

# Efectos de la reforma en salud sobre las conductas irregulares en los hospitales públicos: el caso de Bogotá

---

Ursula Giedion<sup>1</sup>  
Luis Gonzalo Morales F.<sup>1</sup>  
Olga Lucía Acosta N.<sup>1</sup>

## I. Introducción

En distintas encuestas internacionales, Colombia ha sido señalado como un país afectado severamente por el problema de la corrupción. Reflejo de esta situación es el resultado de una encuesta realizada a principios de la década del noventa, donde 62% de los colombianos considera que la "corrupción está generalizada o muy generalizada" y 32% de los ciudadanos "confiesa haber incurrido en prácticas corruptas alguna vez en su vida" (Vesga et al, 1992).

En cuanto al sector de la salud, algunos afirman que la corrupción es hoy el principal problema del sistema de seguridad social en salud en el país (Thoene, 1999).

No obstante, las evidencias que se tienen de corrupción en el sector de la salud son limita-

das, y hasta la fecha no se conoce un análisis sistemático del fenómeno. Los únicos datos disponibles parten de los archivos pertenecientes a la Contraloría General de la República y de la Superintendencia de Salud, que muestran como en esta área se padecen todas las formas de corrupción como son, entre otras, las diferentes modalidades de robo y fraude, la surgida a partir de los trámites con el Estado, aquella derivada de la compra de bienes y servicios, y la generada en los procesos licitatorios para la adquisición de éstos y, más recientemente, todas aquellas relacionadas con el flujo de los recursos públicos hacia las aseguradoras privadas.

La ciudad capital de Colombia, Bogotá, nos brinda un escenario sin par para evaluar el impacto de algunas innovaciones institucionales en las conductas irregulares en el sector hospitalario público.

---

<sup>1</sup> Investigadora Asociada de Fedesarrollo, Ex-secretario de Salud del Distrito e Investigadora y Editora de la Revista Coyuntura Social de Fedesarrollo. Para la realización de este estudio se contó con el apoyo de la Secretaria de Salud de Bogotá y de los hospitales del Distrito que nos brindaron su apoyo. Resaltamos el aporte de los asistentes de investigación Tatiana Apraéz, Mario García, Lorena Hernández y Alvaro Muriel. Los autores quieren agradecer a Bill Savedoff, Martha Misas, Fabio Sánchez, Hugo Oliveros, Jairo Núñez, Juan Gonzalo Zapata y César Caballero por sus valiosos comentarios. El apoyo de Giovanni Cortés fue definitivo en el trabajo estadístico y econométrico. Finalmente hay que destacar la labor de Carlos García en el procesamiento y construcción de las bases de datos.

Al tiempo que Bogotá es la ciudad dónde se percibe el mayor impacto de la reforma, se registra una gran diferencia entre los hospitales, de acuerdo con el grado de implementación de las innovaciones institucionales. Estas diferencias en el nivel de implementación de las innovaciones institucionales derivadas de la reforma de salud en Colombia brindan un escenario único para estudiar su posible relación con las conductas irregulares en los hospitales públicos.

Este estudio ofrece evidencia contundente sobre un conjunto de características institucionales que explican las conductas irregulares.

## II. Las innovaciones institucionales en el sector de la salud en Colombia

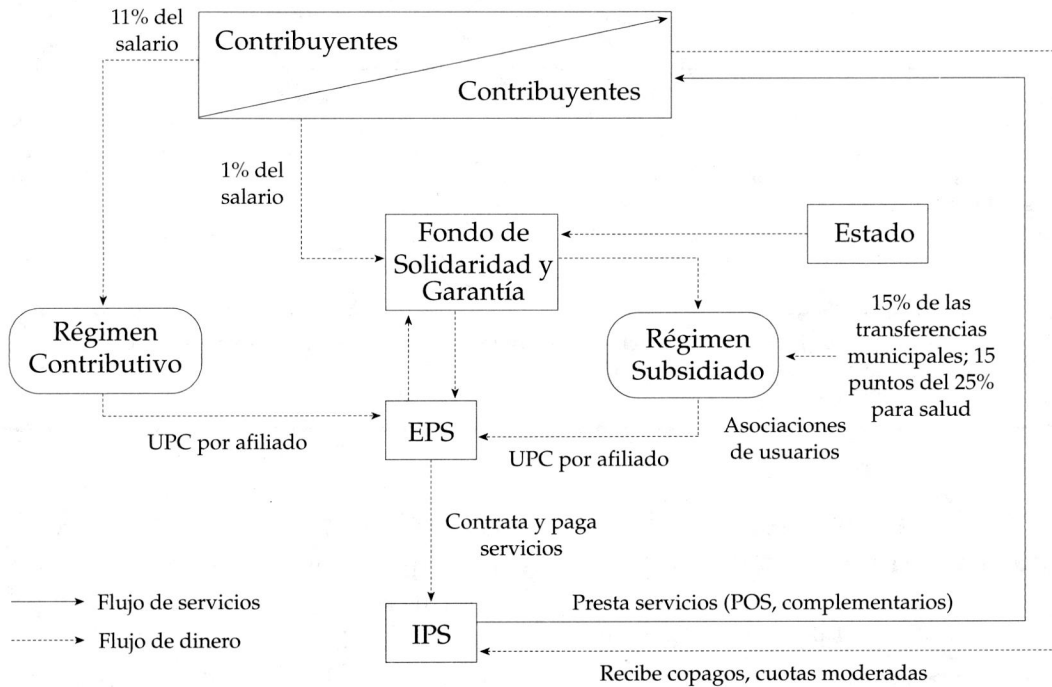
La reforma de 1993 del sector salud en Colombia, respondió a diagnósticos de inequidad, ineficiencia y mala calidad en la prestación de los servicios: sólo 20% de la población se encontraba afiliada a la seguridad social en salud, los médicos atendían, en promedio, no más de 2 pacientes por hora, se daba prioridad a la atención curativa y, aunque no existen estudios detallados sobre la calidad de los servicios del sector público antes de iniciarse la reforma, es dicente que 40% de las consultas ambulatorias y 45% de las hospitalizaciones del país fueron hechas, en 1992, por el sistema privado de salud (Molina, Giedion, 1993). Más preocupante aún es el hecho de que la población asegurada prefería, en muchas instancias, utilizar los servicios de la red privada. En efecto, en 1992 más de 15% de las hospitalizaciones en los centros prestacionales privados en el área rural y 35% en el área urbana eran atribuibles a pacientes que contaban con un seguro de salud financiado por el Estado (Harvard Report, 1996).

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

Las innovaciones institucionales más importantes para el sector hospitalario público que se dedujeron de estos cambios, fueron:

- Un nuevo sistema de asignación de los recursos públicos donde se reemplaza gradualmente el presupuesto histórico (recursos de oferta) por un sistema de pago relacionado con el tipo y cantidad de servicios ofrecidos a la población asegurada.
- La conversión de los hospitales públicos en "Empresas Sociales del Estado", figura administrativa que los dotó de una mayor autonomía en la gestión de sus recursos humanos y financieros, al igual que de la posibilidad de un control directo de las comunidades so-

**Gráfico 1**  
**FUNCIONAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - LEY 100 DE 1993**



Fuente: Molina *et.al.* Fedesarrollo, 1994.

bre su funcionamiento. En efecto, la así llamada "Empresa Social del Estado" (ESE en adelante) constituye una categoría especial de entidad pública "descentralizada con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa". Por ejemplo, las ESE ya no dependen de las entidades territoriales para el nombramiento de nuevos funcionarios.

- La constitución de una junta directiva en la que hay *amplia representación de la comunidad*, con injerencia en las decisiones de nombramiento y remoción del director de la ins-

titución y de control y asesoramiento en su gestión y, finalmente, mayor autonomía del director para contratar el recurso humano necesario.

Hoy los avances en materia de cobertura logrados con la reforma son incontrovertibles: el aseguramiento, que cubre aproximadamente 60% de un paquete básico de servicios, alcanza cerca de 60% de la población total y 75% de la población más pobre. La reforma también logró aumentar sustancialmente los recursos sectoriales con el fin de permitir la cobertura universal en salud (Cuadro 1).

Cuadro 1  
SECTOR SALUD - NACIÓN DISTRITO

Indicadores	Antes de la Reforma (1993)		5 años después (1998)	
	Nación	Bogotá	Nación	Bogotá
% Población total afiliada	24	30	60	81
% Población pobre afiliada	0	0	75	88
Número de aseguradores régimen contributivo*	2	2	29	24
Número de aseguradores régimen subsidiado	0	0	243	18
Recursos públicos total para salud en millones de pesos corrientes de 1998 **	1.512.127	171.586	3.654.012	318.753
Recursos de demanda ( del total de recursos públicos para salud)	-	-	31	38

\* Incluye el Seguro Social para los trabajadores del sector privado y las cajas públicas para empleados públicos  
\*\* Tasa de cambio vigente promedio 1998 1U\$ = 1426 pesos.  
Fuente: Cálculos de los autores.

III. Relación entre diseño institucional y conductas irregulares

La corrupción en el sector público, entendida como el desvío de recursos públicos para fines privados, ha sido documentada año a año por los organismos de control.

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

*Actividades corruptas derivadas de la relación entre médicos y pacientes.* Existen varias formas de corrupción derivadas de esta relación. La primera trata de la utilización indebida de tiempo, instalaciones, equipos o insumos para atender pacientes con el interés de generar ingresos adicionales al profesional de la salud distintos a los que recibe de parte del hospital públi-

co. Esta modalidad es especialmente común entre los profesionales de la salud que ejercen simultáneamente su profesión de manera privada e institucional y consiste en que éste se ausenta de su labor contratada para atender pacientes privados fuera o dentro de la institución pública.

La segunda es la solicitud de pagos informales "*under the counter payments*" para efectuar ciertos servicios o acortar tiempos de espera. Esta es una modalidad frecuente en el sector de los hospitales públicos que encuentra sustento en los crónicos déficit de oferta de servicios y de recursos financieros para asumir adecuada y oportunamente las obligaciones.

La tercera es la inducción de demanda innecesaria. En los hospitales públicos los médicos son pagados en la casi totalidad de los casos por medio de salarios fijos mientras que en los hospitales privados este pago se efectúa, en muchos casos, por medio de honorarios médicos íntimamente ligados al tipo y volumen de servicios prestados.



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

**Actividades corruptas derivadas de la relación hospital (agente)-financiador.** Este tipo de corrupción se refiere a la falsificación o adulteración de facturaciones reportando servicios nunca entregados o modificando la severidad de los mismos "upcoding". Este problema, inexistente bajo un sistema de presupuestación histórica donde el hospital nunca generaba facturas para recibir sus recursos, se volverá cada vez de mayor importancia en Colombia a medida que los hospitales públicos reciban sus recursos contra demostración de servicios prestados a la población afiliada.

**Actividades corruptas derivadas de la relación hospital (agente)-proveedor de insumos.** Se trata de la exigencia por parte del personal hospitalario o el ofrecimiento por parte de los proveedores de insumos y equipos de cualquier tipo de beneficios personales a cambio de efectuar determinadas adquisiciones.

**Otras Actividades corruptas.** La ausencia injustificada del personal médico, contratado para cumplir con un horario y una programación en el hospital, se considera también una forma de corrupción, en no pocos casos tolerada y justi-

ficada por los tradicionalmente bajos salarios del personal médico. Otra forma de corrupción es el robo abierto de insumos por parte del personal hospitalario.

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

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

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

Las innovaciones institucionales introducidas en el sector hospitalario público colom-

biano apuntan justamente a estos tres elementos aumentar la autonomía de los hospitales, ligar la entrega de los recursos públicos a demostración de los servicios efectivamente prestados y no en función de los insumos gastados y, crear unas juntas directivas en los hospitales compuestas por los "*principales*" más importantes que son la secretaría distrital de salud y la comunidad.

## A. Autonomía

Existe una percepción manifiesta, no siempre bien fundada, de que la autonomía "es buena", aunque los estudios para evaluar el impacto de la misma en sus diferentes ámbitos son apenas incipientes. Entre las ventajas de una mayor autonomía en la gestión de las instituciones se encuentra la de poder tomar decisiones con más información, más rápido y con una mayor responsabilidad local frente al desempeño de la institución, lo que confiere la capacidad para mejorar su situación general y financiera (Walford y Grant 1998). Con estas ideas en mente sería posible considerar que una *mayor autonomía hospitalaria* implica un *menor nivel de conductas irregulares*, ya que los directivos del hospital tendrían, supuestamente, más incentivos de controlarlas al tener que asumir directamente y en forma autónoma las consecuencias de las mismas y, además, mayor discreción de tomar decisiones. En efecto, si se consideran las dos formas de conductas irregulares que son objeto central del presente estudio, se podría pensar que el *ausentismo* y la *variación de los precios de insumos* son menores cuando el hospital tiene mayor control sobre el recurso humano.

A pesar de lo anterior, existen también argumentos en contra de la autonomía hospitalaria que radican en la dificultad de establecer los

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

## B. Generación, uso de información y participación de las partes interesadas

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

Para que la transparencia sea un hecho real, las partes interesadas deben también participar de alguna manera en la toma de decisiones y, para ello, deben comprender la necesidad de la información para ejercer su participación. Se esperaría que la constitución de una junta directiva con representación de la comunidad, su operación efectiva, el disponer de unas herramientas

básicas de gestión así como el financiamiento ligado a los resultados en un escenario donde los hospitales públicos tienen que competir por los recursos con otros proveedores, lleven a un mayor control social y a una mayor responsabilidad de las directivas de la institución frente a sus resultados, lo que por ende conduciría a estimular el control sobre las conductas irregulares. No obstante lo anterior, la función de control social que pueden ejercer las comunidades, tendiente a exigir una mayor transparencia y rendición de cuentas en la gestión pública, puede verse menoscabada por problemas tales como la asimetría de información y la captura de las juntas directivas por grupos particulares.

### C. Vigilancia, control y sanción

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

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

formación objetiva, procesos claros de investigación y fallos incuestionables.

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

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

## IV. Fuentes de información y primeros resultados

### A. Fuentes de información

Se realizaron, en primer lugar, entrevistas a informantes claves dentro de cada hospital (gerente, director administrativo, jefe de personal y jefe de control interno disciplinario), con el fin de evaluar la implementación de la reforma, explorando el grado de autonomía, la participación de la comunidad, la capacidad para rendir cuentas y la vigilancia y control internos y externos en cada hospital. Las respuestas dadas a estas entrevistas constituyen información tanto de percepción como de datos verificables. En efecto, en la medida de lo posible se corroboraba lo afirmado por los informantes en los archivos correspondientes. Se verificaron los procesos para proveer un cargo y para realizar una compra principalmente. Así mismo, se aprovechaban

las entrevistas para obtener información directa respecto a la composición de la fuerza laboral en términos del tipo de vínculo laboral (planta/contrato), el número y resultados de las evaluaciones hechas al personal, el número de procesos disciplinarios adelantados y llevados a término y la disponibilidad de algunas herramientas básicas de gestión. En el Cuadro 2 se resume la información recogida y el uso de la misma en este estudio.

En segundo término se evaluaron los procesos de adquisición de insumos a través de la

aplicación de una "lista de chequeo" que permitió establecer la transparencia en los procesos de adquisición de los mismos al determinar si en cada una de las organizaciones hospitalarias existían los instrumentos y condiciones mínimas para la adquisición de los mismos como por ejemplo la existencia de *kardex* o de planes de compra

Otro instrumento utilizado fueron las encuestas. Se aplicaron dos formatos en cada hospital. Una encuesta que denominamos "*de percepción*", en la cual se indagó sobre la existencia

**Cuadro 2**  
**FUENTES Y USO DE LA INFORMACIÓN**

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

de algunos tipos de corrupción, su frecuencia y razones aparentes; los mecanismos de vigilancia y control existentes y la actitud de los funcionarios frente a éstos hechos anómalos. En el agregado se logró una tasa de cumplimiento del diligenciamiento de 95%, que es una tasa bastante aceptable, más aún para una encuesta autodiligenciada.

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

Con el fin de construir una *proxy* sobre corrupción en la adquisición de los insumos médico quirúrgicos se revisaron los archivos de adquisición de insumos de 1998 en la totalidad de los hospitales identificándose los precios de adquisición para 6 insumos, así como otra información

relevante respecto al proceso de adquisición de los mismos (fecha, forma de pago etc). Esto permitió obtener una base de datos validada de 549 observaciones para el año 1998. Los insumos utilizados en este estudio fueron seleccionados teniendo en cuenta criterios de homogeneidad en términos de características tales como presentación, calidad y uso, además que representan el mayor volumen individual frente a las compras totales en la institución.

Por último se obtuvo información secundaria de los hospitales públicos acerca de las características de los jefes de compra (ingreso y género entre otras) sus gastos e ingresos y de la ONG Red Salud<sup>2</sup> para establecer los precios de referencia para adquisición de los insumos a analizar.

Para efectos de relacionar las conductas irregulares con diferentes variables institucionales e individuales se construyó una matriz con 459 observaciones con información completa para la totalidad de las variables analizadas.

## B. Lectura de resultados

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

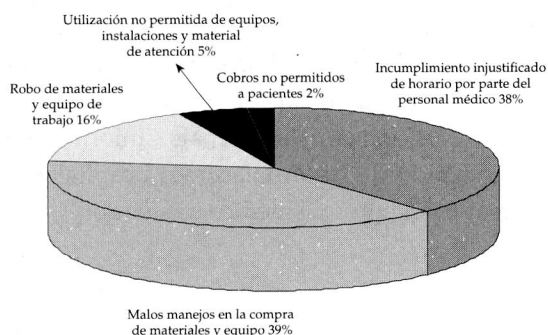
<sup>2</sup> Red Salud es una ONG conformada desde hace 10 años por las Asociaciones de Hospitales Públicos del País. Actualmente agrupa a 500 hospitales sin contar con los hospitales del Distrito, porque éstos no han podido conformar una asociación en la capital.

La encuesta de percepción sobre la existencia de actividades irregulares en los 32 hospitales del Distrito encontró que 55% del personal encuestado percibe que éstas existen en su respectivo hospital. A juicio del personal el incumplimiento del horario por parte de los médicos y los malos manejos en las compras de insumos son las irregularidades que se presentan con mayor frecuencia, sin que existan diferencias significativas entre hospitales ni entre el personal catalogado como administrativo o asistencial. (Gráfico 2A).

Respecto a lo que pasó antes de iniciarse la reforma, 59% de los encuestados considera que hoy la ocurrencia de hechos irregulares en los hospitales públicos es menor mientras que 27% de los encuestados no perciben ningún cambio frente a la situación anterior y sólo 14% perciben mayores niveles de conductas irregulares.

Con base en estos resultados de la percepción del personal de los hospitales se profundizó el análisis de las dos conductas irregulares más se-

**Gráfico 2A**  
**PORCENTAJE DE PERSONAS QUE IDENTIFICÓ**  
**CONDUCTAS IRREGULARES**



Fuente: Encuesta de percepción realizada por los autores.

ñaladas: los malos manejos en la compra de materiales y equipo y el incumplimiento injustificado del horario por parte del personal médico.

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

Es de anotar que desde hace tres años la Secretaría Distrital de Salud contrata a Red Salud con el fin de lograr convenios con los laboratorios y/o distribuidores de medicamentos para obtener un mejor precio de compra. En promedio, se acuerda un precio para alrededor de 185 medicamentos y 9 insumos médico-quirúrgicos. Este acuerdo es enviado a los gerentes y jefes de compra de cada uno de los treinta y dos hospitales del Distrito, suministrando información de los medicamentos negociados, el proveedor, precio unitario pactado, posibles descuentos y tiempo de entrega. El precio unitario acordado tiene vigencia de un año y no varía con el volumen de compras que realiza el hospital.

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

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

Al comparar la información obtenida del proceso de compra en los hospitales con los precios de referencia de los convenios se observa que la variación de precios es importante para la totalidad de los insumos (Cuadro 3).

Con excepción de la lidocaina los promedios de adquisición de los insumos están por encima de los precios que están disponibles a los hospitales vía Red Salud.

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

Sin embargo, la presunción de que existen conductas irregulares en la adquisición de insu-

mos en Colombia no es fortuita y responde a la aparición periódica en los medios de comunicación de denuncias e investigaciones respecto a esta práctica. Las encuestas con los informantes claves mostraron también una gran debilidad de los mecanismos de gestión y de control de los procesos de compra.

Como se puede apreciar en el Cuadro 4, sólo 34% de las adquisiciones se hicieron a precios iguales o inferiores a los precios de referencia, 22% se realizó con sobreprecios de hasta 10%, otro 22% con sobreprecios entre un 11% y 50%, 8% a precios mayores entre 51% y 100% a los precios de referencia; y finalmente 14% con sobreprecios de más de 100%.

El Cuadro 5 compara el valor total pagado por cada insumo durante 1998. Si los insumos analizados se hubieran comprado a los precios negociados con los laboratorios a través de Red Salud, el ahorro de todos los hospitales hubiera sido cerca de 11% del total invertido en la compra de estos insumos. Si se supone que este porcentaje representa la pérdida promedio en las compras de todos los insumos hospitalarios de un año y, dado que el gasto en suministros repre-

**Cuadro 3**  
**INDICADORES DE PRECIOS DE LOS INSUMOS SELECCIONADOS**  
(Pesos de 1998)

Descripción	Penicilina	Jeringas	Guantes	Diclofenaco	Gentamicina	Lidocaina
Mínimo	260	49	66	170	36	410
Máximo	950	428	160	980	1425	3814
Promedio	467	124	88	303	425	2515
Desviación estándar	167	43	15	127	282	1069
Coefficiente de variación	0,36	0,35	0,18	0,42	0,66	0,43
Precio Red Salud	392	105	69	195	298	2573

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



**Cuadro 4**  
**DIFERENCIA ENTRE EL PRECIO DE COMPRA**  
**DEL INSUMO Y EL PRECIO DE RED SALUD**

	%
Inferiores o iguales	34
0% y 10% superiores	22
11% y 50% superiores	22
51% y 100% superiores	8
101% superiores	14

Fuente: Base de datos con las compras realizadas durante 1998 por los hospitales del Distrito y precios de referencia del acuerdo con Red Salud (tipo de cambio promedio 1998: 1U\$ = 1.426 pesos).

senta alrededor de 10% del presupuesto hospitalario, se derivaría una pérdida total aproximada de 3.025 mil millones de pesos en Bogotá. Una idea de lo que representa este cálculo conservador es que con estos recursos podrían afiliarse cerca de 24.000 personas pobres adicionales a la seguridad social en salud.

Ahora bien, al comparar las conductas irregulares en la compra de insumos con otros países se aprecia que si bien no es un problema ex-

clusivamente colombiano, su magnitud es considerablemente mayor (50% más que en Argentina y Venezuela) (Gráfico 2B).

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

En cuanto al censo de enfermeras, los resultados muestran que a nivel general, el promedio de las tasas de ausentismo injustificado, medidas como el porcentaje de horas programadas, no trabajadas y obtenidas del censo a las enfermeras es 5,7%.

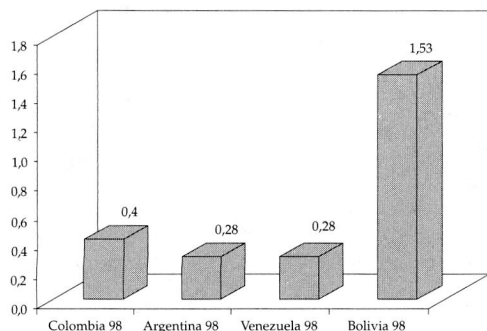
En razón de los problemas surgidos a la hora de recolectar la información acerca del ausen-

**Cuadro 5**  
**COSTOS EN LAS COMPRAS REALIZADAS EN 1998**  
**(Millones de pesos)**

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

Fuente: Base de datos con las compras realizadas durante 1998 por los hospitales del Distrito y precios de referencia del acuerdo con Red Salud (tipo de cambio promedio 1998: 1U\$ = 1.426 pesos).

**Gráfico 2B**  
**DESVIACIONES EN EL PRECIO DE COMPRA DE**  
**INSUMOS (Coeficiente de variación)**



Fuente: Resultados de estudios de los diversos países para este proyecto.

tismo médico es de esperarse que estas cifras subestiman un problema que, por lo menos de acuerdo a la evidencia anecdótica, es generalizado y es necesario que estudios posteriores profundicen en este tema. Con estas limitaciones en mente se hizo un cálculo sobre el costo directo de este fenómeno el cual arrojó un total de 2.575 millones, de pesos para Bogotá equivalente aproximadamente a 1 millón de dólares anuales lo que representa 1% del gasto total en los hospitales del Distrito.

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

Al indagar a las enfermeras censadas sobre las principales causas por las que se están presentando estas situaciones entre los médicos, 40%

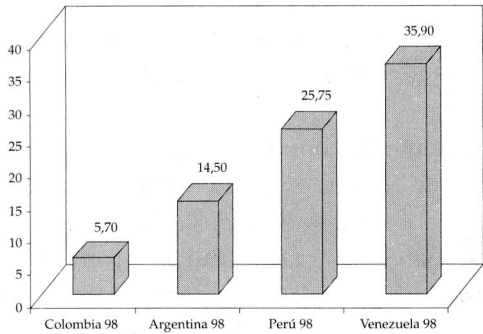
manifestó como razón principal la "tolerancia de estas situaciones en el sector público de salud"; 39% la "inoperancia de las medidas de vigilancia y control" y sólo 12% de las enfermeras señaló las "bajas remuneraciones" como la causa que explica estas conductas.

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

Al comparar las tasas de ausentismo médico con otros países se encuentra que Colombia presenta el indicador más bajo. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que para el caso colombiano se presentan los resultados del ausentismo médico injustificado, mientras que para los otros países no es clara la metodología utilizada para construir dicho indicador (Gráfico 2C).

*Determinantes de las Conductas Irregulares.* Los hospitales públicos de Bogotá no constituyen un conjunto homogéneo de hospitales en términos de su avance institucional y de los niveles de conductas irregulares estudiadas en este trabajo, a pesar de que todos enfrentan las mismas reglas de juego. El diferente nivel de desarrollo logrado luego de la reforma en salud de 1993 es el resultado de presentar diferentes restricciones, o al menos distintos grados de estas, que pudieron

**Gráfico 2C**  
**AUSENTISMO**  
(% de horas contratadas no laboradas)



Fuente: Resultados de estudios de los diversos países para este proyecto.

superarse, en mayor o menor medida, con el nuevo esquema institucional de la reforma.

A continuación se presenta una primera lectura del desarrollo institucional de los hospitales, mediante los indicadores obtenidos.

*Autonomía.* La totalidad de los hospitales del Distrito operan bajo el mismo marco normativo lo que implica que el margen de acción o espacio

de decisión formal (Bossert 1997) es teóricamente el mismo para todos.

En efecto, la mayoría de los hospitales considera que en el nuevo régimen, el Ministerio de Salud rara vez, o nunca, interviene en los principales procesos que atañen al funcionamiento del hospital (la elaboración del presupuesto, la contratación de personal o la compra de insumos) en claro contraste con la situación anterior a la descentralización y a la reforma de la salud, donde era el principal actor (Cuadro 6).

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

Esta situación quizás no es sorprendente a la luz de la importancia que en las finanzas de los hospitales públicos siguen teniendo los subsidios estatales provenientes del Estado a través de la

**Cuadro 6**  
**AUTONOMÍA DE LOS HOSPITALES: FRECUENCIA DE INTERVENCIÓN EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS (%)**

Frecuencia	Presupuesto anual		Compra de insumos		Contratar recurso humano de planta		Contratar recurso humano mediante contrato de servicios		Establecer remuneración personal planta		Establecer remuneración contratistas	
	SDS	Minsalud	SDS	Minsalud	SDS	Minsalud	SDS	Minsalud	SDS	Minsalud	SDS	Minsalud
Siempre	91	3	9	3	44	0	0	0	39	13	0	0
Algunas veces	0	6	16	3	25	0	10	7	7	7	3	3
Rara vez	0	22	9	3	3	9	3	3	0	3	3	0
Nunca	9	69	66	91	28	75	87	90	55	77	94	97

Fuente: Resultados de las entrevistas a informantes claves, realizadas por los autores.

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

entidades autónomas sino, más bien, por su independencia financiera medida por la financiación mediante recursos diferentes a los asignados directamente por la Secretaría Distrital de Salud.

En cuanto a la autonomía en el manejo del recurso humano, la encuesta realizada a los directivos de los hospitales arrojó que 44% de los directivos considera que la Secretaría interviene "siempre" en la contratación del personal de planta y en el establecimiento de los salarios. Las remuneraciones en el Distrito son competencia del Concejo, suprema autoridad del Distrito con atribuciones normativas y de vigilancia y control de las demás autoridades distritales y fueron definidas por el acuerdo 14 de 1998. Ello contrasta con el personal por contrato que no está regido por normas generales del servicio civil, en donde sólo 10% y 3% de los directores de hospitales considera que la intervención de la Secretaría es frecuente en estos dos procesos (Cuadro 6).

Lo anterior refleja claramente el hecho de que sigue existiendo una autonomía limitada en cuanto al manejo del recurso humano en los hospitales, pero que ésta es sustancialmente menor en cuanto al manejo del personal de planta que en el manejo del personal de contratos. 39% de los directivos de los hospitales señaló que siempre existe intervención de la Secretaría de Salud para fijar la remuneración del personal de planta y 77% señaló que el Ministerio de Salud interviene. Esta percepción es resultado de los decretos de fijación de remuneraciones a los empleados de los organismos públicos nacionales y distritales. Por el contrario, ningún directivo de los hospitales afirma que exista alguna intervención en el caso de la remuneración de contratistas. Esto reafirma la idea de una mayor autonomía del director del hospital frente al personal vinculado por contrato (Cuadro 6).

**Cuadro 7**  
**VENTA DE SERVICIOS DE LOS 32 HOSPITALES**  
**DEL DISTRITO A EPS Y ARS EN % DE**  
**SUS INGRESOS TOTALES**

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

Fuente: Secretaría Distrital de Salud.

Adicionalmente, si se agrega el hecho que 77% de los gastos totales en los hospitales públicos en el Distrito se destinan al pago de personal (Morales y Giedion, 1998), se hace más evidente la rigidez y falta de autonomía de los hospitales en el manejo del recurso humano, situación que en un escenario de competencia, como pretende la reforma de 1993, los coloca en inferioridad de condiciones frente a otros proveedores de servicios que no pertenecen al sector público.

Ante esta situación de rigidez, los hospitales del Distrito han optado por recurrir a la contratación temporal de personal por la vía de hacer contratos que no están sujetos a las normas del servicio civil, en un esfuerzo por aumentar el grado de autonomía. Como se observa en el Gráfico 3, los hospitales han hecho amplio uso de esta posibilidad. Ahora sería interesante *testear* la relación entre la participación de los contratistas en el total del personal y la financiación de los hospitales públicos mediante venta de servicios a terceros (inserción en el mercado) ya que se podría pensar que los hospitales que busquen una

gestión eficiente orientada a vender servicios en el mercado necesiten una mayor flexibilidad en el manejo de su personal. Sin embargo, unas primeras exploraciones de esta relación no ofrecieron resultados contundentes, al hallarse relaciones inversas y no significativas entre estas variables.

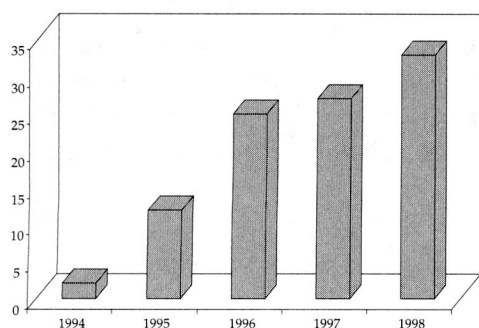
Ahora bien, los hospitales públicos utilizan de manera distinta el margen de autonomía dado para manejar el recurso humano y existen grandes variaciones entre hospitales al respecto. En efecto, para 1998, el promedio de la participación de las personas vinculadas por contrato en el total del personal era 33% pero el rango varía entre 12% y 91% con una mediana de 25% y una desviación estándar de 17.

En el Cuadro 8 se muestra la distribución de los hospitales de acuerdo a la importancia del personal de contratos en el total del personal.

Las cifras respecto a la real inserción en el mercado indican que los hospitales públicos todavía están muy lejos de ser financieramente autónomos, pues el porcentaje de venta de servicios a entidades distintas de la SDS equivale

**Gráfico 3**

**PARTICIPACIÓN DE LOS CONTRATISTAS EN EL PERSONAL TOTAL DE LOS HOSPITALES DEL DISTRITO 1994-1998**



Fuente: Secretaría Distrital de Salud.

**Cuadro 8**

**DISTRIBUCIÓN DE LOS HOSPITALES DE ACUERDO A LA IMPORTANCIA DEL PERSONAL DE CONTRATOS EN EL TOTAL DEL PERSONAL**

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

Fuente: Secretaría Distrital de Salud y cálculo de los autores.

en el mejor de los casos a 10% del total de ingresos. Finalmente es de anotar que los hospitales han utilizado de manera muy distinta los espacios normativos que les permiten adquirir mayor o menor autonomía. Las diferencias en la participación de los ingresos provenientes de contratos con terceros en el total de los ingresos y de los contratistas en el total del personal son indicadores de esta situación.

### C. Uso de la Información: transparencia y rendición de cuentas

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

Existen grandes diferencias entre hospitales en cuanto a la proporción de los ingresos recibidos contra prestación de servicios. Así, entre 1997 y 1999, mientras que algunos hospitales recibieron cerca de 87% de la totalidad de sus ingresos como resultado de la presentación de facturas, otros no lograron justificar sino 16% de sus ingresos de esta manera (Cuadro 9).

Dentro de este sistema mixto de incentivos - por un lado una asignación en función de los servicios prestados y, por otro lado, un sistema donde se cubre casi cualquier déficit- no parece existir una real rendición de cuentas. Al cubrir los déficit de los hospitales que no venden servicios y aplazar en varias oportunidades el avance de la reforma se han dado incentivos perversos a los hospitales.

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

Así mismo, al analizar la disponibilidad de herramientas de gestión necesarias para la adquisición de insumos, es de anotar que muchos hospitales carecen de instrumentos tan elementales como un plan de compras con cantidades de *stock* mínimas y máximas, promedios de consumo y tiempos de reposición, al igual que con un sistema de *kárdex* para su registro, instrumentos

**Cuadro 9**  
**INGRESOS PROVENIENTES DE VENTAS EN**  
**FUNCIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS**  
**(% total de los ingresos)**

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

Fuente: Secretaría Distrital de Salud.

necesarios para cualquier proceso transparente de adquisición de los insumos. Solamente en 4 hospitales del Distrito existen tales planes de compra que contienen los principales elementos de gestión como son los tiempos de reposición, promedios de consumos, y cantidades mínimas y máximas de *stock*. Finalmente, 17% de los hospitales no cuentan con un *kárdex* de registro que es quizás la herramienta más elemental de manejo de los insumos.

#### D. Participación de las partes interesadas en el servicio

La introducción de juntas directivas en los hospitales con representantes no sólo del hospital sino también de las entidades territoriales y, sobre todo, de la comunidad ha sido considerada herramienta fundamental de la transparencia y rendición de cuentas dentro del diseño de la reforma. En 1998 la totalidad de los hospitales contaban con una Junta Directiva, organismo que sesionaba en promedio cerca de 2 veces al mes, con la asistencia de todos los miembros (en 6 hospitales) o con sólo la ausencia ocasional de alguno de ellos (en 19 hospitales), (Cuadro 10). Así mismo, 20 hospitales reportaron en las encuestas activa participación en las Juntas (Cuadro 11), lo que, en conjunto, sugeriría que el Distrito cuenta con una participación activa de la comunidad en las decisiones más importantes de los hospitales públicos.

#### E. Vigilancia y el control en los hospitales del Distrito

Como se mencionó anteriormente, Colombia se caracteriza por exceso de reglas y un gran número de entidades de control que supuestamente constituyen el "garrote" a la corrupción. Sería di-

### Cuadro 10

#### ASISTENCIA A LA JUNTA DIRECTIVA 1999 (Percepción de los directivos)

Clasificación asistencia a la Junta	Número de Hospitales
Siempre asisten todos	6
Ocasionalmente no asiste un miembro	19
Ocasionalmente no asisten varios miembros	4
Frecuentemente no asiste uno o varios miembros	3
Total	32

Fuente: Entrevistas a informantes claves en los hospitales del Distrito.

### Cuadro 11

#### CALIFICACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN EN LAS JUNTAS 1999 (Percepción de los directivos)

Papel que desempeña la junta	
Asisten a las reuniones con carácter informativo	5
Asisten pero no participan en la toma de decisiones	13
Asisten, sugieren y partic. en todas las tomas de desiciones	6
Asisten, sugieren y partic. en algunas tomas de desiciones	20
Total	32

Fuente: Entrevistas a informantes claves en los hospitales del Distrito.

fícil calcular el costo de control específicamente para el sector de la salud, pero es ilustrativo que la suma de los presupuestos de las entidades de control indican que Bogotá asigna un porcentaje cercano a 8% del total de gastos a los organismos de control, tales como la Contraloría, o la Veeduría o al pago de los funcionarios que en cada entidad se dedican exclusivamente al control y a la vigilancia.

Frente a la pregunta sobre la existencia de mecanismos de vigilancia y control para prevenir estas conductas irregulares, se encontró en porcentajes superiores a 50%, que éstos existen, tal como se desprende del Cuadro 12.

Sin embargo, cuando en la misma encuesta se indaga por las razones que facilitan la pre-



sencia 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. En efecto, en las encuestas de percepción, cuando se indaga por las causas de las conductas irregulares, 46% de los interrogados sobre las razones del ausentismo médico señala a las deficiencias en los mecanismos de vigilancia y control (Cuadro 13) y 60% señala el mismo motivo cuando se pregunta por la causa de los robos en el hospital (Cuadro 14)

Otro dato importante derivado de las encuestas sobre percepción es que las personas no denuncian este tipo de conductas y que no lo hacen en parte por temor a las represalias. Así, 65% de las personas que se enteraron de algún hecho

irregular "no hicieron nada" para denunciarlo y 85% de las personas indicaron que la razón para ello es el "temor a represalias".

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

Finalmente, es de anotar que parece existir una gran diversidad entre instituciones al calificar la efectividad de los mecanismos de vigilan-

## Cuadro 12

### EXISTENCIA DE MECANISMOS DE VIGILANCIA Y CONTROL EN LOS HOSPITALES POR CONDUCTA IRREGULAR

Conducta Irregular	Si (%)	No (%)	No Sabe (%)
Incumplimiento injustificado de horario por parte del personal médico	62	31	7
Malos manejos en la compra de materiales y equipo	50	38	12
Robo de materiales y equipo de trabajo	58	32	10
Utilización no permitida de equipos, instalaciones y material de atención	52	36	12
Cobros no permitidos a pacientes	50	28	13

Fuente: Encuesta de percepción sobre conductas irregulares.

## Cuadro 13

### RAZONES DEL AUSENTISMO MÉDICO

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

Fuente: Encuesta de percepción sobre conductas irregulares.

## Cuadro 14

### RAZONES DE LOS ROBOS DE INSUMOS

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

Fuente: Encuesta de percepción sobre conductas irregulares.

cia y control para detectar faltas disciplinarias. Así por ejemplo, el promedio de la relación entre el total de faltas disciplinarias detectadas y el número de funcionarios de planta en los hospitales es de 7%, con grandes variaciones de unos hospitales frente a otros, lo que de alguna manera evidencia su desarrollo y aplicación desigual.

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

## V. Determinantes de las conductas irregulares

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

Por problemas con la información no fue posible realizar el mismo ejercicio para el ausentismo médico.

### A. Determinantes de las variaciones de precios

Como se comentó anteriormente, tanto las encuestas de percepción, como el estudio realizado

con las compras de los 6 insumos escogidos, señalaron diferencias importantes con los precios a los cuales compraron los hospitales del Distrito estos insumos en 1998. Estos resultados estarían explicados por un conjunto de variables directamente asociadas al proceso de compra, a las variables institucionales que se han analizado en secciones anteriores de este trabajo y a las características del funcionario que decide la compra.

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

#### 1. Variación

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

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

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

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

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

## 2. Variables explicatorias asociadas al proceso de compra

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

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

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

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

**FPDIAS:** número de días concedidos para efectuar el pago. Se espera que el costo derivado

para el proveedor de mayores plazos en el pago de los insumos se refleje en mayores precios y por ende una mayor variación de este.

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

## 3. Variables explicatorias de carácter institucional

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

Las siguientes fueron las variables explicatorias "institucionales" utilizadas:

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

**CONTRATOS:** es la proporción del personal contratado mediante contratos de prestación de servicios en relación al personal total. Este in-

dicador busca captar la flexibilidad en el manejo del personal. Se esperaría que una mayor autonomía en el manejo del personal reduzca las brechas en los precios siempre y cuando este acompañada de unos mecanismos efectivos de rendición de cuentas.

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

**VENTASER:** es la proporción de los ingresos obtenidos como resultado de la facturación de servicios prestados tanto a la Secretaría Distrital de Salud como a las aseguradoras. Es, tal vez, el indicador del principal cambio ocasionado por la reforma en la forma de financiación de los hospitales. Se considera que a medida que las asignaciones de recursos a los hospitales públicos dependen cada vez más de su producción real, y no de sus niveles históricos de gasto, disminuirá cada vez más el espacio para esconder las conductas irregulares en unos presupuestos de gasto poco transparentes. Por lo tanto, se esperan menores brechas de precios en los hospitales que se financian mediante venta de servicios.

**INSER97:** es el porcentaje de ingresos de los hospitales derivados de la facturación a los aseguradores únicamente. Esta variable, cuyos resultados promedio se reportaron en el Cuadro 7 también, constituye un indicador de rendición de cuentas en la medida en que a mayor sea la proporción en que los ingresos estén asociados a la venta de servicios en el mercado, el hospital debe controlar mejor sus gastos evitando conductas irregulares o desperdicios por ineficien-

cia. A mayor inserción en el mercado, menores brechas de precios.

**HERRAGES:** es el porcentaje de herramientas básicas de gestión disponibles a partir de una lista de 7 *ítems* elaborada con el apoyo de expertos. Estas son: i) plan de desarrollo; ii) presupuesto anual de ingresos; iii) plan de inversiones; iv) metas de producción; v) metas de eficiencia y productividad; vi) metas de calidad y vii) misión institucional. Se supone que la disponibilidad de estas herramientas introduce transparencia en el manejo institucional y, por lo tanto reduce los niveles de conductas irregulares. En consecuencia, a mayor porcentaje de herramientas de gestión menores brechas de precios.

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

Para medir vigilancia y control en los hospitales, de los indicadores definidos como *proxy* de esta dimensión institucional, se decidió incorporar en la regresión:

**MECONTROL:** porcentaje de herramientas de vigilancia y control existentes a partir de una

lista de 6 ítems elaborada con ayuda de los expertos. Estos son: i) oficina de control interno disciplinario; ii) oficina de quejas y reclamos; iii) línea de denuncias; iv) comisión de personal; v) auditoría externa; y, vi) revisoría fiscal. Se esperaba que estas herramientas de control contribuirían a vigilar y reducir las conductas irregulares por lo que se plantea la hipótesis que a mayor porcentaje de herramientas de vigilancia y control menor brecha de precios.

## B. Variables explicatorias de carácter individual

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

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

**GENERO:** se argumenta en muchos estudios una menor propensión de la mujer a incurrir en prácticas irregulares.

**EXPER:** la experiencia en el sector público medida en años de antigüedad, puede incidir positivamente en el nivel de conductas irregulares dado un mayor conocimiento de los espacios de violación de la ley y del sector público, por lo que estaría mejor preparado para ocultar el ilícito.

**ESTAC:** esta variable toma el valor de 0 cuando es soltero y 1 cuando es casado. El estado civil de los jefes de compra (casado o soltero) también influye en la posibilidad de encontrar conductas irregulares en especial en aquellos solteros. El sentido esperado de esta variable es ambiguo.

Puede pensarse que los casados tienen menor propensión al riesgo de incurrir en conductas irregulares para no arriesgar el sustento de su familia. Por el otro lado, podría pensarse que las conductas irregulares aumentan para los casados dadas sus mayores responsabilidades económicas.

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

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

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

Se corrieron, en primer instancia, un conjunto de regresiones con MCO con errores robustos, agrupando por hospital mediante *clusters* y controlando con *dummies* por el mes de la compra y el tipo de insumo. El método de MCO con errores robustos permite controlar por posibles problemas de interdependencia de las observa-

ciones al interior de cada hospital. Ahora, cuando se realiza una regresión por Mínimos Cuadrados Ordinarios, los estadísticos  $t$  pueden estar sesgados hacia arriba por errores comunes del grupo como lo demuestra Moulton, (Moulton, 1986). Aplicaciones de estos hallazgos han sido realizados por Blanchflower and Oswald, (Blanchflower 1992, 1994, y 1995) mediante una correcta especificación de los efectos de variables agregadas. En vista de lo anterior, se hicieron estimaciones por efectos aleatorios que no se revelaron concluyentes para utilizar este método dados los resultados de la prueba de Breusch Pagan que probó que la varianza de los errores no es diferentes de 0 (véase última fila de la Cuadro 15).

**Resultados.** El Cuadro 15 presenta los mejores resultados obtenidos mediante MCO con errores robustos y con *clusters* para los hospitales. Se corrieron tres regresiones la primera de las cuales incluye la muestra completa mientras que la segunda y la tercera incluyen por un lado sólo aquellas observaciones sujetas a un proceso licitatorio y por otro lado aquellas en donde el proceso de compra no estaba sujeto a proceso licitatorio. Como se verá más adelante, la creación de esta última submuestra aumentó sustancialmente el poder explicativo de la regresión.

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

Por el contrario, entre las *variables institucionales* encontramos la relación esperada y alta significancia en contratos. Ello confirma la hipótesis que una mayor autonomía en el manejo del recurso humano (CONTRATOS) reduce la

brecha de precios en la compra de insumos. Así mismo, todas las regresiones indican que la brecha de precios disminuye cuando aumenta la proporción de ingresos recibidos por venta de servicios (VENTASER) tanto a la Secretaría de Salud como a terceros. Ello confirmaría la fiabilidad del indicador utilizado como *proxy* de la rendición de cuentas. La forma de contratación y el mecanismo de pago resultan ser las variables con mayor solidez dentro de las regresiones efectuadas al mantener su significancia y signo a través de todas las regresiones efectuadas. Ello es interesante ya que reflejan un cambio real en el funcionamiento del hospital y en especial respecto a los incentivos que operan frente al hospital como un todo (mecanismos de pago) y el personal en particular (forma de contratación).

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

En cuanto a las *características de la persona encargada de la compra de insumos* (jefe de compras) es de observarse que el género y el estado civil resultan significativos en todas las regresiones y mantienen el signo en todas las regresiones. Así,

**Cuadro 15**  
**DETERMINANTES DE LAS VARIACIONES DE PRECIOS DE LOS INSUMOS**

MCO con Errores Robusto por Hospitales				
	Variables	Muestra completa	Sólo adquisiciones con proceso licitatorio	Sólo adquisiciones mediante orden de compra
Proceso de compra	Constante	3,334 (2.622) **	3,626 (2.904)***	-3.044 (-1.201)
	Cantidad	4.47e-07 (0.158)	-4.07 e-06 (0.677)	-
	Fpago	-0.1059 (-1.010)	-0.0581 (-0.469)	-
	Proveed	0.0976 (1.003)	0.0611 (0.535)	-
	Meccom	0.0918 (1.494)	-	-
	Fpdias	-0.0005 (-1.203)	0.0002 (0.255)	-
Institucionales	Contratos	-0.7219 (2.755) **	-1.016 (-3.152)***	-7.759 (-4.633)***
	Ventaser	-0.5586 (-1.977) *	-0.8316 (-2.950)***	-5.271 (-2.419) **
	Herrabas	-0.0875 (-0.692)	0.679 (0.500)	2.471 (4.171)***
	Herrages	0.2684 (2.345) **	0.4078 (3.020)***	3.920 (3.722)***
	Mecontrol	0.2948 (4.439)***	0.3646 (5.423)***	-
	Inser97	-0.009 (-1.248)	-0.1138 (-1.366)	-
Características individuales del responsable de la compra	Ingreso	-4.04e-07 (-2.028) *	-6.45e-07 (2.651) **	3.27e-06 (3.104) **
	Género	0.1914 (2.389) **	0.2933 (2.420) **	2.685 (2.655) **
	Estac	0.1150 (2.493) **	0.1349 (3.025)***	0.7871 (3.987)***
	Exper	0.00003 (0.074)	0.0001 (0.344)	-0.0193 (-5.440)***
	Especi	-0.1470 (2.352) **	-0.0753 (-1.184)	-1.225 (-4.582)***
	No. Obs	452	380	72
	R <sup>2</sup>	0.3303	0.3302	0.6326
	F	43.71	21.51	39.26
	Prob F	0.0000	0.0000	0.0000

\* Significativo al 10%; \*\* Significativo al 5%; \*\*\* Significativo al 1%.

Fuente: Cálculo de los autores.



habría menores brechas de precios cuando el jefe de compra es mujer (GENERO) y cuando el jefe de compras es soltero (ESTAC). En cuanto al ingreso, es de observarse que, aunque significativa, cambia el signo en la última regresión (NGRESO). Sólo en las dos primeras regresiones se confirmaría una relación inversa entre nivel de ingreso y brecha de precios. Finalmente, la brecha de precios parece disminuir a medida que aumenta el nivel educativo (ESPECI).

En el agregado se observa que las regresiones mejoran al utilizarse sólo la submuestra de las adquisiciones que se hicieron sin proceso licitatorio. Así, el  $R^2$  aumenta a 0,63 para la última regresión y los coeficientes de nuestras dos principales variables explicatorias de interés (VENTASER, CONTRATOS) aumentan significativamente.

### C. Relación entre el ausentismo y las variables institucionales

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

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

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

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

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

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

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

Al analizar los coeficientes de correlación (Cuadro 16) se observa que existe una relación inversa significativa entre la percepción de ausentismo y el porcentaje de contratistas. Esta relación hace suponer que el ausentismo disminuye en la medida en que aumenta el personal contratado bajo la modalidad, de prestación de servicios, que aumenta la autonomía de los directivos para despedir el personal con un desem-

**Cuadro 16**  
**RELACIONES ENTRE PERCEPCIÓN DE**  
**AUSENTISMO MÉDICO Y VARIABLES**  
**INSTITUCIONALES**

Variable	Coefficiente de Correlación
VENTASER	-0,048
#REUN	0,276
HERRAGES	-0,084
PVIYCON	-0,061
FALTAS98	0,248
CONTRATOS	-0.446 *

\* Significativo al 10%.

Fuente: Cálculo de los autores.

peño insatisfactorio. Ello parece reflejar lo dicho anteriormente en el sentido de que el *"hire and fire"* es una tarea casi imposible y titánica para el personal de planta y es sustancialmente más grande para el personal de contrato que no se ve enfrentado a una legislación laboral tan fuerte y rígida. A pesar de no ser significativas, el signo de las demás variables es el esperado con excepción del porcentaje del personal que ha recibido alguna falta disciplinaria. Así, el porcentaje del presupuesto asignado en función de los resultados, el número de reuniones mensuales de la junta, el disponer de herramientas básicas de gestión y la percepción de que funcionan estos mecanismos están inversamente relacionados con la percepción acerca del ausentismo.

## VI. Conclusiones

El análisis preliminar de la información obtenida a través de las encuestas y entrevistas en los hospitales del Distrito, así como de su información financiera, permitió la construcción de indicadores o medidas aproximadas de su grado de autonomía, de las posibilidades de generar y

usar la información, de la participación de las partes interesadas, medidas aproximadas de transparencia en la gestión y del control de resultados a través de la evaluación.

Los hospitales del Distrito, contrario a lo buscado en la reforma, están lejos de ser autónomos; tanto en términos de manejo de su personal como su independencia financiera. Los hospitales han avanzado en la puesta en marcha de los principios modernos de gestión: autonomía, transparencia y rendición de cuentas, y mecanismos de vigilancia y control. La evidencia recolectada a través de entrevistas y encuestas muestra que en muchas instancias los avances institucionales son todavía nominales y no han sido apropiados por las entidades hospitalarias. Es importante anotar que el logro de la autonomía depende fundamentalmente de los incentivos con que se diseñe la reforma. En los hospitales no han visto la necesidad de reestructurarse y de avanzar en la venta de servicios y, con ello, lograr mayores niveles de autonomía, pues con base en presiones y con el apoyo de sectores opuestos a la reforma han obtenido recursos para cubrir sus déficit.

Más particularmente, con respecto al objetivo de este estudio, se confirmó la percepción del personal de los hospitales sobre conductas irregulares en la adquisición de insumos y en el ausentismo de los médicos. Un ejercicio de valoración de la pérdida de recursos públicos por estas prácticas indica que por sobrepagos se habrían gastado sumas equivalentes a 10% del presupuesto asignado a la adquisición de insumos médico-quirúrgicos, recursos que habrían permitido afiliar cerca de 24.000 personas pobres adicionales a la seguridad social en salud. Así mismo, el ausentismo de los médicos fue estimado en 5,7% y con los recursos que se per-

dieron por este efecto se habría podido asegurar otras 12.000 personas pobres.

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

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

Así mismo, se demostró que entre mayor es el porcentaje de ingresos derivados de la *venta de servicios* tanto a la Secretaría Distrital de Salud como a aseguradoras, menores son las desviaciones registradas. Esto, a su vez, significa que entre mayor la asignación de subsidios de oferta sin exigir cuentas acerca de la cantidad y calidad de los servicios prestados, mayor la brecha de pre-

cios. Este es tal vez uno de los resultados más importantes. Esto podría explicarse por los incentivos de mayor eficiencia en el uso de los recursos derivados de un mecanismo de financiación de los hospitales que no asegura una oferta de servicios, independiente de aquellos que les demanda la comunidad. Desafortunadamente cuando se restringe el indicador de venta de servicios a los organismos distintos a la Secretaría Distrital de Salud, es decir, cuando se mide más precisamente su inserción en el mercado, no se encuentran resultados contundentes.

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

## Bibliografía

- Ades, Alberto y Di Tella, Rafael (1999), "Rents Competition and Corruption". *American Economic Review*. September.
- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (1999), "Corrupción, de mal en peor...". Bogotá, DC, Colombia. *Revista Hospitalaria*, 1 (6).
- Badel, M. (1999), Costos de la Corrupción en Colombia. Bogotá, DC, Colombia.
- Banco Interamericano de Desarrollo (1997), *Latin American after a decade of reforms, Economic and social progress. 1997 report*. Washington, DC, Estados Unidos: Johns Hopkins University Press.
- Banco Mundial (1997), *The state in a changing world*. Washington, DC, Estados Unidos: Oxford University Press.
- Barros, Paes de y Mendonça, Rosane (1998), "The Impact of Three Institutional Innovations in Brazilian Education", Savedoff, editor. *Organization Matters*. Washington, DC, Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Blanchflower, D. y Oswald, A. (1990), "The Wage Curve". *Scandinavian Journal of Economics*. 92 (2): 215-235.
- (1994), "Estimating a Wage Curve for Britain 1973 - 1990". *The Economic Journal*. 194, september.
- (1995), "An Introduction to the Wage Curve". *Journal of Economics Perspectives*. 9 (3):153-167
- Bliss, Christopher y Di Tella, Rafael (1997), "Does Competition kill Corruption?" *Journal of Political Economy*, vol 105 No. 51.
- Bossert, T. (1997), "Decentralization of Health Systems: Decision Space, Innovation and Performance", Data for Decision Making (DDM) *Working Paper*, Cambridge.
- Braun, Miguel y Di Tella, Rafael (2000) Inflation and Corruption. Mimeo.
- Cepeda, F. (1994), *La corrupción administrativa en Colombia - Diagnóstico y recomendaciones para combatirla*. Bogotá, DC, Colombia: Tercer Mundo Editores.
- Chawla, M. et al. (1996), "Mejoramiento del desempeño de los hospitales a través de políticas para aumentar la autonomía hospitalaria", Data for Decision Making *Working Paper*, Cambridge.
- Comisión de Racionalización del Gasto y de las Finanzas Públicas (1997), Tomo II. Administración del Estado. Bogotá, DC, Colombia.
- Dale, T. And Malcolm, B. (1998), On Public Sector Reform in New Zealand. *The World Bank Research Observer*. 13 (1).
- Departamento Administrativo de la Función Pública (1998), *Estrategias contra la corrupción*. Bogotá, DC, Colombia: DAFP. Carta Administrativa N°87.
- Fundación Corona (2000), "Resultados del Estudio de Probidad". *El Tiempo*. Bogotá, Colombia. 6 de abril.
- Giedion, U y Molina, C. (1994), "El Sector de la Salud: Desafíos Futuros". *Revista Coyuntura Social*, N°11. Bogotá, DC, Colombia: Fedesarrollo.
- Giedion, U. y Morales, L. (1997), "Aproximación a la medición de la eficiencia en los hospitales públicos del Distrito Capital", mimeo. Bogotá, DC, Colombia: Fedesarrollo, Secretaría Distrital de Salud.
- Harvard School of Public Health (1995), La Reforma de Salud y el Plan Maestro de Implementación. Informe final. Mimeo. Bogotá, DC, Colombia.
- Klitgaard R. (1988), *Controlling Corruption*, University of California Press.
- Langseth P. (1998), "International Approaches to Improve Government Integrity and Transparency", paper presented on the congress of *National and International Approaches to Improving Integrity and Transparency in Government*. París July 15-16.
- Lora E. y Pagés C. (1997), "La legislación laboral en el proceso de reformas estructurales de América Latina y el Caribe", Serie de documentos de trabajo 343, Washington, DC, Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Ministerio de Salud (1994), "La Reforma a la Seguridad Social en Salud". (3): 159-160. Bogotá, DC, Colombia.
- (1998), "Censo del Recurso Humano y Dinámica Salarial del Sector Salud Oficial, 1994-1998", Bogotá.
- Moulton, B. (1986), "Random Group Effects and Precision of Regression Estimates". *Journal of Econometrics*. (32): 385-397.
- OECD (1998), "Conclusions of the Workshop on Building Government Institutions", report elaborated for the congress of *National and International Approaches to Improving Integrity and Transparency in Government*. París July 15-16.
- Savedoff, W. (1998), "Social Services Viewed Through New Lenses", en *Organization Matters. Agency Problems in*

- Health and Education in Latin America*. Washington, DC, Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Schick, A. (1998), "On Whether Developing Countries Should Try New Zealand's Reforms", *The World Bank Research Observer*. Vol 13. N°1, febrero.
- Secretaría de Salud de Santafé de Bogotá (1998), "Análisis del Sector Salud en el Distrito Capital, 1990-1998". Bogotá, DC, Colombia.
- Secretaría Distrital de Salud (1998) *Análisis del sector salud en el Distrito Capital, 1990-1998*. Bogotá, D.C., Colombia: Alcaldía Mayor de Bogotá DC.
- Shleifer, Andrei y Vishny, Robert W. (1993), "Corruption". *The Quarterly Journal of Economics*, August.
- Tanzi, V. (1997), "Corruption in the Public Finances". Trabajo presentado en la 8<sup>th</sup> conferencia internacional anti-corrupción. Lima, Perú.
- Thoene, B. (1999), "Posición de la Asociación Colombiana frente a la reforma de la ley 100 y la corrupción dentro del sistema de seguridad social en salud", *Revista Hospitalaria*. (1) 6:. 6-8. Bogotá.
- Vesga, et al. (1992), *La Corrupción Administrativa en Colombia*. Bogotá, DC, Colombia: Fedesarrollo
- Walford, V. (1998), *Reforma del sector salud: mejorando la eficiencia de los hospitales*. Institute for Health Sector Development, Londres.
- Wiesner, E. (1997), *La efectividad de las Políticas Públicas en Colombia: un enfoque Neo-Institucional*. Bogotá, DC, Colombia: Departamento Nacional de Planeación.