0				
LA GRANJA	4.734.836.748	4.488.452.066	3.813.468.195	526.562.793	447.377.054	9%	12%
ENGATIVA	1.610.785.700	1.483.321.969	1.260.256.558	299.183.180	254.191.317	16%	20%
BOSA	4.199.429.296	4.115.555.062	3.496.648.311	405.831.224	344.801.380	8%	10%
SAN BLAS	9.388.860.186	9.116.878.097	7.745.860.745	1.178.571.116	1.001.334.848	11%	13%
EL GUAVIO	3.688.792.236	3.602.912.151	3.061.097.834	602.283.700	511.710.875	14%	17%
EL CARMEN	2.609.131.789	2.731.910.154	2.321.079.145	376.601.838	319.967.577	12%	14%
MEISSEN	4.511.176.069	4.045.569.313	3.437.187.182	1.755.950.040	1.491.886.185	33%	43%
TOTAL NIVEL II	30.743.012.023	33.503.950.449	28.465.548.385	5.144.983.892	4.371.269.237	14%	15%
HOSPITAL III NIVEL			0				
SIMÓN BOLÍVAR	17.977.949.088	14.715.221.995	12.502.312.655	1.769.731.107	1.503.594.823	8%	12%
KENNEDY	14.399.235.947	13.525.183.594	11.491.234.999	2.201.558.353	1.870.482.883	13%	16%
LA VICTORIA	9.893.308.259	9.903.785.812	8.414.431.446	1.396.861.690	1.186.798.377	12%	14%
EL TUNAL	7.790.948.089	7.499.437.517	6.371.654.645	1.632.299.194	1.386.830.241	18%	22%
TOTAL NIVEL III	50.061.441.383	45.643.628.918	38.779.633.745	7.000.450.344	5.947.706.324	12%	15%
TOTAL NIVEL I+II+III	139.251.446.209	126.018.617.088	107.067.644.085	7.000.450.344	5.947.706.324	4%	6%

6.4.3 Eficiencia del Recurso Humano (“IERH”). La productividad del recurso humano mide la cantidad del producto generado por unidad de tiempo de recurso humano empleado *independientemente del costo laboral*. En efecto, un análisis riguroso del recurso humano debería corregir por diferencias en los salarios entre instituciones y en períodos distintos. Mientras que no es muy aventurado suponer salarios parecidos en un mismo año y entre instituciones distintas en el Distrito en un año particular sí puede ser un problema suponer salarios iguales en todos los años al analizarse la evolución de la productividad. Desafortunadamente, no se pudo obtener la información que permitiera controlar por variaciones interanuales en los salarios. Por lo anterior se construyeron, al igual que para el IEG, dos indicadores IPRH donde el primero ignora ajustes en los salarios y donde el segundo supone que el costo laboral se haya mantenido constante en todos los años. Ninguno de los dos indicadores es totalmente satisfactorio y la verdadera productividad del recurso humano se encuentra en un valor entre los dos indicadores. Sin embargo es importante notar que aunque el no controlar por cambios en los salarios crea un sesgo negativo frente a la productividad del recurso humano sí indica el “poder adquisitivo” real del recurso humano.

Teniendo estas consideraciones en mente, la relación entre el número de consultas equivalentes⁵⁰ y médicos generales equivalentes⁵¹ indica el rendimiento

⁵⁰ Expresa el valor monetario del producto hospitalario en número de consultas, resultado que se obtiene al dividir el valor total del producto por el valor de una consulta de medicina general (vea parte teórica para una descripción de este concepto).

⁵¹ Expresa el costo del recurso humano (servicios personales y aportes patronales) en términos de

del recurso humano por año. Esta proporción puede igualmente expresarse en términos consultas por hora médico general equivalente, como una medida arbitraria que solo pretende facilitar la comparación entre instituciones. Al compararse los hospitales se pueden identificar algunos de ellos con bajo/alto rendimiento del recurso humano. Además, al analizar la *evolución* de este indicador en cada institución y en forma consolidada se generan sendas esperadas de la productividad del recurso humano del recurso humano.

6.4.4 Comportamiento General de los Hospitales del Distrito. En 1997, cada hora de consulta médico general equivalente generaba menos de una consulta equivalente o, lo que es lo mismo, cada médico general equivalente de tiempo completo, producía al año 1714 consultas generales equivalentes. Esta relación es bastante baja, si consideramos que un medico debería realizar al menos 4 consultas en una hora.. Además, esta relación se ha desmejorado en 11% en los tres años bajo análisis, ubicándose el deterioro mayoritariamente en el período 1995-1996. En el siguiente período el rendimiento del recurso humano se mantuvo estable. (Cuadro 6.8)

Ahora bien, suponiendo un costo laboral constante en el período 1995 a 1997 la

médicos generales de tiempo completo y se obtiene al dividir el costo laboral por el costo de

situación es ligeramente mejor, ya que en 1997 el número de consultas médicas equivalentes por hora médico general equivalente sería de 1 y se observaría una mejora del 19% en el período observado (Cuadro 6.9).

Cuadro 6.8. Consultas Médicas Equivalentes por Médico General Equivalente, 1995-1997

Hospital	Nivel	Cantidad de Consultas Médicas Equivalentes			Cantidad de Médicos Generales Equivalentes			Consultas Equivalentes al Año por Médico General Equivalente			Consultas Equiv. por Hora Médica Equivalente	Crecimiento Acumulado 97/95
		1995	1996	1997	1995	1996	1997	1995	1996	1997		
Usaquén	I	99.164	78.019	66.944	107	126	142	926	619	470	0.20	-49%
Suba	I	329.506	289.634	318.383	115	135	178	2.865	2.150	1.785	0.77	-38%
La Candelaria	I	11.074	30.301	55.837	-	81	108	-	376	517	0.22	37%
Juan XXIII	I	80.965	65.914	69.278	60	106	126	1.348	620	550	0.24	-59%
Chapinero	I	85.749	98.908	128.054	223	240	267	385	413	479	0.21	24%
Garcés Navas	I	321.982	417.598	364.505	35	123	162	-	3.386	2.249	0.98	-34%
Pablo VI	I	170.177	333.605	480.302	68	76	83	2.510	4.380	5.818	2.52	132%
San Pablo Fontibón	I	-	170.623	239.028	189	205	218	-	833	1.096	0.48	32%
Trinidad Galán	I	363.866	313.751	281.230	134	157	165	2.706	1.995	1.709	0.74	-37%
La Perseverancia	I	88.863	146.764	174.012	106	120	132	837	1.221	1.318	0.57	57%
San Blas	I	156.476	117.786	121.243	109	121	137	1.438	973	884	0.38	-38%
Samper Mendoza	I	-	110.429	105.955	63	72	77	-	1.535	1.381	0.60	-10%
Olaya	I	160.412	112.401	117.351	82	84	91	1.966	1.337	1.285	0.56	-35%
San Jorge	I	194.026	236.408	225.460	136	156	145	1.424	1.532	1.550	0.67	9%
Tunjuelito	I	245.397	239.900	244.473	115	123	154	2.138	1.944	1.586	0.69	-26%
Vista Hermosa	I	333.498	314.569	315.907	-	176	198	-	1.792	1.597	0.69	-11%
Usme	I	380.420	449.120	500.353	149	178	198	2.558	2.528	2.525	1.10	-1%
Nazareth	I	13.494	13.950	20.400	36	46	49	370	306	419	0.18	13%
Mediana Nivel I		3.035.068	3.541.680	3.828.716	1.726	2.324	2.105	1.758	1.524	1.619	0.79	3%
Sub-total Nivel I		3.035.068	3.541.680	3.828.716	1.726	2.324	2.105	1.758	1.524	1.619	0.79	3%
La Granja	II	287.361	334.195	395.920	160	178	202	1.798	1.882	1.964	0.85	9%
Engativá	II	72.869	132.119	132.391	52	58	67	1.403	2.293	1.988	0.86	42%
Bosa	II	363.373	401.956	372.563	152	169	185	2.394	2.385	2.016	0.87	-16%
San Blas	II	381.863	771.079	710.695	-	353	409	-	2.182	1.736	0.75	-20%
El Guavio	II	201.199	182.438	182.822	133	151	162	1.513	1.206	1.130	0.49	-25%
El Carmen	II	262.980	236.117	225.293	95	103	123	2.755	2.294	1.836	0.80	-33%
Meissen	II	224.037	275.240	287.789	95	101	182	2.366	2.722	1.584	0.69	-33%
Mediana Nivel II		1.793.682	2.333.143	2.307.473	792	1.252	1.505	2.265	1.883	1.534	0.67	-32%
Sub-total Nivel II		1.793.682	2.333.143	2.307.473	792	1.252	1.505	2.265	1.883	1.534	0.67	-32%
Simon Bolívar	III	908.141	982.269	967.467	567	629	661	1.600	1.561	1.464	0.64	-9%
Kennedy	III	1.463.450	1.361.148	1.361.423	527	586	607	2.776	2.323	2.242	0.97	-19%
La Victoria	III	754.002	848.104	756.609	366	420	445	2.062	2.018	1.701	0.74	-18%
El Tunal	III	199.896	393.801	477.823	262	292	337	762	1.351	1.419	0.62	86%
Mediana Nivel III		3.325.489	3.585.322	3.563.322	1.722	1.927	2.050	1.831	1.790	1.583	0.69	-13%
Sub-total Nivel III		3.325.489	3.585.322	3.563.322	1.722	1.927	2.050	1.831	1.790	1.583	0.69	-13%
Total		8.154.239	9.460.148	9.699.511	4.240	5.503	5.659	1.923	1.719	1.714	0.74	-11%

Nota: Las tasas de crecimiento en cursiva se calcularon para el período 96/97 por falta de información para el año 1995.

emplear, de tiempo completo un médico general durante un año.

**Cuadro 6.9. Consultas Equivalentes por Médico General Equivalente con
Gasto de Personal Constante, 1995-1997**

Hospital	Nivel	Consultas Equivalentes al Año por Médico General Equivalente con Gasto Personal Constante			Consultas Equivalentes por Hora Médica Equivalente 1997	Crecimiento Acumulado 97/95
		1995	1996	1997		
Usaquén	I	926	728	625	0,27	-32%
Suba	I	2.865	2.519	2.769	1,20	-3%
La Candelaria	I		376	693	0,30	84%
Juan XXIII	I	1.348	1.097	1.153	0,50	-14%
Chapinero	I	385	444	575	0,25	49%
Garcés Navas	I		12.016	10.488	4,55	-13%
Pablo VI	I	2.510	4.921	7.085	3,08	182%
San Pablo Fontib	I	-	903	1.265	0,55	40%
Trinidad Galán	I	2.706	2.334	2.092	0,91	-23%
La Perseverancia	I	837	1.383	1.640	0,71	96%
San Blas	I	1.438	1.082	1.114	0,48	-23%
Samper Mendoza	I	-	1.760	1.689	0,73	-4%
Olaya	I	1.966	1.378	1.438	0,62	-27%
San Jorge	I	1.424	1.750	1.655	0,72	16%
Tunjuelito	I	2.138	2.090	2.130	0,92	0%
Vista Hermosa	I		1.792	1.799,98	0,78	0,43%
Usme	I	2.558	3.020	3.365	1,46	32%
Nazareth	I	370	383	559	0,24	51%
Mediana Nivel I		1.424	1.567	1.647	0,72	0%
Sub-total Nivel I		1.758	2.052	2.218	0,96	26%
La Granja	II	1.798	2.091	2.477	1,08	38%
Engativá	II	1.403	2.544	2.549	1,11	82%
Bosa	II	2.394	2.648	2.454	1,07	3%
San Blas	II		2.182	2.011	0,87	-8%
El Guavio	II	1.513	1.372	1.375	0,60	-9%
El Carmen	II	2.755	2.474	2.360	1,02	-14%
Meissen	II	2.366	2.907	3.040	1,32	28%
Mediana Nivel II		2.082	2.474	2.454	1,07	3%
Sub-total Nivel II		2.265	2.947	2.914	1,26	29%
Simón Bolívar	III	1.600	1.731	1.705	0,74	7%
Kennedy	III	2.776	2.582	2.583	1,12	-7%
La Victoria	III	2.062	2.320	2.070	0,90	0%
El Tunal	III	762	1.501	1.821	0,79	139%
Mediana Nivel III		1.831	2.026	1.946	0,84	3%
Sub-total Nivel III		1.931	2.082	2.069	0,90	7%
Total		1.923	2.231	2.287	0,99	19%

Nota: Las tasas de crecimiento en *cursiva* se calcularon para el período 96/97 por falta de información para el año 1995.

- *Hospitales del Primer Nivel.* Al igual que para el IEG, los hospitales de primer nivel muestran una gran variabilidad en sus niveles de IEG. La mediana de este nivel de complejidad se encuentra en 0.59 consultas por hora médico general equivalente. El indicador más bajo se encuentra en Usaqué (0.20) y Nazareth (0.18) y los indicadores más altos se encuentran para Pablo VI (2.52) y Usme (1.10). Es importante notar que en términos agregados y a pesar de la nivelación salarial, el rendimiento del recurso humano ha mejorado en los hospitales de primer nivel. Mejorías importantes se muestran en la Perseverancia (57%) y en Pablo VI (132%) (Cuadro 4.8). Suponiendo que no hubo aumento en el personal entre 1995 y 1997 habría una mejora del 26% en el período bajo consideración. Es preocupante notar sin embargo que aún así hay 6 de 18 casos donde la productividad del recurso humano bajó. Especialmente preocupante resultan Usaqué (-32%) y Olaya (27%).(Cuadro 6.9)
- *Hospitales de Segundo Nivel.* El comportamiento de los hospitales de segundo nivel es más homogéneo que el del primer nivel. En efecto de los 7 hospitales registrados, 5 generaron en 1997, alrededor de 0.8 consultas equivalentes por hora médica equivalente. La productividad más baja del recurso humano se observa en el Hospital El Carmen con 0.49 consultas equivalentes por hora médica general equivalente. La evolución del “poder adquisitivo” de una hora médico general equivalente empeoró en el nivel

agregado en un 32% y la mayoría de los hospitales.

Preocupante resulta El Carmen que aún suponiendo que el gasto en personal no aumentó en el período bajo consideración disminuyó la productividad el recurso humano en un 33%. Vale la pena recordar que este mismo hospital disminuyó en el mismo período el valor de su producto hospitalario en un 14%. Por el otro lado se destaca Engativá que vio aumentar el nivel de su productividad del recurso humano en un 42%. Este mismo hospital aumentó en el mismo período en forma importante su producto sin que esto estuviera acompañado de aumentos importantes del gasto.

- *Hospitales de tercer nivel de complejidad.* La mayoría de los hospitales de tercer nivel de complejidad generan cerca de 0.7 consultas generales equivalentes por hora médico general equivalente valor ligeramente inferior a lo observado en los hospitales del segundo nivel de complejidad. En cuanto a la evolución del IEGRH se observa que, como en todos los demás niveles hubo reducción en el poder adquisitivo de la hora médico general equivalente. Se destaca el Tunal que ha mejorado significativamente su indicador pasando de 762 consultas equivalentes por médico general equivalente en 1995 a 1419 consultas por hora médico general en 1997.

6.5 INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD DEL RECURSO FÍSICO

6.5.1 Comportamiento General. En el Cuadro 6.10 se muestran algunos indicadores de productividad del recurso físico en los hospitales del Distrito como consultas por consultorio, partos por salas de parto, cirugías por quirófano, días de estancia por cama y egresos por cama.

Lo primero que se aprecia es la gran *variabilidad en la productividad del recurso físico* en todos los niveles de complejidad. Así por ejemplo, en el primer nivel de complejidad mientras que en Pablo VI se hacían, en 1997, 5581 consultas por consultorio al año, en Chapinero sólo se hacían 1138 . En Usme se efectuaban 687 partos por sala de parto al año (aproximadamente 2 diarios) en Nazareth se hacían 12 partos al año. En el segundo nivel persiste la gran variabilidad en el rendimiento del recurso físico al oscilar las consultas por consultorio entre 92 consultas por consultorio al año (menos de 2 consultas semanales por consultorio) para el Hospital de San Blas, y 8734 consultas por consultorio o cerca de 24 consultas diarias por consultorio en el Carmen.

La gran variabilidad en todos los indicadores muestra grandes diferencias en el uso de la capacidad física de los hospitales y posiblemente *sobredimensionamiento* en algunos casos. Ahora bien, hay que tener en cuenta que el ajuste del espacio físico queda en algunas circunstancias supeditado a la

necesidad de disponer de una mínima capacidad física independientemente de la demanda. El caso más claro es Nazareth que se ubica en un área de baja densidad poblacional y por ende baja demanda sin que por ello pueda considerarse la posibilidad de cerrar sus instalaciones. En otros sitios por el contrario donde existe una amplia gama de opciones alternativas de prestación de servicios, habría que reconsiderar el dimensionamiento de la capacidad física.

En cuanto a la *evolución* de la productividad del recurso físico se puede notar que con pocas excepciones ésta desmejoró en el período analizado. Esto es en gran medida resultado de un aumento de la capacidad física sin un crecimiento equivalente en la producción.

CUADRO 6.10.
Índice de Productividad del Recurso Físico

Hospital	Nivel	Consultas por consultorio				
		1995	1996	1997	Δ 97/96	Δ 97/95
Usaquén	I	4 239.93	2 670.67	nd		-37.01%
Suba	I	2 114.03	1 841.05	1 692.31	-8.08%	-19.95%
Juan XXIII	I	2 710.50	1 835.42	1 607.63	-12.41%	-40.89%
Chapinero	I	1 698.40	1 138.43	1 138.43	0.00%	-43.03%
Garcés Navas	I	2 959.61	2 382.70	2 197.84	-7.76%	-25.74%
Pablo VI	I	4 588.31	5 441.77	5 581.81	2.57%	21.65%
San Pablo Fontibón	I	nd	3 129.00	3 341.55	6.79%	
Trinidad Galán	I	4 570.82353	3 628.00	1 210.31	-66.84%	-73.52%
La Perseverancia	I	1 721.78	1 484.07	2 211.76	48.03%	28.46%
San Blas	I	2 959.25	3 061.40	2 721.81	-11.09%	-8.02%
Samper Mendoza	I	nd	1 144.08	1 269.13	12.59%	
Olaya	I	4 842.11	2 449.70	nd		-48.41%
San Jorge	I	3 008.85	1 948.12	2 084.00	6.82%	-30.73%
Tunjuelito	I	nd	nd	nd		-35.22%
Vista Hermosa	I	5 499.33	3 907.07	nd		-28.95%
Usme	I	6 715.50	6 789.00	6 124.70	-9.67%	-20.88%
Nazareth	I	1 560.00	1 633.75	2 244.75	37.40%	43.88%

La Granja	II	7 846.33	2 833.80	3 164.48	11.68%	-59.67%
Engativá	II	6 343.50	5 883.40	3 754.29	-36.19%	-40.82%
Bosa	II	1 103.75	1 508.33	580.92	-61.49%	-47.37%
San Blas	II	353.20	109.72	92.63	-15.58%	-73.77%
El Guavio	II	6 547.67	1 013.67	866.63	-14.51%	-86.76%
El Carmen	II	8 340.20	8 185.80	8 374.40	2.30%	0.41%
Meissen	II	3 208.40	2 999.82	nd		-6.53%

Simon Bolívar	III	nd	nd	nd		
Kennedy	III	172.00	130.14	70.05	-46.17%	-59.27%
La Victoria	III	1 672.64	1 349.00	106.85	-92.09%	-93.62%
El Tunal	III	3 630.27	1 505.75	30.68	-97.96%	-99.15%

Hospital	Nivel	Días de estancia por cama				
		1995	1996	1997	Δ 97/96	Δ 97/95
Usaquén	I	0.00	0.00	0.00		
Suba	I	306.83	253.39	223.19	-11.92%	-27.26%
Juan XXIII	I	0.00	0.00	0.00		-17.42%
Chapinero	I	254.38	194.21	309.38	59.20%	21.61%
Garcés Navas	I	164.92	141.29	116.71	-17.40%	-29.23%
Pablo VI	I	nd	nd	121.84		-14.33%
San Pablo Fontibón	I	0.00	0.00	0.00		
Trinidad Galán	I	nd	141.38	238.39	68.62%	7.25%
La Perseverancia	I	132.33	209.44	226.11	7.96%	70.87%
San Blas	I	104.83	99.33	19.67	-81.01%	-82.19%
Samper Mendoza	I	0.00	0.00	0.00		-6.20%
Olaya	I	nd	9.27	nd		
San Jorge	I	109.83	188.67	159.00	-15.73%	44.77%
Tunjuelito	I	193.45	144.97	nd		-25.08%
Vista Hermosa	I	143.90	136.76	nd		-4.06%
Usme	I	195.43	249.48	261.51	4.82%	33.81%
Nazareth	I	5.25	7.63	20.60	169.88%	292.38%

La Granja	II	310.53	260.30	295.52	13.53%	-4.83%
Engativá	II	78.79	128.00	225.67	79.10%	166.42%
Bosa	II	299.40	316.54	300.13	-5.18%	0.24%
San Blas	II	nd	221.08	301.12	36.20%	6.72%
El Guavio	II	226.16	243.87	258.88	6.11%	14.47%
El Carmen	II	301.12	326.12	nd		8.30%
Meissen	II	142.95	123.72	nd		-13.45%

Simon Bolívar	III	245.29	244.42	nd		-0.35%
Kennedy	III	439.32	375.67	342.15	-8.92%	-22.12%
La Victoria	III	254.63	278.66	248.89	-10.65%	-1.86%
El Tunal	III	568.43	181.54	356.17	120.46%	-37.34%

Hospital	Nivel	Partos por salas de parto				
		1995	1996	1997	Δ 97/96	Δ 97/95
Usaquén	I	0.00	0.00	0.00		
Suba	I	969.00	1 003.50	936.00	-6.73%	-3.41%
Juan XXIII	I	0.00	0.00	0.00		3.56%
Chapinero	I	341.00	322.00	419.00	30.12%	22.87%
Garcés Navas	I	398.00	310.67	194.33	-37.45%	-51.17%
Pablo VI	I	0.00	0.00	796.00		-21.84%
San Pablo Fontibón	I	0.00	0.00	0.00		
Trinidad Galán	I	433.00	342.50	635.00	65.40%	46.65%
La Perseverancia	I	85.00	143.00	109.00	-23.78%	29.24%
San Blas	I	207.00	166.00	178.00	7.23%	-14.01%
Samper Mendoza	I	0.00	0.00	0.00		-19.61%
Olaya	I	nd	187.00	nd		
San Jorge	I	nd	284.00	237.00	-16.39%	
Tunjuelito	I	761.00	818.50	nd		-16.73%
Vista Hermosa	I	471.00	514.00	nd		9.13%
Usme	I	653.67	687.87	807.33	11.68%	27.08%
Nazareth	I	7.33	3.00	12.33	311.00%	69.21%

La Granja	II	1 564.00	1 511.00	1 814.00	20.05%	15.89%
Engativá	II	nd	432.00	446.00	3.24%	-3.39%
Bosa	II	3 223.00	2 456.00	2 516.00	2.44%	-21.94%
San Blas	II	1 532.00	1 627.67	1 348.67	-17.14%	-11.97%
El Guavio	II	779.00	885.00	889.00	0.45%	13.61%
El Carmen	II	1 368.00	680.00	1 135.00	66.91%	17.03%
Meissen	II	2 503.00	1 787.00	nd		-28.61%

Simon Bolívar	III	1 711.00	1 042.67	nd		-39.06%
Kennedy	III	1 414.00	3 875.00	3 848.00	-0.70%	172.14%
La Victoria	III	1 865.50	1 836.50	1 811.50	-1.36%	-2.88%
El Tunal	III	nd	6.00	72.00	1100.00%	11.55%

Hospital	Nivel	Exámenes por laboratorio				
		1995	1996	1997	Δ 97/96	Δ 97/95
Usaquén	I	nd	nd	nd		
Suba	I	15 020.50	28 756.00	46 087.50	60.27%	208.83%
Juan XXIII	I	nd	nd	nd		91.45%
Chapinero	I	42 070.00	40 810.00	57 387.00	41.34%	33.89%
Garcés Navas	I	25 674.00	31 020.50	17 429.87	-43.81%	-32.11%
Pablo VI	I	8 771.40	13 540.00	32 028.00	138.54%	265.14%
San Pablo Fontibón	I	nd	nd	19 555.50		54.37%
Trinidad Galán	I	93 452.00	96 948.00	26 508.40	-72.66%	-71.63%
La Perseverancia	I	nd	nd	10 391.40		3.74%
San Blas	I	6 623.00	11 275.00	23 538.00	108.75%	172.94%
Samper Mendoza	I	nd	nd	9 307.00		30.75%
Olaya	I	24 389.00	29 562.50	nd		21.21%
San Jorge	I	11 300.67	19 094.33	13 832.00	-27.56%	-22.40%
Tunjuelito	I	17 884.00	nd	nd		68.67%
Vista Hermosa	I	6 194.60	7 638.80	nd		23.31%
Usme	I	11 812.57	15 868.28	13 100.78	-16.48%	-10.81%
Nazareth	I	nd	690.50	1 286.67	86.34%	32.78%

La Granja	II	nd	89 269.00	88 679.00	-0.68%	
Engativá	II	12 380.00	24 272.00	27 589.00	13.67%	122.65%
Bosa	II	48 840.00	99 913.00	95 779.00	-4.14%	96.11%
San Blas	II	52 087.00	91 680.00	84 357.00	-7.97%	62.02%
El Guavio	II	nd	62 915.00	62 824.00	-0.14%	
El Carmen	II	40 000.00	42 404.00	45 124.00	6.41%	12.81%
Meissen	II	nd	nd	nd		6.01%

Simon Bolívar	III	nd	nd	137 573.00	-61.54%	-61.14%
Kennedy	III	354 058.00	357 704.00	26 967.00	-29.88%	34.94%
La Victoria	III	19 985.00	38 463.50	nd		92.46%
El Tunal	III	115 552.00	108 301.00	99 258.00	-8.35%	-14.10%

Hospital	Nivel	Cirugías por quirófano				
		1995	1996	1997	Δ 97/96	Δ 97/95
Usaquén	I	0.00	0.00	0.00		
Suba	I	0.00	0.00	0.00		
Juan XXIII	I	0.00	0.00	0.00		
Chapinero	I	nd	133.00	311.00	133.83%	
Garcés Navas	I	0.00	0.00	0.00		
Pablo VI	I	0.00	0.00	0.00		
San Pablo Fontibón	I	0.00	0.00	0.00		
Trinidad Galán	I	66.00	170.50	223.00	30.78%	237.88%
La Perseverancia	I	0.00	0.00	0.00		158.33%
San Blas	I	0.00	0.00	0.00		
Samper Mendoza	I	0.00	0.00	0.00		
Olaya	I	0.00	0.00	0.00		
San Jorge	I	0.00	0.00	0.00		
Tunjuelito	I	0.00	0.00	0.00		
Vista Hermosa	I	0.00	0.00	0.00		
Usme	I	0.00	0.00	0.00		
Nazareth	I	0.00	0.00	0.00		

La Granja	II	nd	1 138.00	1 415.00	24.23%	
Engativá	II	0.00	0.00	0.00		
Bosa	II	406.00	479.50	490.50	2.29%	20.61%
San Blas	II	nd	1 708.33	1 340.00	-21.61%	-19.10%
El Guavio	II	428.00	540.00	760.00	40.74%	77.57%
El Carmen	II	389.00	1 014.00	635.00	-37.36%	72.08%
Meissen	II	nd	662.50	nd		174.80%

Simon Bolívar	III	nd	nd	nd		
Kennedy	III	1 610.50	1 156.20	1 450.25	25.43%	-9.95%
La Victoria	III	1 216.50	724.50	886.00	22.28%	-27.17%
El Tunal	III	nd	899.33	1 146.67	27.50%	-40.44%

Hospital	Nivel	Egresos por cama				
		1995	1996	1997	Δ 97/96	Δ 97/95
Usaquén	I	0.00	0.00	0.00		
Suba	I	153.17	187.56	145.54	-22.40%	-4.96%
Juan XXIII	I	0.00	0.00	0.00		22.45%
Chapinero	I	169.50	101.14	166.71	64.83%	1.85%
Garcés Navas	I	125.13	107.63	85.13	-20.80%	-31.67%
Pablo VI	I	nd	nd	48.31		-13.86%
San Pablo Fontibón	I	0.00	0.00	0.00		
Trinidad Galán	I	102.20	78.00	154.11	97.58%	50.79%
La Perseverancia	I	78.89	136.00	131.56	-3.26%	66.78%
San Blas	I	80.50	75.17	106.67	41.91%	32.51%
Samper Mendoza	I	0.00	0.00	0.00		-6.62%
Olaya	I	nd	19.87	nd		
San Jorge	I	97.67	126.17	114.83	-8.69%	-17.57%
Tunjuelito	I	128.95	80.53	nd		-37.55%
Vista Hermosa	I	106.07	88.36	nd		-16.70%
Usme	I	152.87	165.55	178.86	8.04%	17.00%
Nazareth	I	2.63	3.81	10.30	170.34%	261.63%

137.74	107.40	99.09	-7.74%	-28.08%	-22.03%
nd	87.43	136.75	56.41%		
134.85	130.43	111.13	-14.80%	-17.59%	-3.28%
18.04	53.23	63.19	-16.71%	-250.26%	-195.07%
81.50	86.59	86.53	-0.07%	-6.17%	-6.25%
178.02	136.53	nd			-23.65%
nd	120.42	nd			

6.6 COMPORTAMIENTO DE LA VENTA DE SERVICIOS

La sustitución de la presupuestación histórica por una asignación que tuviera en cuenta el volumen y la calidad de los servicios prestados fue uno de los objetivos de la reforma de salud. El Distrito empezó, desde hace varios años a entregar parte de los subsidios de oferta en función de las atenciones prestadas a los vinculados. Así mismo, con el proceso de afiliación empezaron a darse oportunidades importantes a los hospitales públicos de vender sus servicios a las ARS y EPS. El porcentaje del gasto total cubierto mediante venta de servicios es un indicador que refleja el efecto combinado de la capacidad de facturación y de la conquista de nuevos mercados para la venta de servicios. En el Cuadro 6.11 se muestra que en muchos hospitales, la venta de servicios estaba cubriendo, ya en 1997 más del 70% y que muy pocos lograron cubrir menos del 50% de sus gastos vendiendo servicios. Como casos especiales se destacan Pablo VI cuyo gasto está cubierto en un 96.38% por la venta de servicios y por otro lado San Blas que sólo logra cubrir el 30% de su gasto mediante venta de servicios. En este sentido es diciente ver el importante aumento de este indicador en casi todos los hospitales. Al nivel agregado, los hospitales pasaron de cubrir el 13% de su gasto mediante la venta de servicios en 1995 a 66% en 1997.

Lo anterior es un claro indicio del efecto que en el proceso de transformación institucional produjo la reforma. Además, a pesar de que el cubrimiento del gasto

mediante la venta de servicios sí tiene implicaciones sobre la posibilidad de supervivencia dentro de la transición de subsidios de oferta a demanda, es necesario esperar hasta que este se estabilice para poder utilizarlo como un indicador fidedigno de la capacidad de autosostenerse. El proceso de facturación que recién empezó está apenas en una fase de montaje donde la relación entre la venta de servicios y el gasto total refleja más una capacidad de gestionar la facturación antes que señalar una capacidad de autosostenimiento. Lo anterior indica claramente la utilidad de disponer de una medición alterna de la capacidad de autosostenimiento como lo es el indicador de eficiencia global (IEG) que si bien no tiene en cuenta elementos como la capacidad de capturar mercados sí refleja las condiciones del proceso productivo. Dado que difícilmente puede imaginarse que las instituciones facturen el 100% de sus servicios en el futuro inmediato, la evaluación del producto mediante el IEG seguirá siendo una herramienta de gestión de mucho valor tanto para los hospitales como para los organismos de dirección y planificación del sistema.

Cuadro 6.11: Ingresos por venta de Servicios totales y como porcentaje del Gasto Total, 1994-1997

Hospital	Nivel	INGRESO POR VENTA DE SERVICIOS				Como % del Gasto Total		
		1994	1995	1996	1997	1995	1996	1997
Usaquén	I	230.110.080	286.827.168	133.658.052	2.346.932.399	11,56%	3,98%	65,87%
Suba	I	249.689.774	443.024.734	333.721.371	3.028.726.355	13,49%	9,87%	63,96%
Juan XXIII	I	-	-	258.273.215	1.488.855.608		11,37%	56,88%
Chapinero	I	598.894.128	792.644.576	401.965.593	2.152.144.076	29,98%	11,51%	64,77%
Garcés Navas	I	-	454.552.191	409.968.673	3.026.071.328	9,44%	7,02%	50,72%
Pablo VI	I	70.513.163	406.933.847	375.197.932	3.374.934.761	14,40%	10,59%	96,38%
San Pablo Fontibón	I	153.327.191	244.465.443	116.111.172	1.444.303.449	13,40%	5,91%	69,26%
Trinidad Galán	I	-	767.853.167	555.234.574	2.904.155.810	23,22%	13,08%	
La Perseverancia	I	464.197.781	325.252.954	180.376.435	1.816.433.300	13,02%	5,88%	56,32%
San Blas	I	213.929.199	106.130.380	69.508.396	1.878.059.788	3,87%	2,42%	58,57%
Samper Mendoza	I	51.025.546	177.485.622	89.143.824	1.123.811.795	13,16%	4,84%	50,77%
Olaya	I	123.309.560	215.037.568	262.355.325	1.660.559.205	10,54%	11,04%	65,57%
San Jorge	I	126.938.133	266.382.044	370.035.413	2.810.939.334	8,63%	9,99%	83,03%
Tunjuelito	I	136.178.008	229.851.872	324.197.411	2.260.999.659	7,90%	9,89%	63,84%
Vista Hermosa	I	148.556.646	-	254.240.604	3.826.276.196		6,38%	87,25%
Usme	I	-	476.454.035	719.601.503	3.903.357.275	16,58%	15,72%	76,76%
Nazareth	I	176.434.980	6.124.598	7.336.622	542.947.499	0,66%	0,59%	44,74%
Sub-total Nivel I		2.743.104.190	5.199.020.201	4.860.926.115	39.589.507.837	13,13%	8,83%	67,74%
La Granja	II	490.084.022	667.876.051	762.469.149	3.092.719.678	17,34%	16,03%	65,32%
Engativá	II	94.530.288	161.928.051	185.748.283	1.243.776.994	12,66%	9,35%	77,22%
Bosa	II	318.013.089	429.347.217	579.959.281	2.664.982.864	12,41%	13,22%	63,46%
San Blas	II	357.062.331	1.247.040.211	1.215.034.607	5.621.753.337	15,13%	12,42%	59,88%
El Guavio	II	721.836.922	302.337.409	330.487.568	2.014.052.701	9,47%	8,02%	
El Carmen	II	200.182.656	264.157.304	212.635.018	1.462.729.183	12,39%	7,71%	56,06%
Meissen	II	201.820.981	139.924.538	417.599.270	697.175.868	5,86%	14,28%	15,45%
Sub-total Nivel II		2.383.530.290	3.212.610.782	3.703.933.176	16.797.190.626	13,09%	12,06%	54,64%
Simon Bolívar	III	1.750.397.924	2.697.211.558	3.240.599.492	9.293.783.157	18,42%	17,40%	51,70%
Kennedy	III	2.184.211.076	2.160.927.439	2.044.773.343	11.295.438.721	16,43%	12,81%	78,44%
La Victoria	III	671.781.465	914.046.825	1.027.819.448	4.792.469.158	10,63%	9,03%	48,44%
El Tunal	III	429.894.464	457.084.838	724.724.253	3.925.214.265	6,89%	9,44%	50,38%
Sub-total Nivel III		5.036.284.929	6.229.270.661	7.037.916.536	29.306.905.300	14,48%	13,12%	58,54%
Total		10.162.919.409	14.640.901.644	15.602.775.827	85.693.603.763	13,01%	11,19%	61,54%

7. RESULTADOS PRINCIPALES RELACIONADOS CON LA GESTIÓN INSTITUCIONAL

Del examen de la encuesta, así como de las observaciones adicionales realizadas por los investigadores en cada una de las instituciones del estudio, es posible colegir una serie de resultados generales. (ver Anexo I)

Se pueden mencionar especialmente los siguientes:

- *Discreta ó Baja rotación del personal de nivel directivo*

Tanto el Director General como otros cargos del nivel directivo permanecen en sus cargos durante más de dos años, permitiendo con ello continuidad en las políticas e implementación de éstas con mayor facilidad. Llamamos la atención hospitales tales como El Guavio, San Jorge y Simón Bolívar, los cuales se alejan de manera importante del comportamiento general para este ítem.

- *Alto nivel educativo y experiencia en el nivel directivo*

Prácticamente todas las instituciones cuentan con alto nivel educativo y una alta

experiencia en las personas que ocupan los cargos directivos. En general, se encuentra por encima del nivel universitario y con experiencia superior a los cinco años.

- *Participación del Usuario*

A través de las nuevas disposiciones legales, se postula una mayor representatividad del usuario en las Juntas directivas de estas instituciones. Esto se hace evidente al observar las respuestas obtenidas en este sentido. En el 75% de los encuestados, la proporción de representantes de los usuarios en tales juntas se encuentra entre el 28.5 y el 33.3 % del total de integrantes. Ello está en concordancia con uno de los procesos fundamentales del Sistema de Seguridad Social en Salud, la participación ciudadana.

- *Alta autonomía para diseño e implementación de Planes Operativos Institucionales y manejo del personal*

Especialmente para la realización de Planes Operativos, y en menor grado para el manejo del personal. La Dirección está en posibilidad de reflejar sus ideas de manera adecuada en el Plan de acción de su institución y tiene las riendas de su personal para llevar a cabo la implementación.

- *Existencia de procesos de Planeación Estratégica*

Aunque no fueron observados frecuentemente otros mecanismos de actualización o modernización, los procesos de planeación estratégica sí aparecieron en buena parte de los encuestados como un medio para el logro de los objetivos.

- *Existencia de Mecanismos de Gestión y control*

La Secretaría Distrital de Salud ha implementado desde hace ya cierto tiempo, la presentación por parte de las Direcciones hospitalarias, de un informe trimestral de gestión. Este informe integra aspectos de calidad, servicio, gestión financiera y administrativa. Además, un buen número de encuestados reporta existencia de mecanismos adicionales de gestión y control tales como auditoría médica, administrativa y financiera, encuestas de satisfacción de usuarios, etc.

- *Satisfacción de los usuarios dentro de límites aceptables*

El 65% de las instituciones reportaron índices de satisfacción de usuarios por encima del 60%. Aunque una cifra más razonable sería aquella por encima del 80% de satisfacción. Es posible que tomando una serie de medidas, tales como el control de “colas”, la mejor disposición locativa en algunos centros asistenciales, mejores procesos de inducción que faciliten el conocimiento de la misión, visión,

valores, funciones, etc., puedan lograrse estas cifras. De cualquier forma, debe insistirse en este aspecto crucial de la atención, pues no solamente se trata de que se aumente el nivel de satisfacción en los usuarios, sino que esta situación se de en todas las instituciones.

- *Demanda Cautiva en la mayoría de los centros asistenciales*

Las condiciones socioeconómicas de la población y el bajo nivel de competencia que tienen las instituciones hospitalarias adscritas principalmente en las zonas más relegadas de Santafé de Bogotá, posibilitan un alto número de usuarios demandando servicios de salud en cada uno de los hospitales estudiados. Esto tiene implicaciones tanto positivas como negativas, pues es evidente que aunque pueden venderse mayor número de servicios, la cobertura de oferta no siempre es adecuada, quedando un alto número de usuarios sin acceso real, por este motivo. Será necesario aumentar la capacidad de atención en algunas zonas⁵², para bajar las cifras de demanda insatisfecha.

- *Portafolio de servicios existente en todas las instituciones*

En general, todas las instituciones, cuentan con portafolio de servicios, el cual se

⁵² Bajo esta situación se encuentran hospitales tales como Meissen, Suba, La Granja, etc. En el primero de ellos, el problema se agudiza dada su condición de hospital de referencia para otros centros localizados en la zona, como es el caso de Vista Hermosa. Situación similar vive el Hospital de San Blas II nivel, aunque la situación socioeconómica de los usuarios parece ser

constituye en uno de los principales elementos de mercadeo y manejo de competencia.

- *Bajos niveles de burocracia y politización*

La percepción de la gerencia sobre este particular, es la de muy bajo nivel de burocracia y politización en las decisiones. Este tipo de observaciones fue refrendado en las conversaciones de los investigadores con un buen número de gerentes y miembros del nivel directivo y elimina una de las principales causas de baja gestión y autonomía.

- *Adecuado nivel de destrezas y habilidades del recurso humano*

Aspecto observado tanto en el nivel directivo, como en los empleados a nivel general. No obstante la baja asignación presupuestal y la inexistencia de programas estratégicos de capacitación al personal, se observan esfuerzos individuales y puntuales dentro de las organizaciones, buscando mejorar el nivel académico y de destrezas. Será importante que tanto la Secretaría Distrital como cada una de las instituciones, realicen un programa anual coordinado de acciones de capacitación.

- *Bajo nivel de insatisfacción por regímenes salariales*

menos dramática que en el primero de los mencionados.

Se ha sostenido por parte de una serie de investigadores , que las remuneraciones no son el mejor motivador en los empleados, no obstante, si se constituyen en el primer desmotivador. La observación de este ítem en la mayoría de las instituciones, lo mostró en una posición secundaria, frente a otros aspectos como la capacitación, las mejores condiciones en el trabajo, etc. La percepción del alto nivel institucional, aunque le concede importancia, muestra una aparente satisfacción con la remuneración recibida por los empleados, obviamente con algunas excepciones.

- *Contrataciones con aseguradoras y otro tipo de instituciones*

La gran mayoría de las instituciones poseen contratos con aseguradoras, y todas tienen contratación con la misma Secretaría Distrital. Además el número de EPSs, ARSs y otras instituciones con las cuales tienen convenios o contratos es bastante alto. Lo anterior tiene una alta significación respecto al manejo financiero de la institución, pero plantea al mismo tiempo una serie de dificultades ocasionadas en la mayoría de los casos por el posible incumplimiento en los pagos por parte de esta mismas aseguradoras. Mientras se mantenga operando de manera adecuada los sistemas de facturación, se establezcan estudios de costos consistentes y se maneje adecuadamente la cartera, la gestión financiera de cada uno de estos hospitales podrá mejorar.

- *Sistemas de facturación presentes y operando*

Mencionado anteriormente, los sistemas de facturación adecuados garantizan no solamente el cobro y el manejo de cartera dentro de límites soportables, sino que al mismo tiempo ofrecen elementos de liquidez y rentabilidad institucional.

- *Conversión en Empresas Sociales del estado*

A finales del año inmediatamente anterior, se declararon Empresas Sociales del Estado todas las instituciones hospitalarias adscritas del Distrito. Algunas ya habían iniciado este proceso. Esta situación sirve a efectos de mejorar la autonomía y el manejo presupuestal, de tal forma que pueda hacerse más consistente a los planes operativos dispuestos por el alto nivel institucional.

De otro lado, entre las observaciones negativas, que están influyendo de manera importante en la gestión hospitalaria y la organización, se encuentran principalmente las siguientes:

- *Factores locativos inadecuados*

Aunque no fue explícito este tema dentro de las encuestas, se pudieron realizar una serie de observaciones por parte de los investigadores, encontrándose

grandes falencias, especialmente en las instituciones de nivel I. Llama la atención Vista Hermosa, La Granja, Meissen, entre otros. Existe además una división locativa administrativa-asistencial, en varios de los hospitales pudiéndose encontrar casos como Olaya, donde las oficinas de la gerencia están separadas de la zona asistencial y , a su vez de la zona administrativa, con localizaciones en distintas partes de la ciudad. También ocurre en hospitales como La Granja, Meissen, Chapinero, Suba, etc. La disposición de muchas de las áreas administrativas es completamente inadecuada, con áreas de trabajo mal delimitadas, almacenamiento de insumos sin contar con las mínimas condiciones de seguridad sanitaria, hacinamiento, etc.

- *“Colas”*

Especialmente las instituciones de primer nivel, mostraron un gran número de “colas “ tanto en zonas de recepción como de asistencia. En muchos casos, la situación es explicable por la baja cobertura de oferta o por procesos de atención mal diseñados. Esta observación fue especialmente llamativa y dramática en Centros como Vista Hermosa, Meissen, La Granja, Kennedy III nivel, Kennedy 29, El Carmen, Suba, entre otros.

- *Deficiente autonomía para el manejo del presupuesto institucional*

Como pudo haberse observado anteriormente, aunque los encuestados reportan un nivel adecuado de autonomía para el manejo de los planes operativos y del personal, no fue así para lo concerniente al presupuesto. De la conversación sostenida con la gran mayoría de los Gerentes, se pudo establecer la cantidad de trámites y dificultades para la autorización en el manejo presupuestal. No obstante, debe recordarse que en este momento ya se tiene la condición de Empresas Sociales del estado para todos los hospitales adscritos, lo cual determina unas nuevas relaciones y una mayor autonomía tanto administrativa, como financiera y técnica.

- *Desconocimiento de la misión institucional por parte de los empleados*

Las cifras de conocimiento de la misión solo llegan a un porcentaje discreto de los empleados. La Misión y la Visión son dos elementos de gerenciales de primera línea. La manera como sea vivenciada por cada uno de los integrantes del equipo institucional, determina de muchas maneras, el futuro de las organizaciones

- *Baja asignación presupuestal para la capacitación del personal*

En general se observó una baja asignación presupuestal para la mayoría de las áreas estudiadas. Llama la atención la baja asignación de presupuesto para efectos de capacitación de personal, el cual no sobrepasó en ningún caso el 3%

del presupuesto. Cuando se relaciona este tipo de observación con aspectos tales como cursos de inducción, programas de actualización y mejoramiento, etc., existe coherencia en las deficiencias.

- *Bajo nivel de satisfacción de los empleados*

Observable incluso a través del número de equipo para proyectos, el cual es deficiente en la gran mayoría o ausente en otro número representativo de casos. Solamente el 61% reporta encuestas de satisfacción de empleados, con índices de satisfacción iguales o menores al 50%. Es importante profundizar en el tipo de encuestas que se han realizado , y si se han aclarado los aspectos de mayor insatisfacción⁵³ para el trabajo.

Dentro de los empleados, debe mencionarse a los mismos integrantes del nivel directivo, donde se ha observado un alto nivel educativo y de experiencia, pero pueden existir relativas deficiencias en la disposición para el tipo de trabajo que se desempeña y en las funciones que les competen. Esta observación es, obviamente de tipo anecdótico a través de la entrevista con algunos de los gerentes y exige un mayor nivel de profundidad al respecto, quizá a través de encuestas de satisfacción de cliente externo, como ya fue mencionado.

⁵³ Herzberg propone una encuesta de satisfacción de cliente interno, basada en diez aspectos a controlar tales como: Cultura organizacional, coordinación, incentivos, resolución de

Una observación interesante en este estudio, fue el número importante de procesos disciplinarios que se llevan a cabo en las instituciones. Este elemento puede ser simultáneamente, explicación y consecuencia del manejo del recurso humano y de la insatisfacción de los empleados.

- *Deficiente participación de las Juntas o Consejos Directivos en los procesos de Planeación y definición de metas y objetivos.*

De acuerdo con lo observado, hay una baja participación de estas Juntas en los procesos de Planeación, metas y objetivos, limitándose aparentemente a supervisión y toma de decisiones puntuales.

- *Bajo número de actividades o programas de actualización y modernización institucional*

Exceptuando prácticas de planeación estratégica, no existió un porcentaje representativo de otros programas de actualización y modernización. Cuando existieron no se dieron calificaciones adecuadas, en la mayoría de los casos.

- *Resistencia al cambio por parte de los empleados*

La percepción de los gerentes sobre los problemas que afectan el buen

desempeño de la institución, incluyen no solamente este elemento, sino los dos siguientes en este listado (carencia y dificultad para adquisición de recursos y problemas relacionados con la estructura funcional). Este resultado es coherente con lo observado en otros estudios realizados en otras instituciones hospitalarias del país⁵⁴. Además hace parte de las razones explicativas para la baja satisfacción de los empleados en las encuestas mencionadas anteriormente.

- *Carencia y dificultad para adquisición de recursos*

Tiene una alta relación con la falta de autonomía para el manejo del presupuesto. Además existe escasez generalizada de recursos en el sector, y el Distrito no escapa a esta realidad.

- *Problemas relacionados con la Estructura funcional*

Fue uno de los elementos más mencionados por parte de los diferentes gerentes encuestados. Debe mencionarse que la estructura funcional puede cambiar en muchos aspectos, una vez han sido convertidas todas las instituciones en Empresas Sociales del Estado. Las condiciones actuales pueden ser algo diferentes con respecto al momento en el cual se llevaron a cabo la mayoría de las encuestas. No obstante, la percepción de los gerentes puede estar orientada a

⁵⁴ Estudio de IPS-ESEs realizado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Santafé de Bogotá. 1996.

las múltiples relaciones entre los diversos actores y la poca autonomía como se manejan algunos procesos.

- *Procesos de inducción inadecuados y de baja dedicación de tiempo*

Es notable observar que en cerca de la mitad de las instituciones hay ausencia o alta deficiencia en la práctica de la inducción al empleado. Además los tiempos para este proceso son muy bajos, encontrándose en general menos de 12 horas .

- *Inexistencia de procesos de evaluación del desempeño*

No existen procesos de evaluación del desempeño estructurados, en general solamente se dan entrevistas con los superiores que no llenan las condiciones establecidas para tal proceso. Existen en algunos casos los formatos para llevarlo a cabo, pero aún así no se implementan.

- *Inexistencia de áreas o grupos responsables de aspectos de mercadeo, publicidad y ventas*

En prácticamente todas las instituciones, se observó ausencia de estas áreas. No existe una preparación institucional para el nuevo sistema.

- *Dificultades en los Sistemas y procesos de información*

Desde antes de iniciarse la Reforma de Seguridad Social, ya existían una serie de dificultades respecto de los Sistemas de Información en Salud. Estos problemas se profundizaron con el nuevo esquema. La gran mayoría de las instituciones no tienen completamente definidos su sistema básico de información y adolecen de carencias importantes tales como el sistema de costos visto como parte del modelo para el mejoramiento de la eficiencia institucional como también desde la óptica del sistema de información.

- *Ausencia de estudios de costos*

La mayoría de las instituciones tienen esta dificultad, no obstante, se vienen realizando algunos esfuerzos individuales por diseñar e implementar un sistema de costos acorde con las nuevas realidades. La contratación y las tarifas, sin embargo, continúan operando dentro de parámetros previamente establecidos a través de las políticas de la Secretaría o de Seguridad Social.

- *Ausencia de índices de calidad técnica*

Observado en la gran mayoría de instituciones, no existe evidencia de un sistema de información y estadísticas que permitan obtener los índices de calidad técnica,

tales como infecciones nosocomiales, mortalidad evitable y reducible, reingresos por la misma causa o por complicaciones, etc. La ausencia de indicadores que permitan comparar la operación de estas instituciones, contra estándares establecidos, dificulta la evaluación de resultados e impacto de las acciones realizadas por éstas

7.1 Calificación de la gestión de las instituciones hospitalarias del Distrito de Santafé de Bogotá. Utilizando los parámetros definidos en el anexo para la valoración de cada una de las preguntas contenidas en la encuesta sobre gestión, se realizó una calificación de cada una de las instituciones que respondieron la encuesta. Seguidamente se realizó la sumatoria por área respectiva de gestión y se compararon sus resultados con las demás instituciones, tanto de manera general como por niveles de atención.

7.1.1 Resultados generales de la valoración. De la revisión de los resultados de la valoración para cada hospital, se encuentra que el Hospital Simón Bolívar ocupa el primer lugar a nivel general en cuanto a la gestión hospitalaria (75.8% de logro total), seguido de Pablo VI Bosa (69.1%), El Guavio y Nazareth (67.7% en

ambos), La Victoria (65.5%), Suba (64.6%), Kennedy III Nivel (63.2%) y San Blas II Nivel (60.1%). Los demás hospitales presentaron puntajes por debajo del 60% de logro.

Cuando se realiza la comparación por niveles de complejidad, para el primer nivel se observan cifras cercanas al 50% en la mayoría de ellas, llamando la atención Pablo VI Bosa, Nazareth y Suba (ya referenciados), quienes fueron los de mayor puntaje.

En el segundo nivel las cifras no varían ostensiblemente respecto del primer nivel de complejidad. Todas las instituciones se encuentran en valores cercanos al 50% de logro, resaltando en este nivel, el Hospital del Guavio, que obtuvo una calificación del 67.7%.

En el tercer nivel de complejidad, se obtuvieron las mayores calificaciones, con porcentajes de 63.2% para Kennedy III nivel, 65.5% para la Victoria y 75.8 para el Hospital Simón Bolívar. Esto es consistente con el supuesto de que las instituciones de tercer nivel son por su misma condición las de mayor desarrollo general y las que generalmente reciben mayores recursos y asistencia técnica.

Debe aclararse que todas los porcentajes mencionados arriba, corresponden a la sumatoria sin realizar ajustes por calidad técnica, en razón a los pocos resultados

que se obtuvieron para este concepto.

Los menores puntajes observados para todos los ítems de gestión estudiados se presentaron en los hospitales de la Candelaria (28.7%), institución para la que como ya se ha mencionado se encuentra en proceso de transformación, y Kennedy 29 con 38.6% de puntaje general.

En términos generales, para todos los aspectos de la gestión estudiados en los hospitales, las calificaciones son muy discretas para la mayoría de los casos. Todas ellas se encuentran muy cercanas a una media arbitraria del 60%, aunque hay aspectos, como las comunicaciones internas y los programas de mejoramiento y actualización del personal que muestran falencias importantes sobre las cuales será necesario intervenir. En los aspectos de mercadeo y competencia existen también múltiples deficiencias, que se hacen evidentes en un gran número de instituciones.

Se presenta seguidamente la tabla de calificaciones generales para cada uno de los hospitales, en orden descendente de acuerdo a los puntajes obtenidos en la evaluación de su gestión.

Tabla de Calificación General para cada Hospital

1	H. Simón Bolívar
2	H. Pablo VI Bosa
3	H. El Guavio
4	H. Nazareth
5	H. La Victoria
6	H. Suba
7	H. Kennedy
8	H. San Blas II
9	H. Usaquén
10	H. Usme
11	H. Chapinero
12	H. Trinidad Galán
13	H. Tunjuelito
14	H. San Jorge
15	H. Vista Hermosa
16	H. San Blas I
17	H. Engativá
18	H. Meissen
19	H. El Carmen
20	H. Garcés Navas
21	H. Olaya
22	H. Fontibón II nivel
23	H. Juan XXIII
24	H. Samper
25	H. Kennedy 29
26	H. La Candelaria

7.2 RESULTADOS ESPECÍFICOS DE LA VALORACIÓN SEGÚN ASPECTOS QUE INTERVIENEN EN LA GESTIÓN.

- *La dirección.* En la comparación general de los resultados se observa que las instituciones de mayor nivel de complejidad tienen mayores puntajes para esta área, con cifras que oscilan entre el 76.1% (Hospital Simón Bolívar) y el 91% de logro (Hospital La Victoria) frente al puntaje máximo establecido de 67 puntos. En los hospitales de segundo nivel solamente resalta el Hospital El Guavio con un 74.6% logrado. Los demás hospitales de segundo nivel tuvieron calificaciones entre un 49.8% y un 65.7%. Para el caso de los hospitales de primer nivel, la situación fue más diversa, con porcentajes que oscilaron entre el 29.9% y el 80.6%. En este grupo los hospitales de Tunjuelito y Suba tuvieron calificaciones altas en el área de Dirección, similares a las obtenidas por los hospitales de tercer nivel (76.1% y 80.6% respectivamente). Aquí debe mencionarse que el de menor puntaje en varios de los ítems estudiados fue el Hospital de la Candelaria. Este centro ha iniciado un proceso de transformación desde finales del año anterior, razón por la cual aspectos tales como dirección, autonomía, manejo de recursos, tanto físicos como humanos, etc., tienen una baja calificación, por lo que sus calificaciones deben ser observadas con cuidado antes de emitir un juicio sobre ellas.

De otro lado, además de la Candelaria, instituciones tales como el Hospital

Kennedy 29, Juan XXIII y San Jorge, obtuvieron muy baja calificación en este ítem (37.3%, 37.3% y 35.8% respectivamente).

- *El liderazgo, planeación, gestión y control.* En los puntajes obtenidos en estos aspectos de la gestión, las diferencias según nivel de complejidad fueron menores, encontrándose una alta calificación para hospitales tales como Pablo VI Bosa (85.7%), Hospital de Suba (80.4%) y Nazareth (78.6%), todos del primer nivel de complejidad, y el Hospital Simón Bolívar (83.9%) del tercer nivel de complejidad. Las notas más bajas se presentaron en los hospitales de San Blas I Nivel y Engativá⁵⁵.

Como puede observarse, no parece existir una correlación entre el liderazgo, la planeación, la gestión y el control y los niveles de complejidad. Tal como lo describe la teoría, este tipo de actividades le son propias a la Gerencia, independientemente del tamaño o complejidad institucional.

Cuando se realiza el análisis al interior de los niveles de complejidad, se observa que en el Primer nivel de atención se obtuvieron calificaciones altas para varios hospitales, tal y como se señaló anteriormente. Otros hospitales de este grupo también se encuentran en circunstancias aceptables como, por ejemplo, Usaquén y Usme (69.6% y 62.5% respectivamente).

⁵⁵ El hospital de la La Candelaria obtuvo 17.9% de calificación, pero se insiste en las condiciones especiales de transformación en las que se encuentra.

En el segundo nivel de atención resaltan los puntajes del Hospital de Meissen (69.6%) y el Guavio (62.5%). Los demás tuvieron calificaciones discretas.

En el tercer nivel, además del Hospital Simón Bolívar con un 83.9%, el Hospital Kennedy obtuvo 67.9% y el Hospital la Victoria el 58.9%.

Las menores calificaciones fueron obtenidas por San Blas Nivel I (39.3%) y Engativá (33.9%)

- *Las comunicaciones internas.* Uno de los aspectos donde se evidencia mas la necesidad de llevar a cabo algún tipo de intervención, es el de las comunicaciones internas. A pesar de que muchos de los gerentes opinaron que el número de reuniones era bastante alto, se encuentran calificaciones reducidas de manera importante en la mayoría de instituciones respecto de este aspecto. Las cifras más altas las obtuvieron el Hospital de Chapinero (67.7%) y el Hospital Simón Bolívar (64.5%). En general todas las instituciones solo se acercaron al promedio de logro, es decir estuvieron entre el 40 y el 60%. Las instituciones con menores puntajes fueron Vista hermosa (35.5%), La Candelaria (35.5%), Kennedy 29 (32.3%) y Samper Mendoza (29%) todas del primer nivel y Meissen (25.8%) y Fontibón Nivel II, del segundo nivel, con 16.1% de logro.

Por niveles se encuentra que la mayor calificación en el primer nivel la obtuvo el

Hospital de Chapinero, Meissen y el Guavio en el segundo nivel y el Hospital Simón Bolívar en el tercer nivel.

No parecen existir diferencias importantes entre los diversos niveles para este ítem, es decir, no hay relación de la mejoría en las comunicaciones internas con la complejidad de las instituciones.

- *Los programas de mejoramiento y actualización.* A nivel general, nuevamente el Hospital Simón Bolívar se erige en el primer lugar con 83.3% en su calificación para este ítem. Hospitales como Pablo VI Bosa, Trinidad Galán y El Guavio obtuvieron cada uno 66.7%. Las menores calificaciones las obtuvieron instituciones como San Jorge, San Blas II nivel y Olaya (8.3% cada una) y el Hospital Kennedy III nivel (16.7%).

Por niveles no se observa diferencia substancial. Realizadas las observaciones descritas en el párrafo anterior, se puede decir, que en términos generales, las calificaciones para este aspecto son deficientes y prácticamente no superan el 45 % de logro en más del 70% de las instituciones estudiadas.

- *El manejo del recurso humano.* Los hospitales que mostraron mayor nivel de logro en este aspecto fueron Chapinero y Trinidad Galán (para ambos 69.7%) , Pablo VI Bosa, San Jorge, Garcés Navas, Juan XXIII y Nazareth (66.7% para

todos)⁵⁶. Los menores porcentajes fueron para Fontibón Nivel II (27.3%) , Kennedy 29 y Suba (36.4% cada uno) y Samper Mendoza (39.4%) .

Por niveles, los hospitales del primer nivel tuvieron cifras cercanas a la calificación promedio del grupo en su mayoría, la cual se encontraba en un 53% , aunque ninguno superó el 70% de logro en este aspecto. Cerca del 50% de todas las instituciones del primer nivel tuvieron cifras entre el 60% y el 69.7%.

Para el segundo nivel, todos, excepto Fontibón nivel II, superaron el 50% de logro. San Blas II nivel obtuvo un 63.6%. En el tercer nivel, todos estuvieron cercanos al 50%, con un discreto 60.6% como cifra más alta (Hospital Simón Bolívar).

- *El mercadeo y la competencia.* En este aspecto se presentan cifras muy diversas que no permiten establecer una tendencia en todo el grupo de instituciones estudiadas. Las cifras más altas se encontraron en Pablo VI Bosa y San Blas II nivel (88.9% y 77.8% respectivamente). Otras instituciones con nivel aceptable fueron Chapinero y Fontibón Nivel II (66.7% ambas) . No obstante, hubo una serie de instituciones con muy bajas cifras en este aspecto, tales como Kennedy 29 (11.1%), Tunjuelito, Suba, Meissen II nivel, Nazareth y Vista hermosa (22.2%). Las demás entidades no tuvieron un porcentaje superior al 60%.

⁵⁶ Todos del primer nivel de atención

Cuando se observa este ítem por niveles, se encuentran bajas cifras en general para el nivel I de complejidad, aunque Pablo VI Bosa y Chapinero tuvieron porcentajes altos. Las demás estuvieron por debajo del promedio en su gran mayoría.

En el nivel II, a excepción de San Blas II nivel y Fontibón, las demás estuvieron por debajo del promedio general que fue del 41% de logro, llegando incluso a 22.2 % en el caso de Meissen.

Las cifras en el tercer nivel fueron realmente bajas respecto a los demás hospitales. Los porcentajes de la Victoria y Kennedy Occidente estuvieron por debajo del 50%. Solamente el Hospital Simón Bolívar tuvo un 55.6% de logro. De cualquier manera parecen ser cifras más bajas de lo que podría observarse en instituciones de esas características.

- *El sistema tarifario, la contratación y venta de servicios.* En este aspecto llamó la atención el Hospital San Blas II nivel quien obtuvo el máximo puntaje, Meissen con el 80% y el Hospital Samper Mendoza, quien no obtuvo ningún puntaje. Los demás obtuvieron 60% en su gran mayoría.

Los resultados observados no permiten establecer diferencias substanciales entre los diversos niveles de complejidad.

- *Los sistemas de información.* Llamó la atención el Hospital de Tunjuelito, pues no reporta ningún tipo de sistema de información. Los demás manifiestan buenos porcentajes en cuanto al manejo de la información, con cifras superiores al 70% de logro. No obstante lo anterior, es importante analizar con cuidado estas cifras pues pueden haberse ofrecido respuestas positivas respecto de la existencia de Subsistemas de información en la institución, que más pueden corresponder a “aplicaciones informáticas” sin integralidad con el resto del sistema de información de la institución.

- *La calidad técnica.* Su observación ofrece bastantes dificultades. En primera instancia, por la diversidad de niveles de complejidad que implican realizar ajustes en aquellas instituciones que no poseen hospitalización y, en segundo lugar, por la falta de respuesta a los indicadores solicitados. Un porcentaje superior al 60% de los encuestados no ofrecían datos en este sentido. Lo anterior no permite realizar mediciones y comparaciones a nivel general ni entre niveles de complejidad. Se han ofrecido las cifras en las tablas pertinentes pero no se realiza un ajuste en este sentido para no inducir sesgos en la sumatoria final de gestión.

8. ANALISIS DE CORRELACIONES ENTRE PRODUCTIVIDAD Y GESTION

La presente sección será dedicada a describir las correlaciones encontradas para algunas de las variables incluidas en el estudio, tanto de productividad como de gestión,. Los resultados aquí expuestos corresponden a correlaciones simples, obtenidas a partir de mínimos cuadrados ordinarios y empleando variables a nivel. Dichos resultados responden a la curiosidad de los autores por conocer un poco mas a fondo el comportamiento de muchas de las variables que han sido mencionadas a lo largo del trabajo.

A pesar de lo interesante del análisis que se presenta a continuación, debe advertirse que en razón a limitantes tales como el poco número de observaciones y la utilización de valores numéricos en variables cualitativas como las de gestión como ya se mencionó, los resultados obtenidos son meras afirmaciones válidas para el estudio en mención, que sin embargo plantean fascinantes líneas de investigación que deberían ser adelantadas con mayor rigor y profundidad, por que están abren campos hasta ahora poco explorados en la gestión de instituciones de salud.

En el Cuadro 8.1 se muestran los valores de las principales correlaciones

exploradas, en el período 1995-1997, para los indicadores de eficiencia global (IEG) y de gestión total. Los resultado indican que ambos indicadores se relacionan entre si y se relacionan también con el nivel de complejidad de la institución.

CUADRO 8.1
CORRELACIÓN ENTRE IEG, NIVEL DE ATENCIÓN
E INDICADOR DE GESTIÓN

	NIVEL	IPG	GESTION
NIVEL	1,00	-0,23	0,33
IPG	-0,23	1,00	0,12
GESTION	0,33	0,12	1,00

Fuente: Cálculos propios.

El cuadro anterior muestra como el nivel de complejidad se relaciona negativamente con la eficiencia, lo cual quiere decir que a medida que se aumenta el nivel de complejidad en la institución, se produce una caída en su eficiencia global. Esto podría sugerir argumentos en favor de la especialización en la prestación de servicios como una mejor alternativa para mejorar la eficiencia.

Por el contrario, los resultados obtenidos parecen indicar que en la medida en que se aumenta el nivel de complejidad, mejora la gestión de los hospitales analizados, con una cifra de correlación de 0.33, lo que en cierta forma parecería confirmar la evidencia anecdótica en el sentido de que las instituciones de mayor nivel de complejidad en el país siempre han recibido preferencialmente la mayor parte de los subsidios del estado, lo que les ha permitido un mayor desarrollo.

Finalmente, se observa una correlación positiva entre el IEG y el indicador de gestión, confirmando para este estudio particular la hipótesis de trabajo que existía en ese sentido. En este caso la causalidad no pudo ser establecida; es decir, la interpretación del resultado puede ser, bien que los aumentos en productividad generan posteriores mejoras en la gestión, o que una buena gestión es causa de incrementos en la productividad de la institución. Sin embargo podría pensarse que en la relación entre estas dos variables se dan resultados causa - efecto de doble vía, que explican en buena medida los círculos virtuosos que las conducen al crecimiento y mejoría en sus servicios.

De otro lado, en el Cuadro 8.2, se muestran las correlaciones encontradas para las diferentes variables de gestión incluidas en el estudio, a saber: nivel de complejidad, la dirección, el liderazgo y la planeación, las comunicaciones internas, el manejo del recurso humano, la existencia de programas de mercadeo y competencia, la venta de servicios y los sistemas de información.

Vale la pena destacar las relativamente altas correlaciones encontradas tanto para la dirección como para el liderazgo y la planeación. Se tiene, por ejemplo, que la correlación entre el nivel de complejidad y la dirección es de 0.57, lo que indica que a mayor nivel de complejidad mejor es la gestión de la dirección, como resultado probablemente de la mayor inversión en las instituciones de mayor complejidad como ya se mencionó.

Los resultados que siguen ponen en evidencia la estrecha relación que existe entre las variables que intervienen en la gestión y su nivel de resultado. Así por ejemplo, la correlación entre dirección y liderazgo fue de 0.45. El resultado que parece ser mas importante es el que relaciona las comunicaciones internas con el manejo del recurso humano. El valor de 0.62 indica que en aquellas instituciones en las que se combinaron una buena comunicación entre directivos y personal con un buen manejo del recurso humano, se dieron los mejores resultados en términos de gestión total.

CUADRO 8.2
CORRELACION DE LAS VARIABLES DE GESTION
INCLUIDAS EN EL ESTUDIO

Comunicaciones - Rec. Humano	0,62	Dirección - Mercadeo	0,23
Nivel - Dirección	0,57	Nivel - Desarrollo	0,22
Dirección - Liderazgo	0,45	Comunicaciones - Venta de Servicios	0,21
Liderazgo - Venta de Servicios	0,44	Nivel - Venta de Servicios	0,19
Liderazgo - Desarrollo	0,41	Rec. Humano - Mercadeo	0,18
Liderazgo - Sist. Información	0,40	Nivel - Mercadeo	0,17
Comunicaciones - Desarrollo	0,36	Nivel - Sist. Información	0,15
Dirección - Desarrollo	0,36	Liderazgo - Rec. Humano	0,15
Dirección - Venta de Servicios	0,36	Venta de Servicios - Sist. Información	0,14
Comunicaciones - Mercadeo	0,35	Desarrollo - Mercadeo	0,13
Mercadeo - Sist. Información	0,34	Nivel - Comunicaciones	0,12
Liderazgo - Comunicaciones	0,32	Desarrollo - Venta de Servicios	0,11
Dirección - Comunicaciones	0,32	Comunicaciones - Sist. Información	-0,02
Mercadeo - Venta de Servicios	0,31	Desarrollo - Sist. Información	-0,03
Desarrollo - Recurso Humano	0,31	Dirección - Rec. Humano	-0,04
Rec. Humano - Venta de Servicios	0,29	Nivel - Rec. Humano	-0,04
Liderazgo - Mercadeo	0,29	Dirección - Sist. Información	-0,10
Nivel - Liderazgo	0,28	Rec. Humano - Sist. Información	-0,12

Fuente: Cálculos propios

Otros hallazgos importantes, muestran la relación entre el liderazgo y el desarrollo organizacional (0.41), las comunicaciones internas y el mismo desarrollo (0.36), la dirección y la venta de servicios (0.36), entre otros, confirmando la apreciación hecha en el sentido de su importancia para una buena gestión.

Finalmente, si bien la mayoría de las correlaciones obtenidas fueron positivas, también se encontraron algunas negativas, asociadas principalmente a los sistemas de información: es así como se obtuvo una correlación de -0.10 entre la dirección y los sistemas de información, lo cual puede ser indicador de que muy probablemente el desarrollo de los sistemas de información, de la forma como se está dando en la actualidad, va en contravía de las intenciones de una buena dirección.

Aunque los resultados obtenidos permiten múltiples interpretaciones (aquí solo se ha presentado una de ellas), una conclusión interesante de este ejercicio es el haber encontrado que la gestión en los hospitales públicos de Bogotá parece ser bastante sensible al manejo de aspectos tales como el recurso humano. A manera de conclusiones, podría decirse que:

- a) No es la mayor o menor cantidad de personal (independientemente del tipo de contratación que se utilice con ellos) la que facilita una buena gestión en los hospitales, sino el manejo que se le da a aspectos tales como el ambiente de trabajo, las comunicaciones internas y la motivación entre otras, lo cual debe

redundar en una mejor atención a los pacientes que acuden a la institución.

- b) La mayoría de las consideraciones hechas sobre la buena gestión hospitalaria se asocian a la percepción que los pacientes tienen sobre la atención que han recibido. Debido a que la atención que reciben proviene de las personas que trabajan en el hospital, entre mejor sea el manejo de aspectos como el recurso humano, mejor será entonces la percepción de los pacientes sobre su atención, es decir que habrá unos mejores resultados de la gestión en términos de la satisfacción de los usuarios.

9. LA CARTA DE NAVEGACION

El cuadro que se presenta a continuación podría ser considerado como el resultado final de este trabajo, en el cual se sintetizan de una manera ágil todos los resultados obtenidos para cada de las instituciones analizadas.

El asumir grados relativos de resultados en cuanto a la gestión, la productividad y la eficiencia, expresados mediante convenciones de colores universalmente aceptadas (verde, amarillo y rojo), permite visualizar fácilmente la situación en que se encuentran las instituciones con relación a las demás en el distrito y con ello llamar la atención sobre la necesidad de priorizar acciones en determinadas áreas y hospitales.

Este tipo de herramientas deberían convertirse en mecanismos de manejo rutinario para la gerencia de los hospitales y para los entes de dirección, vigilancia y control del sistema, como también para las juntas directivas de las instituciones, de tal manera que estas últimas cuenten con elementos objetivos que permitan adelantar de manera mas eficiente los procesos de rendición de cuentas al que deben estar sometidos los gerentes. Sin embargo debe aclararse que a pesar de su utilidad, debe ser considerada como una herramienta mas que debe ser

analizada conjuntamente con otra serie de factores de orden interno y ambiental que determinan las decisiones a las que se debe someter cada institución en particular.

Lo mas interesante de esta carta de navegación, es el utilizar en su construcción indicadores que son fácilmente entendidos por cualquier persona y que además señalan claramente y de manera objetiva cual es el comportamiento del nivel de resultados que se esperan de la institución y las principales razones derivadas de la gestión que podrían explicar esos resultados . Manejar la eficiencia como la relación entre cuantos pesos me gasto para generar un peso de producto, cuantas actividades se producen por cada hora de trabajo contratada, al igual que medir el nivel de gestión que se relaciona con esos resultados y detectar en donde se concentran las principales fallas así lo demuestran.

Además, con esta carta se da un paso importante hacia la construcción de nuevas metodologías que permitan aproximarse objetiva y globalmente a la evaluación del desempeño de las instituciones hospitalarias, acorde con las necesidades de retos que hoy se imponen a los servicios de salud, principalmente en cuanto a la mejoría de la eficiencia en la utilización de los recursos escasos y de la calidad y satisfacción de los usuarios en la prestación de los servicios, requisitos indispensables en el logro de objetivos sociales.

A manera de ejemplo y con el fin de ilustrar los resultados obtenidos y la utilidad

de la carta, se muestra como el hospital de Pablo VI presenta niveles mayores (en verde) en cuanto a la gestión y la eficiencia. Otros, como el hospital de Juan XXIII evidencian serios problemas a todo nivel (evaluaciones en rojo). En cambio situaciones como la del hospital de Nazareth hacen evidente circunstancias particulares que deben ser analizadas con mas detalle, al mostrar altos niveles de gestión y bajos niveles de eficiencia, probablemente por razones que ya han sido expuestas.

CARTA DE NAVEGACION PARA LOS HOSPITALES DEL DISTRITO.

I. EFICIENCIA

Hospital	Nivel	IEG ajust.	Senda IEG ajustado	IEG sin ajuste	Senda IEG sin ajuste	Rendim. Rec. Hum.	Cambio 97/95	Consultas / consultorio	Senda	Cirugías / quirófano	Senda	Partos / sala parto	Senda
Usaquén	I	1.85	48.13%	9.07	112.66%	0.20	-0.49	2,670.67	-37.01%	nd	nd	0.00	0
Suba	I	1.76	3.49%	2.53	49.20%	0.77	-0.38	1,692.31	-19.95%	nd	nd	936.00	-3.41%
La Candelaria	I					0.22	0.37						
Juan XXIII	I	4.97	16.87%	6.44	51.43%	0.24	-0.59	1,607.63	-32.28%	nd	nd	0.00	0
Chapinero	I	3.52	-33.04%	4.42	-15.85%	0.21	0.24	1,138.43	-31.73%	311.00	28.69%	419.00	22.87%
Garcés Navas	I	2.25	-11.67%	2.79	9.42%	0.98	-0.34	2,197.84	-7.76%	nd	nd	194.33	-51.17%
Pablo VI	I	1.00	-64.57%	1.24	-56.09%	2.52	1.32	5,581.81	2.57%	nd	nd	796.00	nd
San Pablo Fontibón	I	1.30	-28.62%	1.49	-24.21%	0.48	0.32	3,341.55	6.79%	nd	nd	0.00	0
Trinidad Galán	I	2.00	29.38%	2.34	51.27%	0.74	-0.37	1,210.31	-66.64%	223.00	46.65%	635.00	46.65%
La Perseverancia	I	2.45	-48.93%	3.16	-34.07%	0.57	0.57	2,211.76	28.46%	nd	nd	109.00	28.24%
San Blas	I	3.85	29.06%	4.51	51.10%	0.38	-0.38	2,721.81	-8.02%	nd	nd	178.00	-14.01%
Samper Mendoza	I	2.17	4.22%	3.56	25.33%	0.60	-0.10	1,288.13	12.59%	nd	nd	nd	nd
Olaya	I	2.96	36.69%	3.68	69.75%	0.56	-0.35	2,449.70	-49.41%	nd	nd	187.00	nd
San Jorge	I	2.33	-13.94%	2.56	-5.64%	0.67	0.09	2,084.00	-30.73%	nd	nd	237.00	-19.39%
Tunjuelito	I	2.03	0.38%	2.47	22.24%	0.69	-0.26	nd	nd	nd	nd	618.50	-18.73%
Vista Hermosa	I	1.81	5.57%	2.37	37.80%	0.69	-0.11	3,907.07	-28.95%	nd	nd	514.00	9.13%
Usme	I	0.98	-23.97%	1.73	34.53%	1.10	-0.01	8,124.70	43.89%	nd	nd	607.33	68.21%
Nazareth	I	7.70	-33.85%	10.14	-12.94%	0.18	0.13	2,244.75	43.89%	nd	nd	12.33	32.74%
La Granja	II	1.66	-27.42%	2.04	-10.80%	0.85	0.09	3,164.46	-59.67%	1,415.00	24.23%	1,814.00	15.98%
Engativá	II	1.65	-44.96%	2.07	-30.70%	0.86	0.42	3,754.29	-40.82%	nd	nd	446.00	3.24%
Bosa	II	1.58	-2.47%	1.92	18.39%	0.87	-0.16	580.92	-47.37%	490.50	20.81%	2,516.00	-21.94%
San Blas	II	1.98	-46.27%	2.25	-38.79%	0.75	-0.20	92.63	-73.77%	1,340.00	-21.61%	1,348.67	-11.97%
El Guavio	II	2.98	10.05%	3.44	27.13%	0.49	-0.25	866.63	-86.76%	760.00	77.57%	889.00	14.12%
El Carmen	II	1.61	16.73%	1.97	42.90%	0.80	-0.33	8,374.40	0.41%	635.00	72.09%	1,135.00	-17.03%
Meissen	II	1.41	-22.15%	2.67	47.10%	0.69	-0.33	2,999.82	-6.53%	662.50	nd	1,787.00	-28.61%
Simón Bolívar	III	2.58	-6.13%	3.17	15.25%	0.64	-0.09	nd	nd	nd	nd	1,042.67	-39.06%
Kennedy	III	1.65	7.49%	1.80	17.67%	0.97	-0.19	70.05	-59.27%	1,450.25	-9.95%	3,848.00	172.14%
La Victoria	III	1.94	-0.34%	2.23	14.69%	0.74	-0.18	106.65	-93.62%	886.00	-27.17%	1,811.50	-2.89%
El Tunal	III	2.37	-58.17%	2.78	-50.90%	0.62	0.86	30.68	-99.15%	1,146.67	27.50%	72.00	1100%

	ND												
	BUENO	1 - 1.7	>0	1-2.32	>0	>0.75	>0.02	>1500	>20%	>1000	>20%	>1000	>20%
	REGULAR	1.71-2.20	0-5	2.33-3.01	0-5	0.57-0.74	0-0.02	500 - 1500	0.1% - 20%	500 - 1000	0.1% - 20%	500-1000	0.1% - 20%
	MALO	>2.20	>5	>3.01	>5	0-0.56	<0	<500	<0.1%	<500	<0.1%	<500	<0.1%

CARTA DE NAVEGACION PARA LOS HOSPITALES DEL DISTRITO.

II. GESTION.

Hospital	Nivel	La Dirección	Liderazgo y Planeación	Comunicac. Internas	Desarrollo y Organización	Recurso Humano	Mercadeo y Competencia	Venta de Servicios	Sistemas de Información	Total
Usaquén	I	62.7	69.6	41.9	8.3	45.5	55.6	60	100	57.4
Suba	I	80.6	80.4	45.2	33.3	36.4	22.2	60	80	64.6
La Candelaria	I	29.9	17.9	35.5	8.3	42.4	22.2	0	60	28.7
Juan XXIII	I	37.3	46.4	45.2	25.0	66.7	44.4	60	90	47.5
Chapinero	I	64.2	41.1	67.7	8.3	69.7	66.7	60	60	56.5
Garcés Navas	I	41.8	42.9	48.4	33.3	66.7	22.2	60	100	49.3
Pablo VI	I	53.7	85.7	58.1	66.7	69.7	88.9	60	100	69.1
Kennedy	I	37.3	41.1	32.3	25.0	36.4	11.1	60	70	38.6
San Pablo Fontibón	I									
Trinidad Galán	I	56.7	48.2	48.4	66.7	69.7	33.3	60	70	55.6
La Perseverancia	I									
San Blas	I	58.2	39.3	45.2	41.7	51.5	44.4	60	100	51.1
Samper Mendoza	I	41.8	51.8	29.0	16.7	39.4	33.3	0	100	42.2
Olaya	I	47.8	41.1	41.9	8.3	36.4	55.6	60	100	48.9
San Jorge	I	35.8	55.4	48.4	8.3	66.7	33.3	60	100	53.4
Tunjuelito	I	76.1	42.9	45.2	41.7	60.6	22.2	60	0	53.4
Vista Hermosa	I	62.7	53.6	35.5	25.0	42.4	22.2	60	100	51.6
Usme	I	53.7	62.5	58.1	41.7	45.5	55.6	60	100	57.0
Nazareth	I	58.2	78.6	48.4	50.0	66.7	22.2	60	100	67.7
La Granja	II									
Engativá	II	59.7	33.9	41.9	41.7	51.5	33.3	40.0	70.0	48.9
Bosa	II									
Fontibón	II	65.7	50.0	16.1	33.3	27.3	66.7	60.0	100.0	46.8
San Blas	II	62.7	60.7	45.2	8.3	63.6	77.8	100.0	100.0	57.5
El Guavio	II	74.6	62.5	58.1	66.7	54.5	55.6	60.0	80.0	64.8
El Carmen	II	53.7	44.6	45.2	33.3	57.6	33.3	40.0	80.0	47.6
Meissen	II	47.8	69.6	25.8	25.0	51.5	22.2	80.0	80.0	48.5
Simon Bolívar	III	76.1	83.9	64.5	83.3	60.6	55.6	60.0	100.0	72.5
Kennedy	III	74.6	67.9	58.1	16.7	48.5	33.3	60.0	90.0	60.5
La Victoria	III	91.0	58.9	45.2	33.3	51.5	44.4	60.0	100.0	62.7
El Tunal	III									

	NR	
	BUENO	>65
	REGULAR	54-65
	MALO	<54

10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GENERALES

10.1 CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos en el estudio, se obtienen las siguientes conclusiones y recomendaciones generales. Sin embargo es necesario advertir de nuevo, que los resultados que se presentan en este estudio deben ser analizados con mucho cuidado en razón de que como ya se menciono en detalle en la parte metodológica, las evaluaciones son de tipo relativo y solo permiten comparaciones al interior de las instituciones del Distrito. Igualmente los resultados son solo una herramienta que debe ser conjugada en el análisis con otros elementos de tipo estructural y coyuntural propios del sector de la salud y del Distrito Capital en especial, con los cuales sea posible llegar a conclusiones mas precisas tanto de tipo general como para los casos particulares.

- Al comparar la evolución del producto en los hospitales del Distrito entre los años 1994 a 1997, se observa que para la mayoría de ellos hay una tendencia

hacia la mejoría Sin embargo hay casos particulares en donde lo que se observa es un retroceso creciente. No obstante lo anterior, este aumento en la productividad se ve opacado por un crecimiento en el gasto, explicado primordialmente por la nivelación salarial, que no es compensado con el crecimiento del producto.

- De la misma manera es evidente la baja eficiencia general para todos los hospitales, que dista bastante de lo que pudiera considerarse como un valor aceptable. Sin embargo para muchas instituciones se observa una senda de mejoría creciente, y para otras por el contrario un deterioro progresivo.
- Igualmente es evidente la bajísima productividad del recurso humano, aun cuando se controla por el efecto de la nivelación salarial. Esto demuestra una vez mas situaciones contradictorias en la gestión institucional, en las cuales a pesar de que la remuneración existente no corresponde al nivel de productividad, se aumentan considerablemente las remuneraciones del personal sin ligarse a ningún compromiso tangible para mejorar el rendimiento.
- Los resultados muestran como por efecto de la contratación de funcionarios, ha sido posible contar con mas recurso humano, dadas las limitaciones para aumentar la planta de personal. Esto indica como por esta vía ha sido posible flexibilizar mas su manejo en respuesta a las demandas crecientes por efecto

del incremento en los niveles de cobertura en el sistema. Sin embargo, también llama la atención como la carga financiera de los servicios personales ha venido creciendo cada año, expresada como proporción del gasto total.

- Los niveles crecientes de facturación demuestran que los hospitales si tienen capacidad para mejorar rápidamente este proceso y adecuarse a las exigencias que impone el nuevo sistema.
- Los relativamente bajos niveles de rotación entre el personal directivo de las instituciones, su alta capacitación y experiencia, dan cuenta del creciente manejo técnico que se le viene dando a este aspecto, que es de vital importancia en los procesos de mejoramiento institucional.
- A pesar de los esfuerzos hechos y de la existencia de normatividad que lo obliga, la tan mencionada autonomía en la gestión hospitalaria que se persigue por efecto de su conversión en ESEs, sigue estando muy distante, y aspectos claves para enfrentar un medio de competencia, tales como el manejo del recurso humano y presupuestal siguen teniendo una alta injerencia por parte de las entidades centrales de Dirección del Sistema.
- Existe una alta coincidencia en cuanto a los resultados obtenidos en la valoración de los niveles de eficiencia en la gestión y eficiencia, como lo

demuestran las correlaciones observadas, confirmando en buena medida la hipótesis que existe alrededor de esta relación. Sin embargo en varios casos esto no ocurre, observándose como existen hospitales que aunque tienen buena gestión presentan bajo nivel de eficiencia y viceversa. Esto puede explicarse por razones como la influencia de factores externos a la institución que distorsionan los resultados de su gestión y eficiencia. Igualmente pueden haberse presentado problemas en la recolección de la información, por efecto de datos incompletos e inexactitud en las respuestas, como parece ser evidente para algunos casos, que estén afectando los resultados finales.

10.2 RECOMENDACIONES

- Si se quieren lograr niveles adecuados de eficiencia en la producción y en la gestión de los hospitales del Distrito, es preciso continuar y fortalecer el proceso de desarrollo institucional, para lo cual será necesario una actividad permanente y coherente tendiente a solucionar los principales problemas observados. Para ello es necesario brindar una mayor asistencia técnica y apoyo a los programas de modernización y adecuación de las plantas de personal, de los procesos y herramientas tecnológicas en aspectos como la información financiera y administrativa, del manejo y mantenimiento del recurso

humano y en algunos casos de las plantas físicas.

- La gran variabilidad en la situación de gestión y eficiencia de los hospitales, al igual que las condiciones de operación de algunos de ellos, indica la necesidad de diseñar planes de transformación institucional particulares a cada hospital.
- Es necesario continuar con la implementación y aplicación regular por parte de las directivas de las instituciones de mecanismos de monitoreo a la gestión y la eficiencia en la producción como los propuestos en este estudio, que arrojen resultados cuantitativos y objetivos que sirvan de soporte a la toma de las decisiones. Los indicadores propuestos en este estudio podrían constituir la base para la implementación de un sistema de evaluación periódica de la eficiencia y de la gestión de las instituciones del Distrito.

Igualmente, como parte de las recomendaciones específicas que se derivan de este trabajo, está la de adelantar un programa de desarrollo y fortalecimiento de las instituciones hospitalarias públicas del distrito, el cual describe mas adelante.

Hay que recordar que por efecto de la ley 100 de 1993, los hospitales públicos se vieron obligados a iniciar un acelerado proceso de transición organizacional que pretendía como principal objetivo convertir estas organizaciones en entes autónomos que en lo sucesivo deberían competir con otros prestadores por el

favor de los usuarios y así financiar sus presupuestos con la venta de servicios a las entidades a las cuales ellos se encuentren afiliados.

Esto significó una drástica ruptura con el esquema anterior en el que venían operando, en el cual sus presupuestos se financiaban directamente con recursos del estado sin que sus montos tuvieran relación con la cantidad y calidad de servicios prestados, y en donde además las poblaciones que atendían tenían el carácter de cautivas.

El problema actual radica en que aunque fueron definidas las normas que esbozaban los lineamientos para adelantar el proceso de transición institucional en los hospitales públicos, en la práctica no fue diseñado un programa integral y coherente que tratara de abordar todos los aspectos que esto requería, que se limitó a algunos temas como la transformación de subsidios de oferta a demanda y el desarrollo parcial de los mecanismos de facturación de servicios.

Por lo tanto, los retos a los que actualmente se enfrenta el distrito apuntan hacia el desarrollo y fortalecimiento de los hospitales públicos, para lo cual se hace necesario plantear y llevar a cabo un completo proceso de apoyo a su transformación institucional, que permita incorporar de manera eficiente estas organizaciones al nuevo esquema de prestación de servicios definido por la Ley 100 de 1993, el debería contener como mínimo los siguientes elementos:

- **Descentralización y autonomía.** Las instituciones hospitalarias deben reducir substancialmente su dependencia de los entes centrales del sector y responder cada vez mas a las necesidades y requerimientos del nivel territorial, y con ello ir adquiriendo una mayor autonomía en aspectos cruciales de su gestión como lo son el manejo del recurso humano, que es tal vez el principal problema que limita las posibilidades de ser mas ágiles en un medio de competencia. Para mencionar un ejemplo, decisiones como fijación y negociación de las remuneraciones del personal, compra de insumos y construcción, remodelación y dotación de instituciones hospitalarias no deberían seguir siendo manejadas directamente a nivel de las instancias centrales de dirección del sistema.

Mejorar la autonomía y con ello las posibilidades de desempeño en un medio de competencia, va a requerir del estudio y elaboración de propuestas para hacer mas ajustado a las necesidades actuales del sector las normas vigentes sobre contratación y carrera administrativa, las cuales colocan en inferioridad de condiciones a los entes públicos para participar exitosamente en esquemas como el creado por la reforma.

El proceso de creación de ESEs debe pensarse mas en el sentido de fortalecer redes de servicios mas que de fragmentar innecesariamente en miles de instituciones minúsculas, en las cuales no se generan economías de escala ni integraciones verticales como lo viene haciendo el sector privado y como lo demuestra la experiencia internacional. Esto quiere decir que la descentralización

y la autonomía deberían estar limitadas por el tamaño eficiente. La sugerencia es crear ESEs que integren bajo una misma persona jurídica varias entidades de primer nivel en torno a una de segundo o tercer nivel, y no como se viene haciendo al volver en ESEs cada uno de los hospitalitos, centros y puestos de salud.

• **Fortalecimiento de los mecanismos de rendición de cuentas.** En este sentido se deben diseñar programas tendientes a hacer mas clara y transparente la gestión institucional de cara a la comunidad en la cual operan. Para ello es indispensable adelantar acciones tales como:

- El establecimiento claro y preciso de objetivos, metas y plazos para la institución, que deben ser cumplidos por la dirección, que a su vez estén soportados en indicadores cuantificables (hoy esto no existe en las instituciones, aspectos que hoy se limitan a vagas definiciones de que “cumplen una labor social”, però nadie sabe de que magnitud y a que costos).
- El establecimiento de mecanismos claros y efectivos para que las directivas hospitalarias respondan efectivamente por los resultados obtenidos (Buenos y malos. No se puede seguir en la tónica de que si como director hago o no hago nada me pasa).

- El desarrollo y fortalecimiento de los mecanismos de información hacia la comunidad y los usuarios en general, en aspectos como tipo, cantidad y calidad de servicios ofrecidos (el problema del agente y el principal se explica en gran medida por la incapacidad del principal, en este caso la comunidad para tener acceso de manera oportuna y precisa a la información necesaria que le facilite actuar como tal, y a la apatía que le genera el saber que no puede hacer nada a pesar de saber que todo va mal).
- El desarrollo y establecimiento de mecanismos para fortalecer y mejorar la calidad de la participación de la comunidad y las juntas directivas en la gestión de las instituciones hospitalarias. (las tecnocracias tratan de aislar la comunidad por que la consideran ignorante pero pocas veces se hace el esfuerzo para que esta pueda actuar de manera mas inteligente e informada)

Los hospitales que en la actualidad presentan serías dificultades en su gestión deberían firmar convenios de desempeño sobre la base real de compromisos, plazos y responsabilidades en caso de no cumplirlos. El principal problema de los convenios de desempeño que se han utilizado en nuestro medio en el sector salud es el de que “no tienen dientes”, y en ese caso es mejor no hacerlos por que se vuelven una señal de burla y desprestigio.

- **Fortalecimiento de la capacidad administrativa, de dirección y liderazgo.**

Esto implica el establecimiento de medidas como la garantía y el fomento de la estabilidad laboral en los cargos claves de la gestión institucional, el entrenamiento y capacitación permanente en técnicas gerenciales modernas y el dotar a la institución de las herramientas tecnológicas mínimas de equipos y software que le permita adelantar de forma ágil los distintos procesos de manejo administrativo.

- **Establecimiento de programas de ajuste y desarrollo del recurso humano.**

Se deben establecer programas de mejoramiento del clima organizacional, capacitación permanente en áreas técnicas y ajuste de las plantas de personal a las necesidades y dinámica de la demanda de prestación de servicios.

En este sentido se debe pensar en la posibilidad de implantar programas de retiros compensados. Tema difícil y espinoso, pero necesario si se quiere sacar de la crisis a muchas instituciones.

- **Mejoramiento de los sistemas de información.** El sistema de información epidemiológico y de gestión deberá ser mejorado y ajustado para que responda a su vez a las necesidades de la reforma y de las directivas del sector. La información debe ser una herramienta para la toma de las decisiones que a diario tienen lugar en las instituciones, antes que un costoso mecanismo para satisfacer

la curiosidad de algunos tecnócratas.

- **Fortalecimiento y mantenimiento de la infraestructura de prestación de servicios.** En la actualidad existen sitios en los cuales hay serias deficiencias en la infraestructura básica de apoyo y prestación de servicios, las cuales deberán ser evaluadas y corregidas. Esto hay que analizarlo y manejarlo con mucho cuidado. La experiencia demuestra como las buenas intenciones en este sentido terminan totalmente torcidas, construyéndose instalaciones o generándose dotaciones donde no se necesitan.

No debe olvidarse que muchas mas veces resulta mas fácil y barato utilizar lo que ya existe en el medio, así sea de propiedad de particulares, con quienes se podrían hacer alianzas estratégicas.

- **Cambio en los mecanismos de remuneración, asignación de subsidios y presupuestación.** Se deben diseñar mecanismos tendientes a ligar en cierta medida el nivel de remuneración al nivel de resultados, los cuales ya fueron esbozados por la ley 100 del 93. Se podría pensar en anclar mas la remuneración fija del personal para que en unos años la remuneración variable, manejada como un incentivo a la productividad, tenga mas peso sobre la remuneración total.

La asignación de subsidios de oferta, en especial de situado fiscal y rentas

cedidas debe ligarse estrictamente al valor del producto entregado a las poblaciones vinculadas y al nivel de esfuerzo requerido para el sostenimiento de los costos fijos de los servicios esenciales, en especial en las zonas en donde estos son prestados exclusivamente por el sector público. Ligar el situado fiscal al tamaño del producto ayudaría a corregir las inequidades actuales que se observan en los hospitales, y reduciría substancialmente los déficits observados (hay instituciones con superávit mientras que en otras sucede lo contrario).

Igualmente, las limitaciones presupuestales a las que está sometido el sector, obligan a que los subsidios de oferta estén sometidos a techos presupuestales, que deberían ser calculados utilizando mecanismos tales como la presupuestación prospectiva. Esto puede lograrse utilizando lo que hasta hoy se ha hecho para medir la eficiencia, complementado con la evolución anual en el valor del producto como eje de esta propuesta.

- **Buscar alternativas para nuevas formas de administración y gestión hospitalaria.** En aquellos sitios en los cuales definitivamente no se logren resultados en los procesos de transición institucional y mejoramiento de la gestión (a pesar de los convenios de desempeño), se deben explorar alternativas para administrar total o parcialmente los hospitales, entre las cuales se puede considerar la participación del sector solidario, de las ONG y de la misma comunidad organizada. En este sentido es preciso adelantar una exploración de experiencias similares en otros países como es el caso mas reciente de Costa

Rica.

Tema espinoso y difícil, pero lo cierto es que si esto no es una posibilidad real los convenios de desempeño **NO SIRVEN**. (si las amenazas de cerrar una institución por mal desempeño no se cumplen, no se hace nada. Si de verdad se va a cumplir la amenaza es mejor estar preparados para cuando eso sea necesario)

BIBLIOGRAFIA

ALBRECHT, Karl y ZEMKE, Ron. Gerencia del servicio: La Dirección de empresas en una economía donde las relaciones son más importantes que los productos. Santafé de Bogotá: Legis. Serie Empresarial, 1985.

ASHBY, Jhon and ALTMAN, Stuart. The Trend in Hospital Labor Productivity, 1980-1989. En: Inquiry, No.29 (1992); p. 80-91.

BERRY, Leonard. Un Buen Servicio ya no basta: Cuatro principios del servicio excepcional al cliente. Santafé de Bogotá: NORMA, 1996.

BITRAN, Ricardo. Private Sector: Private and Public Differences in Efficiency. Fase 1. s.l. : s.n., s.f.

CHAWLA, Mukesh and BERMAN, Peter. Improving Hospital Performance through Policies to increase Hospital Autonomy: Metodolical guidelines. Boston. Massachussets, 1996. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Departamento de Población y Salud Internacional.

CHAWLA, Mukesh and GOVINDARAJ, Ramesh. Improving Hospital Performance through Policies to increase Hospital Autonomy: Implementation Guidelines. Boston. Massachussets, 1996. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Departamento de Población y Salud Internacional.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Nueva Ley de Seguridad Social y Pensiones: Ley 100 de 1993.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Reforma de Salud en Colombia y Plan Maestro de Implementación. Santafé de Bogotá: El ministerio, 1997.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD y Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. La Reforma de Salud en Colombia y el Plan Maestro de Implementación: Proyecto de la Reforma del Sector Salud en Colombia. Santafé de Bogotá, 1996.

CONTRERAS, Jesús. La gerencia de la Organización: Un camino hacia el logro de la calidad total. Santafé de Bogotá: Norma, 1991.

CROMWELL, Jerry and PUSKIN, Dena. Hospital Productivity and Intensity Trends: 1980-87. En: Inquiry, No. 26 (1989); p. 366-380.

CROMWELL, Jerry and POPE, Gregory. Trends in Hospital Labor and Total Factor Productivity, 1981-86. En: Health Care Financing Review. Vol. 10, No.4 (1989); p.39-50.

DOR, Avi. Non-minimum cost functions and stochastic frontier: On applications to health care providers. En: Journal of Health Economics. No. 13 (1994); p. 329-334.

GRAHAM, Glenn and COWING, Thomas. Hospital Reserve Margins: Structural Determinants and Policy Implications Using Cross-Section Data. En: Southern Economic Journal. Vol. 63, No.3 (jan. 1997); p. 692-709.

HADLEY, Jack and ZUCKERMAN, Stephen. The role of efficiency measurement in hospital rate setting. En: Journal of Health Economics. No. 13 (1994); p. 335-340.

JOHANSEN, Oscar. "Anatomía de la Empresa: Una teoría General de las Organizaciones Sociales". Mexico: Limusa, 1982.

KOOP, Gary; OSIEWALSKI, Jacek and STEEL, Mark. Bayesian Efficiency Analysis Through Individual Effects: Hospital Cost Frontiers. En: Journal of Econometrics. No. 76 (1997); p. 77-105.

LEEVOB, Wendy and ERSOZ, Clara Jean. "Manual de los Administradores de Salud para el Mejoramiento Continuo". American Hospital Publishing, inc. Derechos de publicación del Centro de Gestión Hospitalaria. Santafé de Bogotá. 1993.

LONG Michael; CHESNEY, James and FLEMING, Steven. A Reassessment of Hospital Product and Productivity Changes Over Time. En: Health Care Financing Review. Vol. 11, No.4 (1990); p. 69-77.

NEWHOUSE, Joseph. Frontier estimation: How useful a tool for health economics?. En: Journal of Health Economics. No. 13 (1994); p. 317-322.

SCHUT, Frederik. Health Care Reform in the Netherlands: Balancing Corporatism, Etatism, and Market Mechanisms. En: Journal of Health Politics, Policy and Law. Vol. 20, No. 3 (1995); p. 615-652.

SENGE, Peter. La Quinta Disciplina: El arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje. Management y Contexto. Barcelona: Granica, 1990.

SEXTON, Thomas; SILKMAN, Richard and HOGAN, Andrew. Data Envelopment Analysis: Critique and Extensions. En: Mesuring Efficiency: An Assessment of Data Envelopment Analysis. (1986); p. 73-105.

SEXTON, Thomas. The Methodology of Data Envelopment Analysis. En:
Measuring Efficiency: An Assessment of Data Envelopment Analysis. (1986); p.
7-29.

SKINNER, Jonathan. What do stochastic frontier cost functions tell us about
inefficiency?. En: Journal of Health Economics. Vol. 13 (1994); p. 323-328.

WELLINGTON, Patricia. Cómo brindar un servicio integral al cliente: Estrategias
Kaizen para servicio al cliente. S.l. : Mc Graw Hill, 1997.

ZUCKERMAN, Stephen; HADLEY, Jack and Lisa IEZZONI. Measuring hospital
efficiency. s.l: s.n., s.f.