

Desarrollo institucional del sector salud en Bogotá^{1,2}

Ursula Giedion³

Héctor Raúl López S.³

John Alberto Marulanda R.³

I. Introducción

Este artículo presenta un diagnóstico de la situación actual del sector de la salud en Bogotá enfatizando en las relaciones entre los hospitales públicos y la Secretaría Distrital de la Salud (SDS).

Una vez descrita la situación actual se identifican las inconsistencias y las restricciones institucionales y de economía política que impiden la efectividad de las políticas puestas en marcha⁴ por la Secretaría Distrital de Salud. Para ello se analizan las reglas de juego formales e informales existentes entre los diversos actores que componen

el sector de la salud en Bogotá, así como sus relaciones con otros niveles jerárquicos y territoriales, para luego esbozar algunas alternativas para la política de salud del Distrito en los próximos años.

II. Diagnóstico

A. Déficits hospitalarios a pesar de la abundancia de recursos

Al igual que en el resto del país, el sector de la salud en Bogotá ha contado con recursos crecientes. En efecto (Gráfico 1), mientras que a mediados de la década del noventa el gasto per cápita sec-

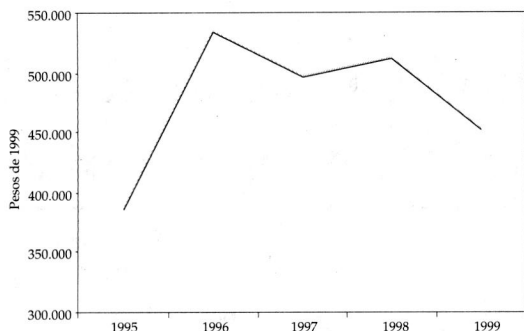
¹ Este artículo es una versión resumida del trabajo adelantado por los mismos autores para la Secretaría de Hacienda del Distrito, Proyecto "Instituciones Capiales, Mejoramiento de la gestión pública para el nuevo milenio", 1999-2000.

² Este estudio ha sido posible gracias a la colaboración del personal de la Secretaría Distrital de Salud (período 1997-2000); en especial del entonces Secretario, Dr. Luis Gonzalo Morales, a los Jefes de Planeación y Desarrollo de Servicios, Doctores Gerardo Burgos, Héctor Mario Restrepo y Maria Paz Azula y por su invaluable ayuda a los Doctores Luis Edgar Ibarra, Fernando Ramírez y Juan Carlos Alandete. Finalmente se agradece a Camilo Zarama por su excelente labor como asistente de investigación de este proyecto.

³ Investigador Asociado de Fedesarrollo y consultores independientes respectivamente.

⁴ Se considerarán como restricciones a la efectividad de las políticas: i) Las inconsistencias del marco institucional; ii) Factores que las desvíen de los objetivos institucionales y operacionales (legal, financiamiento o de capacidad institucional/ funciones); y iii) La falta de coherencia entre objetivos y políticas.

Gráfico 1
GASTO PER CÁPITA EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON NBI BOGOTÁ 1995-1999



Fuente: Secretaría Distrital de Salud, informes financieros 1994-1999.

torial sobre la población con necesidades básicas insatisfechas (NBI) apenas se acercaba a los 400.000 pesos (de 1999), en 1999 se había incrementado en más de 50%. Resulta evidente además la existencia de recursos per cápita superiores al valor de la Unidad de Pago por Capitalización, UPC, que actualmente rige para el régimen contributivo de la seguridad social en salud y que cubre un paquete integral de servicios de salud (\$241.577).

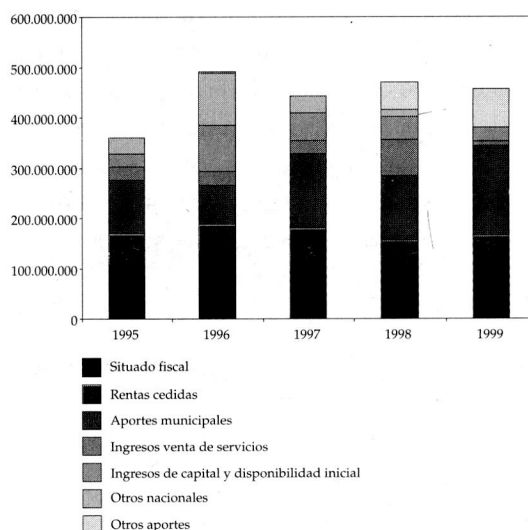
El origen de esta abundancia de recursos, como se puede observar en el Gráfico 2, se encuentra en la potenciación de todas las fuentes de ingresos, y en la inclusión de nuevas fuentes, lo que le ha permitido contar con una alta dinámica económica como sector.

Esta estructura de financiamiento difiere significativamente de la proporción de recursos territoriales para la salud encontrada para las de-

más entidades territoriales, ya que en Bogotá los recursos propios participan en una forma mucho más importante en el financiamiento sectorial que en las demás entidades territoriales⁵. Esta situación le ha otorgado al sector salud de Bogotá altos niveles de autonomía financiera. Tanto así que no es raro escuchar en el Ministerio de Salud que "con el Distrito no se mete nadie" y que son autónomos "hasta para cometer errores".

Por otro lado, se observan fuertes incrementos en los gastos de sus hospitales públicos denominados Empresas Sociales del Estado, ESE, en la medida en que son entidades autónomas "de jure". El Gráfico 3 muestra la gran participación y el rápido crecimiento de los gastos de fun-

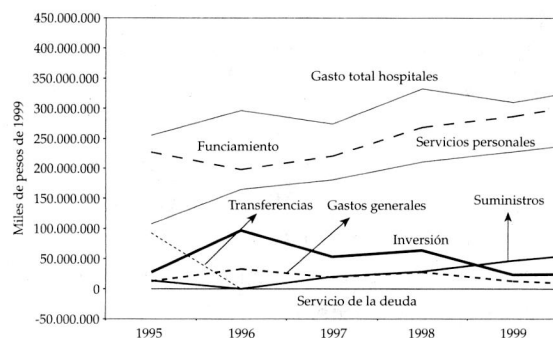
Gráfico 2
PRINCIPALES FUENTES DE INGRESO DEL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD



Fuente: Secretaría Distrital de Salud, el Sector Salud en Bogotá en cifras, 1998.

⁵ Véase al respecto el estudio integral para ejemplos comparativos.

Gráfico 3
GASTOS DE LAS ESE DEL DISTRITO CAPITAL
1995-1999



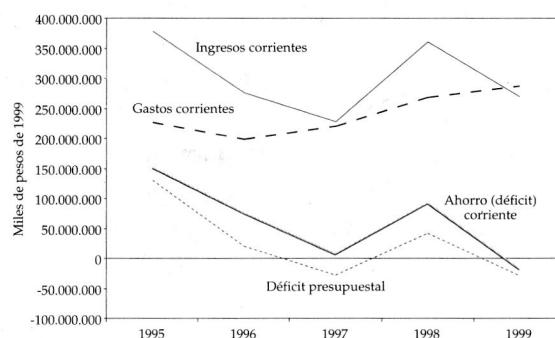
Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Informes Financieros 1994-1999.

cionamiento, los cuales se encuentran explicados por los servicios personales. En tanto, la inversión se ve cada año más reducida y los suministros compiten claramente con los demás gastos generales hospitalarios. El crecimiento del gasto total ha sido mayor que el crecimiento de los suministros, afectando la calidad en la prestación de los servicios.

Esta evolución se refleja a su vez en los resultados financieros de los hospitales, que han sido negativos en los años 1997 y 1999. Para estos años, el ahorro operacional es casi inexistente, y es evidente el peso del déficit presupuestal (Gráfico 4). El estado de resultados muestra pérdidas desde 1998 (Gráfico 5). En este momento los recursos existentes no son suficientes para cubrir los costos actuales de la prestación de servicios.

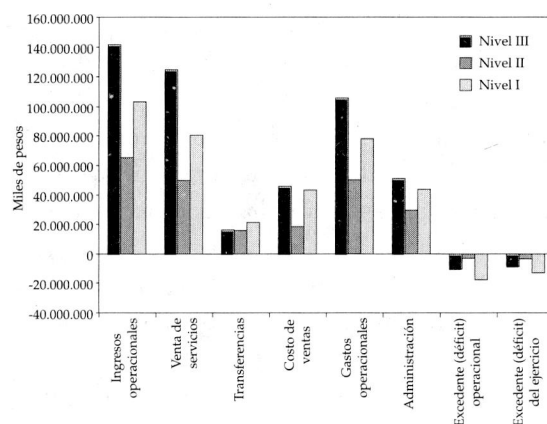
Por tanto, el Distrito tiene en sus hospitales públicos una estructura financiera frágil, y en proceso de transición. Mientras que por el lado de los ingresos no es clara la sustitución de recursos de oferta por la venta de servicios, en el

Gráfico 4
AHORRO Y SUPERÁVIT (DÉFICIT) DE LOS
HOSPITALES DISTRITALES (precios de 1999)



Fuente: Cálculos propios.

Gráfico 5
HOSPITALES DEL DISTRITO CAPITAL
ESTADO DE RESULTADOS POR NIVELES 1999*



* El valor de venta de servicios incluye en este gráfico la venta de servicios no sólo a terceros (como en el resto del presente informe), sino también aquella realizada a la SDS, debido al manejo de la contabilidad en el Distrito.

Fuente: Cálculos propios.

gasto es evidente el peso y dinámica de los gastos de personal, lo que muestra la insostenibilidad financiera de la situación actual a muy corto plazo.

B. Aislamiento del mercado

A pesar del crecimiento del conjunto de ingresos, la venta de servicios de salud a aseguradoras y particulares como ingreso para el Fondo Distrital de Salud aparece bastante alejada de la prioridad que le supone la ley 100 de 1993 como fuente de recursos para los hospitales públicos. No se ha observado una inserción de los hospitales públicos dentro del mercado de la salud vía la captación de mayores recursos a través de aseguradores. A pesar que una creciente porción de los ingresos proviene de la "presentación de facturas", se puede observar que la mayoría de estos ingresos por venta de servicios proviene de la misma Secretaría Distrital de Salud, ya que aún en 1999, tan sólo 11% de los ingresos provenían de la contratación de servicios con Administradoras del Régimen Subsidiado de Salud, ARS, y las Empresas Promotoras de Salud, EPS⁶, y el resto de los ingresos provenía de la SDS sea bajo la figura de venta de servicios, o sea, bajo la figura de subsidios de oferta directamente girados a los hospitales. Lo anterior significa que estas instituciones son aún altamente dependientes de los recursos de la Secretaría de Salud, y su participación en los recursos distritales destinados al régimen subsidiado son apenas marginales. Como resultado, existe un fuerte aislamiento de estos hospitales con respecto al mercado de la salud.

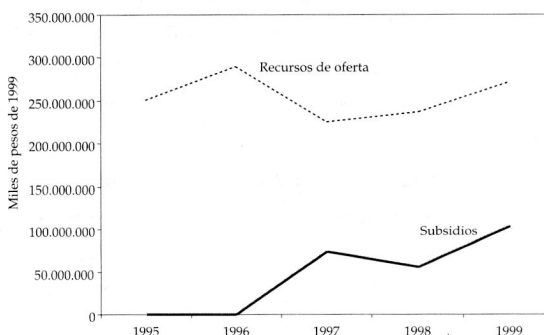
C. Baja cobertura de aseguramiento, para los recursos existentes

La evolución reciente de los recursos sectoriales en el Distrito muestra que a pesar del fuerte in-

cremento del aseguramiento, y en medio de un proceso de transformación de la financiación de la oferta hospitalaria hacia un sistema de venta de servicios de los hospitales a las empresas aseguradoras, los recursos a la oferta, específicamente dirigidos a los hospitales públicos, han seguido creciendo en proporciones importantes (Gráfico 6). En efecto, a pesar que el Distrito cumplió con la normatividad existente al transformar parte del situado fiscal y de las rentas cedidas, no se ha logrado cambiar la estructura de financiación de los hospitales, e incluso, se ha permitido el crecimiento total de los recursos de oferta, desaprovechando el alto potencial de aseguramiento con que cuenta el Distrito. Esta situación es más grave aún a la luz de la disminución de la población a atender con recursos de oferta debido al proceso de afiliación al régimen subsidiado.

En el Distrito existen los recursos suficientes para cubrir al 100% de la población pobre mediante el aseguramiento al régimen subsidiado

Gráfico 6
DISTRITO CAPITAL. SUBSIDIOS VS. RECURSOS
DE OFERTA PARA HOSPITALES



Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Informes Financieros 1994-1999.

⁶ Las ARS son las entidades que aseguran la población pobre al régimen subsidiado de salud y las EPS son las entidades aseguradoras al régimen contributivo de salud. Algunas EPS son, a su vez, ARS.

de salud, ya que los recursos per cápita existentes (según población NBI) son muy superiores al valor de la Unidad de Pago por Capitación, UPC, del régimen contributivo. Esto indica que hoy es posible extender la cobertura en aseguramiento no sólo a la población más pobre, sino a gran parte de la población no asegurada que se encuentra en los niveles III y IV del Sisben y que no tiene la capacidad de pago suficiente para ser elegible en el régimen contributivo. Estas cifras indican la necesidad de que el Distrito empiece a mirar con mayor detenimiento la posibilidad de aumentar drásticamente las coberturas en aseguramiento de su población pobre.

D. Imposibilidad de sobrevivir en un medio de competencia a pesar de los cambios en los mecanismos de asignación

En este momento existen dos formas básicas de asignación de los recursos de la SDS a los hospitales públicos (subsidiados a la oferta): los contratos de compraventa de servicios, o "mecanismos de pago a proveedores", y los convenios de desempeño. Mientras que los primeros remuneran a los hospitales de acuerdo con lo realmente producido, los segundos cubren la diferencia entre el valor total de los contratos de compraventa de servicios y el gasto proyectado de cada hospital público. En el año 2000, sólo 60% de los ingresos de los hospitales eran "justificados" mediante presentación de facturas a la SDS o a terceros. El resto se entregaba contra firma de unos convenios de gestión para cubrir la

brecha entre nivel de gasto y valor de la producción actual. Lo que esto significa es que los hospitales, debido a la fuerte presión ejercida por el gasto histórico, no tendrían en este momento ninguna posibilidad de supervivencia dentro de un sistema competitivo.

E. Reducción de la población objetivo

La SDS y los hospitales del Distrito han considerado que su mercado es la población vinculada (población pobre no asegurada), la cual se ha reducido sensiblemente en los últimos años debido a la afiliación de la misma al régimen subsidiado de la seguridad social en salud⁷. La reducción de la población vinculada acompañada del aumento de recursos de oferta para el mismo período lleva a una pérdida de eficiencia de los hospitales y, por ende, de la asignación sectorial de los recursos.

III. Restricciones institucionales para mejorar la gestión

En este capítulo se busca entender cómo las reglas de juego macroinstitucionales, y los incentivos derivados de éstas, determinan el funcionamiento ineficiente de los hospitales públicos en Bogotá.

A. Continuidad de incentivos al financiamiento del gasto histórico hospitalario

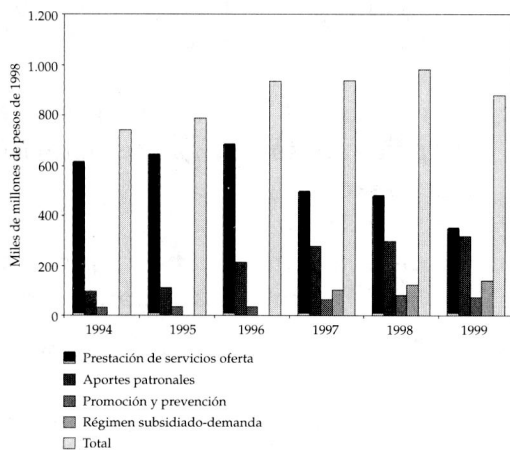
El situado fiscal se ha constituido en la principal fuente de financiamiento de la educación básica

⁷ Mientras que antes de la reforma el sector público financiaba con sus recursos de oferta a toda la población pobre del Distrito hoy gran parte de ésta ya se encuentra afiliada al régimen subsidiado que le cubre más de 50% del paquete completo de beneficios.

y de los servicios básicos de salud desde la década del sesenta. Sin embargo, este recurso, así como la mayor parte de los recursos que financian la oferta, siguen asignándose a las entidades territoriales de acuerdo al gasto histórico y sin exigencias de resultados. Ello genera incentivos a la pereza fiscal (no se incentivó la búsqueda de recursos propios), un débil control del gasto y, consecuentemente, ineficiencias en los prestadores. Igualmente, es de anotar que la distribución de los recursos se intermedia muchas veces por los beneficiarios, sin respetar estrictamente la ley. Las presiones fiscales del gasto para la prestación de los servicios sin incentivos para la obtención de ingresos hacen que los déficits se conviertan en importantes criterios de asignación.

Como se puede observar en el Gráfico 7, los gastos históricos como criterio de asignación de transferencias territoriales y, en especial, del situado fiscal siguen siendo preponderantes, ya

Gráfico 7
COLOMBIA. SITUADO FISCAL 1994-1999,
SEGÚN OBJETO DEL GASTO



Fuente: Ministerio de Salud, informes financieros 1994-1999.

que hoy de 100 pesos que se asignan a la financiación de la oferta, cerca de la mitad se van a financiar las prestaciones laborales, volumen casi igual al destinado a la prestación de servicios. La entrega de estos recursos está garantizada por la ley 60 de 1993 y se encuentra totalmente desvinculada de una rendición de cuentas acerca de la cantidad y calidad de los servicios. Por tanto, el factor determinante de las transferencias sigue siendo el volumen de gasto para el nivel de prestación existente hasta 1993, generando incentivos claros a la no reducción del gasto, ni a la búsqueda de la eficiencia.

Así las cosas, no existe rendición de cuentas entre la Nación y el Distrito, ni entre éste y sus hospitales. Se tendría que buscar no sólo impulsar la rendición de cuentas de la SDS frente a sus hospitales, sino también entre la Nación y el Distrito y la SDS, con el fin de lograr una mejor alineación entre los incentivos existentes. Esta situación no induce acciones con respecto a la autosostenibilidad hospitalaria ni a la inmersión en el mercado, pues el predominio del gasto histórico y su garantía tácita permiten confiar en la existencia de recursos para sostener las cargas previamente existentes. Este diseño va en contravía de la búsqueda de eficiencia en los hospitales públicos estipulada por la ley 100 de 1993 dificultándose, aún más, la transición del sector público hacia un nuevo esquema de competencia regulada.

B. Predominio de mecanismos formales de vigilancia y control en los hospitales y escasa rendición de cuentas

¿Qué se debería controlar en los hospitales públicos y quién debería efectuar este cambio? Acer-

camientos a esta pregunta dependen muchísimo del esquema de organización del cual se parte. Así, el control posible en un esquema centralizado como el que prevaleció en el Distrito hasta convertirse los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado, ESE, en 1997 estaba por fuera de los hospitales públicos, al no existir incentivos claros para que las instituciones mismas asumieran esta función. Para muchos de los elementos observables como desviaciones de objetivos, inadecuada utilización de recursos, ineficiencia, entre otros, se responsabilizaba únicamente a la Secretaría Distrital de Salud.

La debilidad del control es considerada por muchos como uno de los más graves problemas existentes en la actualidad (Granados y Gómez, 1999) para la implantación de la reforma propuesta por la ley 100 de 1993 teniendo en cuenta que el papel del control estatal en la modulación del sistema es determinante para complementar el mercado en salud. En el sector salud colombiano esta situación tiene, en gran medida, un origen macroinstitucional. La existencia de un alto número de instituciones de control y de instituciones judiciales de orden nacional, costosas y con bajos resultado en materia de control, ha generado la sensación de impunidad con respecto a las conductas dolosas existentes en el manejo de los recursos y a la violación de muchos de los derechos de los ciudadanos en todos los órdenes. Así por ejemplo, en Bogotá cerca de 8% del presupuesto del Distrito se está utilizando para financiar las diversas entidades de control y vigilancia. Adicionalmente, es notoria la gran cantidad de informes y evaluaciones a los que se ven sometidos permanentemente los hospitales. De acuerdo con la evidencia anecdótica provista por varios hospitales, éstos llenan en promedio entre 10 y 15 formatos mensualmente para darle

respuesta a las solicitudes de información de las numerosas instancias de control y vigilancia, sin que por ello se observe un mayor control al uso de los recursos, ni un incremento en la rendición de cuentas de la administración.

Así mismo, y como consecuencia de la reforma, los hospitales públicos han incluido en su estructura de funcionamiento oficinas como la de quejas, de control interno etc., como organismos pensados para contribuir al control y a la vigilancia de las instituciones, pero basadas en normas de cumplimiento formal, siendo muchas de ellas condición *sine qua non* para la constitución de las ESE.

A pesar de esta importante estructura física y normativa de control, de acuerdo con una encuesta adelantada recientemente en todos los hospitales públicos del Distrito (Giedion, Acosta y Morales, 2000), el personal de los hospitales públicos considera que los mecanismos de control no funcionan. Así por ejemplo, 60% del personal sí percibe la existencia de mecanismos para controlar el robo en los hospitales públicos pero, cuando en la misma encuesta se indaga por las razones que facilitan la presencia de estos distintos tipos de conductas irregulares, se responde que la razón fundamental es la deficiencia de los mecanismos de vigilancia y control y, en menor medida, la tolerancia del sector público (Cuadro 1). Ello hace pensar que si bien existen los mecanismos para llevar a cabo la vigilancia y control en los hospitales públicos, éstos en realidad son puramente formales.

Finalmente, los pasos necesarios para sancionar a un gerente de un hospital público son altamente complejos y engorrosos, con altas probabilidades de exoneración, dentro de procesos

Cuadro 1
PERCEPCIÓN DE LOS FUNCIONARIOS DE LOS
HOSPITALES PÚBLICOS DE BOGOTÁ SOBRE
CAUSAS DE CONDUCTAS IRREGULARES

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

Fuente: Giedion, Acosta y Morales, 2000.

de responsabilidad fiscal y disciplinaria que toman entre uno y dos años, pudiendo concluir hasta dos o cuatro años después de los hechos, cuando la persona ya ha dejado de ser funcionario y existe una enorme dificultad para encontrarla.

La situación descrita anteriormente muestra que la solución para mejorar la vigilancia y el control en los hospitales públicos no debería utilizar como herramienta el establecimiento de nuevas normas u organismos de control, sino un cambio en el enfoque de estas funciones, e incorporar algunos principios básicos que se desprenden de la teoría "*principal/agente*", como lo es la necesidad de reducir asimetrías de información, alinear los intereses entre "*el principal*" y "*el agente*", e incrementar la rendición de cuentas.

A pesar de que en Colombia el desarrollo de mecanismos de mercado y de control social es altamente limitado e incipiente, el sector de la salud ha sido pionero en este sentido, por lo menos en el diseño teórico derivado de la ley 100 de 1993, al introducir mecanismos de venta de ser-

vicios que, entre otros, permiten condicionar la entrega de los recursos financieros a los prestadores de servicios, según la cantidad y calidad de los servicios producidos y la apropiación social de la dirección de las Instituciones al crear la figura de la junta directiva de las ESE con participación de intereses diversos, y con funciones de seguimiento, vigilancia y control.

En lo que resta de esta sección nos dedicaremos a discutir la figura de la junta directiva y su potencial para asumir una función real para asegurar la transparencia en los procesos y exigir la rendición de cuentas frente al desempeño del hospital, principalmente en términos financieros y de la cantidad y calidad de los servicios provistos.

El decreto 1.896 de 1994 creó las juntas directivas de las ESE con dos representantes de cada uno de los siguientes grupos: usuarios, sociedad científica, administración (alcaldía y SDS) y comunidad. Esta configuración busca, en teoría, recrear los diferentes "*principales*" que rodean el hospital y darles la potestad para exigirle al mismo rendición de cuentas acerca de su funcionamiento.

La importancia de este tipo de mecanismos ha sido demostrada en otros escenarios. Así por ejemplo, en un estudio reciente sobre la educación pública en Brasil se demostró que este tipo de juntas contribuía significativamente al logro escolar (Savedoff, editor, 1998). Sin embargo, en una evaluación hecha en los hospitales públicos del Distrito en 1998, un año después de constituirse las primeras juntas directivas en los hospitales públicos, se encontró que estas habían asumido un papel netamente protocolario y, en muchos casos, las reuniones generaban poca

discusión y diferencias de opinión y "que la conducta es de consenso y aprobación unánime de las decisiones"⁸. Así mismo, antes del año 2000 eran prácticamente inexistentes los casos donde la junta directiva encontraba serias fallas en el funcionamiento de un hospital.

A pesar de esta evidencia se puede observar un desarrollo institucional de estos órganos, como se desprende no sólo del contenido recientemente estudiado en forma aleatoria, de las actas de muchas de las juntas directivas, sino también

del hecho que, en varias instancias, éstas llevaron a la renuncia del gerente. Este desarrollo se logró en el Distrito, principalmente por la asunción efectiva por la SDS del papel de defensor del equilibrio financiero de sus hospitales y del mejoramiento de la calidad en el servicio prestado.

Este interés puede plasmarse de forma real sólo si los representantes de la administración en la Juntas Directivas están en capacidad de evaluar realmente al hospital en términos de su desempeño. Para ello se requiere de unos perfiles

Transparencia y rendición de cuentas: una anécdota acerca de la experiencia de una junta directiva de un hospital público del Distrito

En 1998 los delegados de la administración estaban compuestos en el hospital "X" por un profesional delegado de la Secretaría Distrital de la Salud, cuya profesión poco tenía que ver con el análisis financiero de los hospitales, y por el gerente del hospital "Y", delegado de la alcaldía, en cuya propia junta se encontraba el gerente del hospital "X". Con esta conformación y, dada la gran complejidad que conlleva el análisis financiero de un hospital público, la junta no tenía incentivos para realizar pronunciamientos muy críticos acerca del desempeño financiero en el hospital "X". Unos años más tarde se designaron como representantes de la administración a dos profesionales altamente calificados en el análisis financiero a nivel distrital, quienes detectaron problemas importantes en el manejo financiero de la institución. Así por ejemplo, se encontró que el recaudo por venta de servicios fue muy inferior al que había sido presupuestado. Este y otros resultados fueron consignados en las actas de la junta directiva, lo que contribuyó a la renuncia del gerente del hospital "X".

Esta anécdota es importante en la medida que muestra:

- ❑ *El potencial de entidades de vigilancia y control descentralizadas que representan los intereses de los "principales" directamente involucrados.*
- ❑ *Que la administración distrital puede asumir un papel de liderazgo en las juntas directivas, tanto más teniendo en cuenta que es el principal financiador de los hospitales públicos y tiene 25% del poder de voto en ésta.*
- ❑ *Que los resultados dependen en gran medida de la manera como la SDS cambia su papel como "principal" en las juntas directivas de sus hospitales. Si la Secretaría diferencia a su interior claramente el papel de dirección del de prestación y si, adicionalmente cuenta con decisión política para asumir el primer papel, puede darse la rendición de cuentas. En caso contrario, la Secretaría opera como otro capturador de rentas, y pueden formarse alianzas de intereses entre la junta y el gerente, convirtiendo a la junta en una instancia de papel, sin contribución a la rendición de cuentas. Este último punto es importante en la medida que muestra la fragilidad de estas instancias frente a las interferencias políticas, y finalmente;*
- ❑ *Que el problema de los mecanismos de control no es la figura jurídica en sí, sino la forma de uso del "espacio de decisión" concedido por el mecanismo.*

⁸ Entrevistas adelantadas por Mario García y Alvaro Muriel para Giedion, Acosta y Morales, 2000.

profesionales y de experiencia muy específicos. De lo contrario, los delegados de la administración no saben cómo exigir la rendición de cuentas. La experiencia evidenciada indica que es posible lograr la evolución institucional de una figura de puro papel hacia un mecanismo de rendición de cuentas real.

C. Inflexibilidad de las normas laborales

El sector de la salud se caracteriza, en términos de prestación de servicios, por su sujeción a fuertes estacionalidades en la demanda derivadas de factores naturales (épocas de alta o baja incidencia de ciertas enfermedades) o sociales (épocas festivas, o de incremento de delitos y conflictos que inducen alta o baja incidencia de accidentes, lesiones, etc.). En un esquema como el planteado por la ley 100 de 1993, el factor de mercado se convierte en el principal regulador de la demanda por recurso humano. Por ello, es altamente variable la intensidad en el uso de la mano de obra, lo que incide en forma determinante en los costos (pues se trata del insumo que más peso tiene en éstos). Esto hace que para el sector hospitalario la flexibilidad laboral resulte de una importancia determinante en la competitividad.

En el sector salud del Distrito tal flexibilidad no existe. El régimen laboral al que se encuentran sujetos los trabajadores, así como los costos laborales asociados con este tipo de relación labo-

ral, tienen una muy alta incidencia en la productividad, en la competitividad y en la eficiencia de las IPS públicas, que de acuerdo con la Ley 100 de 1993 deben estar inmersas en el mercado de la salud.

En el Distrito laboran 7.525 trabajadores en los hospitales, más 439 en la Secretaría de Salud, 10,7% del total distrital (Acosta, 2000). De los primeros, 4.191 se encuentran inscritos en "carrera administrativa", es decir, 1.257 en provisionalidad y 1.307 son trabajadores oficiales. De los funcionarios de la Secretaría, 384 son de carrera, y 43 se encuentran en provisionalidad. Lo que se puede desprender de las anteriores cifras es que la "carrera administrativa", seguramente la más inflexible de las mencionadas anteriormente, es la forma dominante de contratación en los hospitales públicos a pesar de que éstos se encuentran inscritos en un esquema de competencia como el planteado por la ley 100 de 1993. El régimen de carrera administrativa aplicable se encuentra regulado por normas nacionales⁹. En este contexto, el Distrito tiene una capacidad de decisión y modificación prácticamente nula para flexibilizar el ingreso y retiro de empleados (con excepción del establecimiento del tamaño de la planta de personal), para establecer las condiciones de la relación laboral y para flexibilizar la remuneración de acuerdo con la productividad, lo que limita severamente las posibilidades de competitividad en el mercado de la salud y, por ende, la inserción de los hospitales en tal mercado.

⁹ Ley 443 de 1998, la que a su vez asume normas de la ley 27 de 1992, del decreto ley 2400 de 1968, el decreto 1950 de 1975, decreto 694 de 1975, y la ley 61 de 1987. La clasificación de los empleos en el sector salud se encuentra en la ley 61 de 1987, el ingreso extraordinario en carrera se regula por el artículo 27 de la ley 10 de 1990 y por el decreto 1334 de 1990, las clases de concursos se encuentran en el artículo 28 de la ley 10 de 1990. El régimen disciplinario se encuentra en la ley 200 de 1994.

Con respecto a los costos, los factores salariales correspondientes al empleo público (primas especiales, bonificaciones, entre otros) generan mayores cargas a las administraciones. Estas características cuentan en el Distrito Capital con un factor adicional que incrementa el costo del personal: existe una convención colectiva de trabajo, que cubre tanto a trabajadores oficiales como a empleados públicos, por la vía de un convenio suscrito con la Administración Distrital, y que contempla regímenes salariales extralegales para todo el conjunto de trabajadores del Distrito.

De acuerdo con cálculos hechos por los autores, el factor salarial de los trabajadores de la salud fue 1,9 en 1997, lo que muestra que las prestaciones legales y extralegales prácticamente duplican el sueldo básico de los trabajadores¹⁰.

Así, la institucionalidad laboral condiciona fuertemente la inflexibilidad existente en el sector de la salud, como un factor restrictivo a la competitividad y a la eficiencia, especialmente de las IPS públicas. Su resultado es una muy baja capacidad para convertir costos fijos en costos variables, la presencia de fuertes presiones para sostener los presupuestos históricos sin tener en cuenta resultados, y presiones para presupuestar privilegiando el gasto y no la productividad real.

En vista de lo anterior queda claro que el actual esquema laboral afecta severamente los objetivos de la reforma del sector de la salud, en términos de competitividad y eficiencia, constituyéndose en un aliciente a la segmentación de lo público con respecto al resto del sistema.

D. Descentralización incompleta de las E.S.E

El esquema descentralizador vigente ha permitido que efectivamente en Bogotá se asuman responsabilidades sectoriales en forma prácticamente plena y con alta autonomía, derivadas de la autonomía financiera ya expuesta en el presente estudio. Sin embargo, en términos de la descentralización institucional de los hospitales del Distrito, el proceso ha sido incompleto.

Se consideraba que después de un proceso de transformación los hospitales públicos dependerían en primer lugar de la celebración de contratos de venta de servicios a terceros (ARS, EPS) y sólo marginalmente de la Secretaría Distrital de Salud. La separación de funciones ha sido sólo incipiente como se desprende, entre otros, de la gran dependencia financiera que sigue existiendo entre los hospitales públicos y la SDS, así como de las importantes adiciones presupuestales que estos logran cuando generan déficits.

Además los hospitales se ven sometidos a muchas fuerzas de poder, "*principales*", cuyos objetivos muchas veces son contradictorios y no necesariamente apuntan hacia el cumplimiento del convenio. Así por ejemplo, puede ser adecuado desde el punto de vista del "*principal*" financiador (SDS), buscar la reducción de la contratación de personal mediante contratos por prestación de servicios para reducir el gasto, pero esta medida es poco atractiva para el personal y para las fuerzas políticas. Al contrario, éstas podrían beneficiarse dando instrucciones al gerente para maximizar el nivel de empleo (Shleifer y

¹⁰ Véase el estudio completo para una explicación detallada de los componentes de este factor salarial.

Vishny, 1994). Así, desde el principio, la existencia de múltiples "*principales*" dificulta el logro de ciertas metas. Del equilibrio entre las fuerzas, y del tipo de metas dependerá en parte el cumplimiento de los objetivos.

La situación descrita anteriormente, característica de la relación entre gobierno y empresas estatales en la mayoría de los casos (Shirley, 1997), reduce fuertemente el incentivo de cumplir cualquier contrato formal o informal.

IV. Evaluación de las políticas actuales

Teniendo en cuenta las limitaciones derivadas del marco macroinstitucional discutidas en los anteriores apartes, el Distrito ha sido cauteloso en la profundización de algunas medidas de reforma. Sin embargo, buscando alternativas para alcanzar los objetivos de la misma, introdujo recientemente una serie de medidas cuyo denominador común es la "búsqueda de una prestación más eficiente de los servicios de salud con miras a facilitar la inserción del sector hospitalario público dentro del nuevo esquema de seguridad social en salud aprobado mediante la ley 100 de 1993 (Secretaría Distrital de Salud, 1999)". En el presente capítulo se analizan algunas de estas medidas.

A. Políticas de relaciones contractuales: mecanismos de pago y convenios de desempeño

Antes de la ley 100 de 1993 el sector salud del Distrito Capital hacía parte del Sistema Nacional de Salud cuyas características eran las de una administración central que planificaba la provisión de los servicios, asignaba los recursos, distribuía los insumos y establecía directrices sobre la manera de proveer esos servicios.

Hacia 1995 se inició en el Distrito un proceso de descentralización y conformación de las instituciones prestadoras como Empresas Sociales del Estado, ESE, 32 en total. Estas cuentan con autonomía técnica, administrativa y financiera, adscritas a la SDS. Durante este período se inyectó una gran cantidad de recursos, se ampliaron las coberturas y el número de actividades en salud y se cambiaron también las relaciones institucionales, las cuales pasaron de ser jerárquicas a desconcentrarse y descentralizarse. La SDS conservó su rol de financiador y de regulador pero, además, adquirió el de comprador de servicios del sistema público.

A pesar de los cambios y los avances persisten serios problemas ya mencionados, los cuales han llevado a cuestionar, además de las relaciones de oferta y demanda del sector, la supervivencia de sus entidades públicas a corto y mediano plazo. Como afirman los estudios para fusiones de la SDS, en este momento no hay instituciones que sean objeto de la estrategia de fusión, que tengan punto de equilibrio, lo que significa que ninguna de ellas es capaz de autosostenerse y ser solvente financieramente en el actual escenario, ya que todas estas instituciones necesitan de recursos adicionales por transferencias del ente territorial para poder asumir sus gastos, y no podrán en el mediano y en el largo plazo soportar los crecientes costos que acarrearán.

Dada esta situación la SDS busca no sólo el redimensionamiento a través de una política de reestructuración y de fusiones; sino, también replantea la forma cómo éstas interactúan a través de la introducción de una serie de relaciones contractuales explícitas (contratos de prestación de servicios, convenios de desempeño etc.).

Antes de la introducción de la ley 100 de 1993, los flujos de dinero e información entre la SDS y los hospitales estaban dominados por el gasto histórico de las instituciones hospitalarias. Los recursos se asignaban en función de éste, sin que hubiera rendición de cuentas acerca de la cantidad y calidad de los servicios prestados. Posteriormente empezó a utilizarse la facturación como instrumento para exigir la rendición de cuentas. Sin embargo, siguió siendo el gasto el principal determinante de los flujos de dinero e información entre la SDS y los hospitales, ya que cualquier diferencia entre el gasto y el valor de la facturación es asumida por la SDS. Esta situación se dificultó con la constitución de los hospitales públicos en ESE, que fue asumida como una "autonomía para gastar".

En la política actual se han multiplicado las relaciones contractuales de la SDS y los hospitales y de éstos entre sí, con el fin de aumentar la rendición de cuentas y mejorar los flujos de información, dinero y pacientes entre los hospitales. Entre las herramientas contractuales más importantes se encuentran el nuevo mecanismo de pago y los convenios de desempeño que constituyen en la actualidad las dos formas básicas de asignación de recursos de la SDS a los hospitales públicos.

B. Mecanismos de pago a los hospitales públicos: fortalecer la función de compra

Los esquemas de asignación de recursos a los proveedores de servicios de salud constituyen un conjunto de reglas que determinan, en gran

medida, la relación entre la Secretaría de Salud y el conjunto de hospitales y de los hospitales públicos entre sí. Son especialmente importantes para la eficiencia del sistema, porque "la dimensión más importante de un sistema de salud es el mecanismo de asignación de los recursos financieros a los prestadores" (BID, 1996), y "porque las decisiones de gasto y nivel de producción, en última instancia, dependen de los profesionales sanitarios y ocurre que las fórmulas de pago y los incentivos que generan son capaces de influir a este nivel descentralizado" (Álvarez *et. al.*, 1998).

1. Los mecanismos de pago utilizados en el Distrito

Desde que se aprobó la ley 100 en 1993, el Distrito (SDS) ha ensayado tres mecanismos de pago diferentes: el presupuesto histórico, que funcionó como único mecanismo de asignación hasta 1997 y que sigue siendo el mecanismo preponderante en el resto del país¹¹, la facturación por servicio prestado, que operó entre 1997 y 1999, y finalmente el así llamado "pago global prospectivo por producto final prestado", que está operando desde comienzos del año 2000.

Sin embargo, se muestra que existe un marco macroinstitucional que limita fuertemente la posibilidad de utilizar los sistemas de pago, cualesquiera que ellos sean, como una herramienta para mejorar la eficiencia de los prestadores públicos y, por otro lado, indica que el sector público ha acumulado una experiencia que lo ha llevado a diseñar, a través de un método de "ensayo

¹¹ Este sigue siendo el mecanismo de pago preponderante en América Latina, en especial dentro del sector público (véase PAHO, 1998).

y error", mecanismos que responden cada vez en mayor medida a dos objetivos centrales del sector: controlar el gasto y crear incentivos para mejorar la eficiencia.

a. Hasta 1997: presupuesto histórico

Los recursos de la Secretaría Distrital de Salud se asignaban a los hospitales públicos hasta 1997 de acuerdo con el gasto observado en la vigencia anterior, aumentado en factores como la inflación o la nivelación salarial del personal médico, paramédico y administrativo. Este mecanismo perseguía, ante todo, garantizar el acceso de la población a los servicios de salud a través del financiamiento de la capacidad instalada de los hospitales públicos. Esta, a su vez, respondía a cálculos teóricos acerca de la necesidad de atención y no a la demanda efectiva de la población del área de influencia. Con esta forma de pago no se estableció ningún vínculo entre el resultado (la producción) y los recursos asignados, por lo que es considerada como una causa importante de la ineficiencia encontrada en los hospitales públicos. Así mismo, los hospitales públicos operaban hasta 1997 como entes totalmente dependientes de la Secretaría Distrital de Salud: decisiones tan importantes como la contratación de personal, la celebración de contratos de compraventa de servicios con el sector privado o la adquisición de insumos médico quirúrgicos, tenían que hacerse con el concurso de la Secretaría Distrital de la Salud. La gran mayoría del personal estaba contratado mediante salario fijo, que no establecía ningún vínculo entre desempeño y nivel de remuneración.

Así las cosas, ni el hospital en sí, ni el personal tenían incentivo alguno para mejorar los niveles de eficiencia. Por el contrario, las tradicionales

adiciones presupuestales a mitad de año se convertían en un poderoso incentivo para maximizar el gasto y presentar altos niveles de déficit para así poder acceder a los recursos adicionales (*soft budgeting*), aunque tampoco podían manejar los excedentes generados por ellos: estos se convertían automáticamente en reducciones presupuestales en las vigencias posteriores. Esta última característica, que hace referencia al manejo del "*residual claimant*" dentro del sector hospitalario público, explica las ineficiencias generadas por este mecanismo de pago. Es interesante notar en este contexto que el incentivo puro de un presupuesto global fijo sería el de reducir el costo por unidad de servicio. Sin embargo, el entorno institucional (*soft budgeting/residual claimant*) cambia totalmente el incentivo.

Finalmente es de anotar que esta forma de asignación de los recursos generaba problemas cada vez más grandes en términos de la eficiencia asignativa del sector: se seguía financiando una oferta distribuida de acuerdo con lo que décadas atrás representaba las necesidades de la población (la ubicación de la infraestructura genera una inercia en la asignación del gasto), sin que se tuviera en cuenta que la demanda de la población se había trasladado de los sectores centro/centro oriente hacia el sur y que además una parte importante de esta población ya se encontraba cubierta dentro del marco del régimen subsidiado. Una sobrefinanciación en unos sectores geográficos y una subfinanciación en otros fue la consecuencia de un sistema que utilizaba la capacidad instalada como criterio de asignación de los recursos.

b. Facturación: 1997-1999

El anterior sistema entró en franca contradicción con la ley 100, que establecía como uno de sus

elementos centrales el financiamiento de la salud de los pobres vía subsidios a la demanda, y la consecuente financiación de los hospitales públicos a través de la competencia por consecución de contratos de prestación de servicios con los sectores público y privado. Hubo un cambio claro en la percepción acerca del financiamiento de los hospitales: ya no se trataba de garantizar la oferta financiando su gasto, sino que éstos subsistirían en la medida en que lograran financiarse a través de la celebración de contratos de compraventa de servicios tanto con el Estado como con las ARS y EPS. Dentro de este marco, la SDS decidió en 1997 asignar sus recursos de oferta en función de los servicios facturados, para sustituir así paulatinamente la presupuestación histórica por las transferencias: los hospitales presentarían a la SDS facturas para todos los servicios provistos a la población vinculada, sin que existiera un techo por hospital. Existía así un incentivo a maximizar la cantidad de los servicios prestados, ya que cada servicio adicional, independientemente de su utilidad para el paciente o consideraciones de costo-efectividad, conllevaba ingresos adicionales. Las relaciones contractuales establecidas con EPS y ARS seguirían por los mecanismos de pago establecidos en cada caso, según reglas de mercado.

Desde 1997 los hospitales empezaron a operar como entidades con personería jurídica propia y con autonomía para contratar servicios, personal e insumos médico quirúrgicos. Como respuesta al nuevo mecanismo de pago y gracias a la autonomía concedida a ellos mediante la figura jurídica de "ESE", muchos hospitales empezaron a involucrar personal adicional mediante contratos de prestación de servicios. Sin embargo, al igual que en el anterior sistema, la autonomía no existía a la hora de asumir los crecientes défi-

cits de las instituciones hospitalarias: el "*residual claimant*" seguía siendo el Gobierno Nacional y parte de los recursos se seguían asignando como transferencias directas para cubrir la diferencia entre el valor facturado y el gasto de las instituciones.

En 1999 el Distrito (el Fondo Distrital de Salud) se veía frente a un déficit importante (cerca de 60 mil millones de pesos) debido a que por un lado se habían reducido los recursos disponibles y que, por otro, varios hospitales habían aprendido a facturar y absorbido de esta manera una porción creciente de los recursos del Fondo Distrital de Salud, y se seguía financiando la oferta. El manejo combinado de un pago por servicios con una asignación básica por oferta se volvió insostenible y agravó el problema financiero sectorial.

c. Mecanismo de pago fijo global prospectivo: 1999 en adelante

La situación descrita llevó a las autoridades distritales sectoriales a sustituir el pago por servicio con un mecanismo de presupuestación prospectiva llamado "Sistema de Pago Fijo Global Prospectivo por Paciente Atendido" (SDS, 1999). Como se va a mostrar, al igual que bajo el mecanismo anterior, la diferencia entre el gasto y el valor de la producción es asumida por la Secretaría Distrital de Salud bajo la modalidad de unos contratos de gestión para asegurar el financiamiento de la capacidad instalada.

El establecimiento de techos presupuestales por hospital y el cálculo y desembolso de los recursos conforme el hospital presta un conjunto de servicios acordados previamente, son las características más importantes de este nuevo me-

canismo. Los techos buscan controlar el gasto y así reducir el riesgo de nuevos desequilibrios financieros. Los incentivos generados con los presupuestos prospectivos dependen de la forma de calcularlos y desembolsarlos. Los presupuestos de ingresos son calculados con base en la producción esperada y se complementan con los ingresos derivados de unos contratos de gestión si los primeros no permiten cubrir el gasto.

El presupuesto se desembolsa a medida que el hospital demuestra la prestación de los servicios de salud previamente acordados. Existen muchas formas diferentes de pagar el producto (paquetes, "*fee for service*", por caso, etc.). La SDS decidió privilegiar como unidad de pago el "paquete de servicios", que es una modalidad del pago por caso. Así por ejemplo, paga una suma fija por "parto normal" y ya no paga separadamente todas las actividades asociadas a este (intervención quirúrgica, medicamentos, servicios hospitalarios, exámenes diagnósticos etc.), como era el caso bajo el sistema de facturación. En la práctica la SDS está aplicando en realidad una mezcla de unidades de pago: mientras que algunos servicios se pagan como servicios intermedios (por ejemplo el TAC), otros se pagan por día, por egreso o por paquetes. Ello genera una mezcla de incentivos e impacta de manera distinta la cantidad y calidad del servicio prestado así como la selección de riesgos.

Esta nueva forma de presupuestación es mucho más complicada que la presupuestación histórica o una presupuestación basada en indicadores sencillos como tasas de ocupación, número de egresos o similares, e implica por lo tanto unos costos administrativos y unas capacidades mayores (véase Barnum, 1995). Se requieren, además, procesos transparentes y firmes para revisar y

ajustar los presupuestos globales. En la medida en que sigue siendo relativamente fácil exceder los niveles de gasto inicialmente acordados y acceder a recursos directos para cubrirlos "*soft budgeting*" no se logrará, por razones obvias, controlar el gasto.

Así mismo, es de anotar que las asimetrías de información son hoy más importantes de lo que eran con el mecanismo de facturación o el presupuesto histórico. En efecto, mientras que la facturación era un poderoso mecanismo para generar información acerca de lo que producían los hospitales (cada actividad era remunerada), con la agregación de los servicios en paquetes los hospitales ya no tienen incentivos para proveer información detallada acerca de cuántas actividades realizan. Esto va a dificultar sustancialmente la supervisión del contrato y es posible que el Distrito esté comprando productos diferentes a los que realmente está proveyendo el hospital (la evidencia anecdótica apunta en este sentido). Así por ejemplo, el Distrito compra "egresos" que deberían incluir supuestamente todas las actividades intermedias desde consultas intrahospitalarias hasta exámenes diagnósticos y servicios hospitalarios, pero los hospitales tienen un incentivo a "ahorrar" servicios intermedios y el Distrito ya no cuenta con la información detallada sistemática para evaluar lo que está comprando en realidad. No es de sorprenderse entonces que el Distrito esté licitando en este momento una consultoría que debe reevaluar las unidades de pago establecidas para el pago a los hospitales.

Finalmente, el nuevo mecanismo de pago busca (al igual que el anterior), asignar los recursos sectoriales de acuerdo al volumen de los servicios prestados para lograr así una distribución más eficiente de los recursos y generar incentivos

en los hospitales para mejorar sus niveles de eficiencia. Sin embargo, cuando la reducción de los ingresos por incumplimiento del contrato de compraventa de servicios pone en riesgo a la institución (no se logra cubrir el gasto), la SDS transfiere el faltante vía "convenio de desempeño" para así poder garantizar, en primera instancia, la financiación del personal de nómina. Lo anterior limita fuertemente el incentivo de este mecanismo de pago.

d. Convenios de desempeño: la generación de información para rendir cuentas

Bajo el actual mecanismo de pago, casi la totalidad de los hospitales pertenecientes a la red distrital pública estarían llamados a desaparecer si tuvieran que competir abiertamente con el sector privado. Esto se debe a que su nivel de producción no se compadece con su nivel de gasto, debido en gran parte a un manejo ineficiente de los recursos, que se traduce en una dependencia total de la SDS y por ende una participación incipiente dentro del mercado creado por la ley 100 de 1993. Dada la inflexibilidad del gasto asociado a la nómina y debido a la importancia que tiene éste en el presupuesto (aproximadamente 80%) la SDS decidió desembolsar la diferencia entre el valor de la producción y el gasto contra firma y cumplimiento de unos convenios de desempeño. La SDS negoció con los hospitales unas metas de gestión en aspectos como la producción, el gasto en contratistas, el manejo de la cartera y la consecución de ingresos de terceros entre otros. En caso de incumplimiento del convenio, la SDS tiene la potestad formal de aplicar sanciones a la IPS y al gerente. Se espera que el monto de recursos asignados mediante convenios de desempeño se reducirá a medida que estos se cumplan.

La suscripción de convenios de desempeño entre el gobierno y las empresas estatales (en nuestro caso los hospitales públicos) no es nueva en Colombia ni a nivel internacional. Los convenios permiten establecer metas que tengan en cuenta las restricciones que enfrentan las empresas. Así por ejemplo, si bien la capacidad del gerente de reducir el personal de planta es limitada, un convenio de desempeño puede buscar el aumento de productividad dentro de estas inflexibilidades en el manejo de personal. Los convenios permiten "introducir mayor racionalidad en los ajustes o correcciones fiscales", reducir "el alto costo político que pagan los gobiernos cuando la opinión pública percibe poca eficiencia y eficacia en los programas públicos" y responde también a "la mayor demanda de transparencia y de responsabilidad por parte de sociedad más democráticas" (Wiesner, 2000). Como veremos más adelante, la potencialidad real de los convenios de desempeño para los hospitales reside esencialmente en constituir una herramienta en manos de la SDS y de las juntas directivas, para la evaluación de los hospitales públicos en esta primera fase que está adelantando la Secretaría Distrital de Salud.

Con el fin de evaluar los convenios de desempeño en términos de su potencial para introducir cambios reales en la gestión de los hospitales públicos, identificaremos factores de orden macro y microinstitucional que limitan las posibilidades de éxito de estos contratos.

e. Factores macroinstitucionales o relacionados con el entorno

La discusión acerca de la "descentralización incompleta" permite entender los factores macroinstitucionales que limitan la aplicación de con-

venios de desempeño en el sector público. Las características de la relación entre gobierno y empresas estatales ahí descritas reducen fuertemente el incentivo a cumplir. En estas situaciones es fundamental aumentar la credibilidad de la SDS frente a los hospitales públicos. La credibilidad del gobierno en su determinación de aplicar los convenios aumenta cuando se cuenta con una entidad externa que evalúa y hace cumplir los términos del contrato¹². Igualmente importante resulta mantener los términos del contrato y dar señales de disposición a asumir altos costos políticos en la toma de decisiones.

La experiencia de la Secretaría al respecto es heterogénea. Por un lado el "*enforcement*" ha sido débil ya que a la fecha no se ha sancionado ningún gerente y no se ha causado ninguna multa a pesar de que en muchos casos se han incumplido los convenios.

Además se están renegociando (ablandando) las metas estipuladas en los convenios lo que sería otro factor que limitaría su potencial. Esta situación es particularmente grave dado que se trata de un "juego" repetido y que los hospitales no han visto en este sentido una voluntad firme del gobierno de aplicar los convenios. Ello significa la conformación de incentivos de bajo poder.

Sin embargo, las juntas directivas de los hospitales han asumido una función de "*third party enforcement*" en muchas instancias. En efecto, han sido ya varios los casos donde la junta evaluó el desempeño en términos del cumplimiento

de los convenios de gestión y donde el no cumplimiento ha llevado a una sanción social. En un caso la sanción social provino del sindicato. Igualmente, la negociación y aprobación de las fusiones de los hospitales, que significó en esta primera fase una reducción en las plantas de cerca de 30% en los hospitales implicados, ha sido una señal de que el gobierno está dispuesto a asumir el costo político de reducir el personal.

f. Factores microinstitucionales

A continuación analizaremos aquellos factores asociados al proceso de diseño, negociación y evaluación de los contratos de gestión propiamente dichos. Muchos de los factores de éxito que identificaremos a continuación están directamente asociados a las asimetrías de información que existen entre el "*principal*", o sea, la SDS y el "*agente*", es decir, el hospital.

El éxito del contrato dependerá en parte de la forma como el convenio trata de superar estas asimetrías. Cuando la información es un problema y además los incentivos no parecen fuertes, no habría que esperar un cumplimiento de las metas. Las asimetrías de información aumentarán y limitarán el cumplimiento de los convenios cuando la información es poco confiable, los indicadores terminan siendo poco precisos y no cuantificables. Igualmente, el problema de las asimetrías de información será más grave cuando en el proceso de negociación y evaluación de los convenios el "*principal*" (SDS) se encuentre en desventaja en términos de su capacidad técnica.

¹² Shirley incluye el "*third party enforcement*" como uno de los principales factores para aumentar el potencial de los Convenios de Desempeño (Shirley 1997).

En cuanto a la confiabilidad de la información pueden existir muchos problemas. Es frecuente observar que información básica (por ejemplo número de partos normales) solicitada a los hospitales varía sustancialmente de acuerdo con el solicitante y el momento en que se solicita. Igualmente pueden observarse manipulaciones en la información. Así por ejemplo, parece que un hospital incluyó dentro de su cartera vencida facturas que ya habían sido canceladas, con lo cual la mejora presentada en este indicador no fue resultado de una mejor gestión sino de la eliminación de las facturas vencidas en el período de comparación.

En cuanto a la precisión de los indicadores es de anotar que la Secretaría Distrital ha venido perfeccionando los instrumentos, pero siguen existiendo márgenes de interpretación que dificultan el cumplimiento de las metas. Así por ejemplo, es poco preciso el indicador relacionado con la implantación de los sistemas de información, donde se estipula como indicador el siguiente: número de módulos de sistema de información operando completamente / total módulos.

Así mismo, no siempre queda claro que el gerente tiene la capacidad de influir en el logro de la meta. La casi totalidad de las obligaciones a las que se comprometen las ESE no tienen un responsable directo a quien se pueda pedir cuentas, lo que causa una confusión sobre quién cumple y quién responde por las obligaciones. Esto tiene una repercusión directa sobre la estructura de incentivos, ya que si no son claros los "derechos de propiedad" (obligaciones y derechos), la estructura de incentivos no se puede aplicar.

Es interesante notar al respecto que el gerente de un hospital del Distrito ha empezado a sus-

cribir convenios de desempeño con sus directores médicos para poder lograr cumplir realmente las metas de producción. Este tipo de "cadenas" de convenios interrelacionados deben estimularse, especialmente cuando el cumplimiento de las metas depende en gran medida del personal con cierta autonomía (personal asistencial).

En cuanto a la capacidad técnica del personal de la SDS asignado a la negociación, monitoreo y evaluación de los convenios de desempeño puede ser un problema cuando la negociación se hace entre mandos altos de los hospitales y mandos medios de la Secretaría. A pesar de que la SDS ha asignado personal calificado al diseño, negociación y monitoreo de los contratos, vale la pena anotar que es poco numeroso y debe cumplir otra gran cantidad de funciones. Igualmente no solo será importante asignar más personal y suficientemente capacitado a esta tarea sino mantener su estabilidad. Una alta rotación entre el personal dedicado a los convenios de desempeño aumenta las asimetrías de información.

g. La política de fusiones: repensar el tamaño del sector público hospitalario

1. Descripción de la política

La política de fusiones tiene por objeto "racionalizar y optimizar los recursos de los hospitales, haciendo énfasis en la simplificación y solidez de las estructuras administrativas de las ESE" (Secretaría Distrital de Salud, 1999a) y ajustar su tamaño "a la demanda real de servicios". Igualmente resulta importante la implementación de una política implícita de reducción de personal, lo que envía señales poderosas al entorno en términos de la voluntad de la SDS de asumir un

costo político alto. Estas señales pueden constituirse en elementos importantes para aumentar la credibilidad de la SDS frente a los hospitales públicos y mejorar los incentivos para cumplir las relaciones contractuales.

De acuerdo con cálculos preliminares de la SDS, el ahorro anual por reducción del personal administrativo como consecuencia de las fusiones supera los 25 mil millones de pesos. Esta cifra es baja a la luz del tamaño del gasto hospitalario total (cerca de 10%), pero alta a la luz del hecho que en las entidades fusionadas el personal total se reduce aproximadamente 30%¹³.

La determinación de fusionar hospitales y la decisión de cuáles fusionar respondió a los siguientes criterios:

- Que tuvieran estructuras administrativas muy pesadas (por ejemplo, un gasto administrativo igual o superior al de prestación de servicios).
- Que fueran de nivel 1 y 2 de complejidad. Ello respondió a diagnósticos anteriores de la SDS que indicaban que los niveles 2 eran, en términos reales, de baja complejidad. Así, la fusión contribuye a eliminar un nivel de complejidad considerado como ficticio.
- Que tuvieran grandes dificultades de sostenibilidad en términos de la brecha entre el valor de su producción y su gasto; y, finalmente,
- Que los hospitales a fusionar se encontraran en una misma zona de influencia.

Para decidir acerca del tamaño de la reducción de personal como consecuencia de la fusión se negoció, en primer lugar, con el Concejo Distrital afectar únicamente el personal administrativo. Los diagnósticos de la SDS mostraban que el gasto excesivo en las ESE se explicaba en gran medida por las pesadas estructuras administrativas. Se reunió, en segundo lugar, un grupo de expertos para diseñar una estructura administrativa que respondiera a criterios modernos de gestión. Así se buscó aplanar la estructura organizacional al eliminar la mayoría de los niveles jerárquicos existentes anteriormente.

2. *Experiencia de fusiones en salud*¹⁴

La fusión es una asociación con el objetivo de ampliar los medios de producción, de financiación o de distribución y lograr mayores economías de escala y alcance. Las fusiones pueden ser por absorción o por creación; en el caso de la SDS su proceso es similar a este último, pues dos o más empresas se disuelven traspasando sus activos a una nueva sociedad. De acuerdo con la literatura internacional las fusiones se dan ante todo en:

- Sectores maduros donde se requiere diferenciación en costos y es indispensable obtener economías de escala para obtener el tamaño óptimo (por ejemplo firmas farmacéuticas,

¹³ Estas son cifras preliminares ya que las fusiones están en proceso.

¹⁴ Goldberg, 1999; Wicks, 1998.

para bajar los altos costos de innovación e investigación),

- Sectores de incertidumbre (por ejemplo aseguradoras) y de gran presión competitiva, con el fin de diluir el riesgo y de aumentar la capacidad competitiva. Bogotá puede asemejarse a este segundo caso, ya que los hospitales públicos no podrían competir dentro del nuevo sistema de seguridad social en salud, a no ser que se replantee su estructura.

En cuanto a las causas que han llevado al fracaso de las fusiones hospitalarias en otras latitudes, se han encontrado las siguientes, que serán de gran importancia a la hora de perfeccionar el proceso:

- Problemas de rigidez estructural asociados al crecimiento del tamaño de la nueva empresa. El aumento del tamaño de la empresa fusionada conlleva mayores rigideces, lo que implica mayores exigencias gerenciales para la coordinación y control al interior de las instituciones fusionadas. El proceso de la fusión requiere combinar y coordinar áreas de mercado, portafolios y clientes diferentes.
- Problemas de integración. La fusión necesariamente implica integrar culturas organizacionales distintas. Esto conlleva una redefinición de funciones y "áreas de poder". La experiencia muestra que ello puede llevar a dificultades cuando las nuevas funciones no quedan claramente especificadas y cuando se tratan de combinar "áreas de poder" con funciones similares.
- Ausencia de incentivos claros para las partes involucradas. Este punto puede convertirse en un importante obstáculo en el caso de la

SDS, ya que hasta la fecha la razón de la fusión entre los hospitales distritales se limita al reconocimiento mutuo de la necesidad de reducir el gasto administrativo.

- Asimetrías de información entre los hospitales a fusionar en términos de portafolio, capacidad de producción y cultura organizativa. Por ejemplo, pueden existir diferencias en el manejo informal de los horarios médicos entre dos hospitales. El desconocimiento previo a la fusión de esta situación conllevará a unos conflictos cuya resolución implicará un mayor consumo de recursos.

3. Evaluación

Las fusiones se encuentran actualmente en implementación y en el proceso de reducir las plantas de personal administrativo. Las ESE fusionadas están, igualmente, empezando a buscar la reorganización del personal asistencial, no como decisión de la SDS sino de las juntas directivas, para adecuarse a la demanda observada. Ello implica una mejoría en los niveles de eficiencia de las instituciones por reducción del gasto. Resulta quizás más importante aún el simple hecho de que hay reconocimiento social y político explícito de que la supervivencia del sector público dentro del nuevo esquema planteado por la ley 100 de 1993, está sujeto a un replanteamiento de fondo de los niveles de gasto alcanzados, y de su adecuación a la producción real de servicios.

Una consecuencia indirecta pero fundamental del proceso es el hecho de que la SDS asumió el costo político que supone una fusión. Una reorganización de esta índole necesariamente toca los intereses del personal y de los organismos sindicales y políticos que la defienden. Al plantear e implementar la fusión, la SDS ganó

credibilidad frente a los hospitales públicos. Shirley (1997) considera que dar *politically costly signals* es una herramienta poderosa para aumentar las posibilidades de cumplimiento de convenios de desempeño. Esto aplica no sólo para convenios de desempeño, sino para cualquier relación contractual entre los hospitales públicos y la SDS.

Por otro lado, hay que tener presente que las fusiones son procesos muy exigentes en términos de la coordinación y combinación de entidades que funcionaban aisladamente. Así las cosas, es necesario apoyar los procesos de aprendizaje en este ámbito en los hospitales públicos y la SDS. Es importante estar consciente que la fusión no se da por "decreto" y que será un proceso largo y complejo, por lo que la continuidad en esta política se convierte en una condicionante de su éxito o fracaso futuro. También es importante indicar que el proceso de fusión no implica mayor flexibilidad en el manejo del recurso humano y afecta solamente el tamaño. Se ha dicho anteriormente que este punto será fundamental en el futuro si realmente se quiere lograr la inserción de los hospitales públicos en el nuevo esquema.

Persisten, sin embargo, elementos estructurales que dieron origen a las fusiones como la rigidez laboral y la ausencia de mecanismos claros que incentiven la eficiencia o hagan explícito un entorno de competencia. Si no se toman medidas al respecto, es probable que las ganancias de las fusiones se pierdan a mediano plazo. Así mismo, hay que anotar que es importante profundizar la política de reestructuración, ya que el ahorro esperado (10%) no se compadece con las brechas existentes entre nivel de la producción y gasto (aproximadamente de 40%). La continuidad en esta política se convierte así en una condición *sine que non* para potenciar las

posibilidades de supervivencia de los hospitales públicos en el futuro, fusionados o no.

V. Conclusiones

De una manera general, y teniendo en cuenta tanto el diagnóstico establecido como las perspectivas existentes, se podrían obtener las siguientes conclusiones:

- Bogotá es la única entidad territorial que ha tratado de revertir la tendencia de una crisis financiera creciente en sus hospitales con un paquete integral de políticas que incluye no sólo un redimensionamiento de sus instituciones, sino también un cambio en la estructura de incentivos de éstos de prestar eficientemente los servicios de salud.
- Bogotá ha hecho grandes avances en el diseño institucional del sector de la salud y se constituye así en una de las pocas entidades territoriales que está buscando mejorar las posibilidades de supervivencia de la red pública bajo el nuevo esquema de organización planteado por la reforma implantada por la ley 100 de 1993.
- El fortalecimiento de las juntas directivas, así como una separación más clara entre la función de financiación (SDS) y de prestación de servicios (hospitales públicos) a través de la construcción y consolidación de un gran número de relaciones contractuales se constituyen posiblemente en los dos aportes más importantes de la última administración para el sector de la salud, no sólo de Bogotá sino de todo el país.
- Ha sido igualmente importante el avance de la Secretaría Distrital de Salud en términos de la credibilidad de las políticas frente a los hospitales públicos. En este sentido, la determinación

del Distrito de avanzar en las fusiones, que implica necesariamente un ajuste en el tamaño de las instituciones públicas, envía señales poderosas al entorno en términos de la voluntad de la SDS de asumir un costo político alto. Estas señales claras pueden constituirse en elementos importantes para mejorar los incentivos de cumplir las relaciones contractuales.

- ❑ No es suficiente introducir herramientas técnicas que contengan incentivos tendientes a mejorar la eficiencia de las instituciones públicas. El entorno institucional determina, en gran medida, la eficacia de estas herramientas. La ausencia de la flexibilidad laboral, así como la descentralización incompleta, diluyen fuertemente los incentivos creados por herramientas como los mecanismos de pago o los convenios de desempeño.
- ❑ Bogotá es una de las pocas entidades territoriales del país que tiene las posibilidades financieras para una cobertura universal y de alto nivel de prestación de servicios
- ❑ Lo anterior está contrapuesto a grandes problemas de eficiencia y de sostenibilidad financiera de los hospitales públicos, por lo que es necesario empezar a separar el análisis del destino de los hospitales públicos (mantener los recursos de oferta) con respecto a los derechos y preferencias de los ciudadanos (transformar los recursos de oferta actuales en afiliaciones y derechos de las personas).
- ❑ De la consolidación de la separación de funciones de financiación y prestación dependerá, en gran medida, el éxito de la política de salud del sector público en el futuro.

Bibliografía

- Acosta, Olga Lucía (1997), "Los Convenios de Desempeño", Hacia una Gestión Pública Orientada a Resultados: Sinergia, DNP: 1996. en WIESNER. Eduardo. La Efectividad de las Políticas Públicas en Colombia: Un análisis Neoinstitucional. Tercer Mundo Editores-DNP. pag. 240
- Acosta, Olga Lucía, Fainboim, Israel, Gutiérrez, Catalina, Zuluaga, Blanca Cecilia (1999), Relaciones fiscales entre el Distrito Especial de Bogotá y la Nación. Revista *Coyuntura Social* No. 20, Fedesarrollo, mayo.
- Acosta, Olga Lucía (2000), Capital humano y servicio civil. Proyecto Instituciones capitales. Bogotá, mimeo.
- Álvarez, B.; Lobo, F.; Pellisé, L. (1998), Sistemas de Pago a Proveedores de Servicios Sanitarios en Países Latinoamericanos y de la OCDE, PAHO.
- Barnum, H.; Kutzin, Jet alia (1995), Incentives and Provider Payment Methods, Human Resources Development and Operations Policy (HRO), HRO Working Papers, Number 51, March.
- BID (1996), Progreso Económico y Social en América Latina, capítulo 3, enfoques sobre la organización de los servicios de salud y educación, Informe.
- Bueno, E.; Morcillo, P. (1994), "fundamentos de economía y organización industrial"; McGraw Hill, Madrid.
- Caja Costarricense de Seguro Social (1997), Proyecto de Modernización.: Compromisos de gestión. área Hospitalaria, 1996. El Compromiso de gestión: Teoría y Evidencia.: gestión, Vol. 5. Numero extraordinario Págs. 25-29. San Jose de Costa Rica, Costa Rica.
- Concierto de Servicios Sanitarios (1997), Gobierno Vasco.: Departamento de Sanidad. Dirección de Aseguramiento y Contratación Sanitaria.
- Cuervo, J. I. (1994), "Gestión de Hospitales"; Vicens Vives; Barcelona.
- División de Finanzas Territoriales, Unidad de Desarrollo Territorial, DNP(1993), Financiamiento del Desarrollo Regional: Situación Actual y Perspectivas. Revista Planeación y Desarrollo, Volumen XXIV, No. 1, abril, Bogotá, D.C.
- Emanuela di Gropello y Rossella Cominetti (1998), La Descentralización de la Educación y la Salud: Un Análisis Comparativo de a Experiencia Latinoamericana. Cepal agosto, Santiago de Chile, Chile.
- Federal Acquisition Regulation, EEUU en: www.arnet.gov/far
- Fiedler, J. (1996), The privatization of health care in three Latin American social security systems, *Health Policy and Planning*, 11(4), 406-418
- ____ Schmidt, R. Wight, B. (1998), Public hospital resource allocation in El Salvador: accounting for the case mix of patients, *Health Policy and Planning*; 13(3): 296-310.
- Giedion, U. López, A. (1996), Recomendaciones respecto a la revisión de las tarifas SOAT, Grupo de Apoyo a la Reforma - Universidad de Harvard, mayo, Ministerio de Salud, mimeo.
- ____ Acosta, O. Morales, L. (2000), Efectos de la reforma en salud sobre las conductas irregulares en los hospitales públicos. el caso de Bogotá, Colombia. Secretaría Distrital de Salud, Bogotá, septiembre.
- ____ Morales LGM. (1999), Medición de la eficiencia económica y de gestión en los hospitales públicos del Distrito Capital, Secretaría Distrital de Salud, Bogotá, diciembre.
- Giuste, D. Crie, I. B. Bethune, Xavier (1997), Public versus private health care delivery: beyond the slogans, *Health Policy and Planning*, 12(3), 193-199
- Goldberg, L.G. (1999), "Health care consolidation and the changing health care marketplace"; Ebri brief number 214; octubre.
- Granados, Toraño y Gómez, María C. La Reforma de los Sistemas de Salud en Chile y Colombia: Resultados y Balance. CEPAL.
- Gutiérrez et Wüllner, Molina, Giedion (1995), Las formas de contratación entre prestadores y administradores de salud. Fundación Corona, Fedesarrollo, Bogotá.
- Harding A, Preker A., (1998), Innovations in Health Care Delivery, Reform Within the Public Sector, Background and Conceptual Framework, draft presented at the WB course Organizational Reforms in Health Services: Lessons Learned from the Corporatization of Hospitals, Nov. 12-14, 1998.
- Leape, L. (1998), Unnecessary surgery, *Health Service Research* 24(3): 351-407.
- Londoño, Juan Luis; Frenk, Julio (1997), Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington.

- López, Casasnovas (1998), La contractació de serveis sanitaris. Generalitat de Catalunya.
- Martín, J. (1994), Incentivos e Instituciones Sanitarias Públicas; Junta de Andalucía, Consejería de Salud; Granada.
- Martínez, J. Martineau, Human resources in health care reforms: a review of current issues, *Health Policy and Planning*, 13(4):345-358, Oxford University Press
- Ménard, Claude (1997), Economía de las Organizaciones; Grupo Editorial Norma; Bogotá.
- Mills, A. (1990), The economics of hospitals in developing countries. Part I and II, *Health Policy and Planning*, 5(2), 1990:107-118 and 5(3), 1990: 203-219
- (1998), To contract or not to contract? Issues for low and middle income countries, *Health Policy and Planning*, 13(1): 32-40., Oxford University Press
- Misión siglo XXI, Capítulo 3 Reorganización del Sistema Distrital de Seguridad Social en Salud
- North, D. C. (1994), Instituciones, Ideología y Cambio Económico; Fondo de Cultura Económica; México
- Ortún, V (1991): La Economía en Sanidad y Medicina; Escola Universitària de Treball Social; Barcelona.
- PAHO (Pan American Health Organization), 1998, Final Report, Regional forum on Provider Payment Mechanisms.
- Pérez Calle, Francisco (1999), La autofinanciación de los hospitales. *Revista Via Salud*, No. 7, primer trimestre Centro de Gestión Hospitalaria. Bogotá.
- Revista Via Salud*, Estadísticas del Sector. *Revista de 1999*
- Sanders, D.; Kravitz, J.; Lewin, S.; Mc Kee, M. Zimbabwe's hospital referral system: does it work, *Health Policy and Planning*; 13(4):359-370
- Savedoff, W.D (Editor), 1998, Organization matters, agency problems in health and education in Latin America, IDB, Washington, Latin American Research Network.
- Secretaría Distrital de Salud (1998), Análisis del sector salud en el Distrito Capital 1990 - 1998. Bogotá. Pgs 115 a 128
- Secretaría Distrital de la Salud (1999a), Hacia la Eficiencia Social en la Inversión de Recursos, La Gestión Transparente y la Rendición de Cuentas en su Manejo en el Sistema Público de Salud de Bogotá, mimeo, Bogotá.
- Secretaría Distrital de Salud (1999b), Propuesta de mecanismo de pago a los hospitales públicos adscritos a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá: Sistema de pago fijo global prospectivo por paciente atendido, mimeo, Bogotá, septiembre
- Shirley, Xiu, (1997), Information, Incentives and Commitment: An Empirical analysis of Contracts between Government and State Enterprises. Download at Bibec.
- Superintendencia Nacional de Salud. Circulares Externas 21 y 22 de 1996.
- Vivian, Ho.; Barton, H.; Hamilton b Hospital mergers and acquisitions: does market consolidation harm patients? *Journal of Health Economics* 19 2000 767-791
- Wicks E K; Assessing the early impact of hospital mergers; Economic and social research institute; Jn/98
- Wiesner Durán, Eduardo (1997), La Efectividad de las Políticas Públicas en Colombia. un Análisis Neoinstitucional. Bogotá, Tercer Mundo Editores, Departamento Nacional de Planeación.
- Wiesner (2000), Función de Evaluación de planes, programas, estrategias y proyectos, CEPAL, Serie Gestión Pública No. 4.
- Williamsom, Oliver E. (1990), "La naturaleza de la empresa; orígenes, evolución y desarrollo"; Fondo de cultura económica; México
- www.doh.gov.uk/tables98/trudata.htm (tablas que muestran el desempeño comparativo de los hospitales públicos en Inglaterra).
- Zuckerman, H., Hospital Alliances: cooperative strategy; *Health care management review*; 15, No 2 (1990).