

**TRANSPARENCIA Y RENDICIÓN DE CUENTAS  
EN EL SECTOR HOSPITALARIO PÚBLICO  
COLOMBIANO:  
UN ESTUDIO DE CASO**

**INVESTIGADORES PRINCIPALES:**

URSULA GIEDION  
LUIS GÓNZALO MORALES  
OLGA LUCIA ACOSTA

**ASISTENTES DE INVESTIGACIÓN:**

Tatiana Apraez, Mario García, Lcrena Hernández, Alvaro Muriel

**FEDESARROLLO**

**CON EL APOYO DE LA RED DE CENTROS DEL BID Y LA SECRETARÍA  
DISTRITAL DE SALUD DE SANTA FÉ DE BOGOTÁ**

**INFORME FINAL  
SEPTIEMBRE de 1999**

**TRANSPARENCIA Y RENDICIÓN DE CUENTAS  
EN EL SECTOR HOSPITALARIO PÚBLICO  
COLOMBIANO:  
UN ESTUDIO DE CASO**

**INVESTIGADORES PRINCIPALES:**

URSULA GIEDION  
LUIS GONZALO MORALES  
OLGA LUCIA ACOSTA

**ASISTENTES DE INVESTIGACIÓN:**

Tatiana Apraez, Mario García, Lorena Hernández, Alvaro Muriel

**FEDESARROLLO**

**CON EL APOYO DE LA RED DE CENTROS DEL BID Y LA SECRETARÍA  
DISTRITAL DE SALUD DE SANTA FÉ DE BOGOTÁ**

**INFORME FINAL  
SEPTIEMBRE de 1999**

## Tabla de Contenido

<i>Tabla de Contenido</i> .....	2
<i>Indice de Cuadros y gráficos</i> .....	3
<i>Agradecimientos</i> .....	4
<b>1. Introducción</b> .....	5
<b>2. La Reforma Institucional del Estado para combatir la corrupción</b> .....	7
<b>3. El cambio institucional en el sector salud y la corrupción</b> .....	10
<b>4. Los principios básicos de gestión pública: su implementación en los hospitales públicos y su relación con la corrupción</b> .....	14
<b>4.1. Autonomía y Conductas Irregulares</b> .....	14
4.1.1. La autonomía en los hospitales colombianos. ....	14
4.1.2. Relación entre autonomía y conductas irregulares .....	16
<b>4.2. Transparencia y Rendición de Cuentas</b> .....	17
4.2.1. Transparencia y rendición de cuentas en los hospitales colombianos .....	17
4.2.2. La relación entre conductas irregulares y transparencia y rendición de cuentas .....	18
<b>4.3. Vigilancia, Control y Sanción</b> .....	18
4.3.1. La vigilancia y el control en los hospitales públicos colombianos .....	18
4.3.2 Relación entre conductas irregulares y mecanismos de vigilancia y control.....	19
<b>5. Fuentes de información , y construcción de indicadores</b> .....	20
<b>5.1 Fuentes de información</b> .....	20
<b>5.2 Indicadores</b> .....	22
5.2.1. Evaluación Institucional .....	22
5.2.1.1. Autonomía .....	22
5.2.1.2. Transparencia y rendición de cuentas .....	22
5.2.1.3. Mecanismos de vigilancia y control .....	23
5.2.2. Indicadores de corrupción .....	23
5.2.2.1. Percepción sobre la corrupción en los hospitales públicos .....	23
5.2.2.2. Ausentismo médico .....	24
5.2.3.3. Irregularidades en la adquisición de los insumos .....	24
<b>6. Lectura de los resultados</b> .....	26
<b>6.1 Existe autonomía en los hospitales del Distrito?</b> .....	28
<b>6.2 Hay transparencia y rendición de cuentas en los hospitales públicos del Distrito?</b> .....	31
<b>6.3.Cuál es el estado de la vigilancia y el control en los hospitales del Distrito?</b> .....	32
<b>6.4. Conductas irregulares</b> .....	34
6.4.1. Percepción general de la corrupción en los hospitales públicos .....	34
6.4.2. Ausentismo .....	34
6.4.3 Variación de precios .....	37
<b>7. Conclusiones</b> .....	44
<b>8. Bibliografía</b> .....	45

<b>ANEXOS</b> .....	<b>47</b>
<i>Anexo 1: Entrevista a informantes claves</i> .....	<b>48</b>
<i>Anexo 2: Lista de chequeo (Análisis de las variables institucionales)</i> .....	<b>58</b>
<i>Anexo 3: Encuesta de percepción</i> .....	<b>62</b>
<i>Anexo 4: Encuesta a enfermeras jefes para medir el ausentismo</i> .....	<b>65</b>
<i>Anexo 5: Cálculo de la pérdida de recursos por ausentismo médico y sobrepagos</i> .....	<b>68</b>
<i>Anexo 6: Diseño metodológico de las encuestas de percepción sobre el cumplimiento metodológico de las normas y del tiempo de trabajo del personal médico</i> .....	<b>69</b>

## Indice de Cuadros y gráficos

<b>Tabla 1</b> Tipología de conductas irregulares en los hospitales públicos .....	<b>13</b>
Tabla 2 Nivel de autonomía hospitalaria en el manejo de las variables claves de la gestión institucional.....	<b>15</b>
Tabla 3: Principales fuentes de información del estudio .....	<b>20</b>
Tabla 4: Principales indicadores utilizados en el estudio .....	<b>25</b>
Tabla 5: Indicadores institucionales y de conductas irregulares por hospital .....	<b>27</b>
Tabla 6: Frecuencia de Intervención de los organismos de dirección en la elaboración del Presupuesto Anual y en la Compra de Insumos (percepción de los directivos de los hospitales públicos), 1999 .....	<b>28</b>
Tabla 7 Frecuencia de Intervención de los organismos de dirección en la Contratación del Recurso Humano de Planta o por Contrato de Servicios (percepción de los directivos), 1999 .....	<b>29</b>
Tabla 8 Frecuencia de Intervención de los organismos de dirección en fijación de la remuneración del personal de Planta y en la definición de la remuneración de Contratistas. (percepción de los directivos de los hospitales públicos) 1999 .....	<b>29</b>
Tabla 9: Asistencia a la Junta Directiva (percepción de los directivos), 1999 .....	<b>31</b>
Tabla 10: Calificación de la Participación en las Juntas (percepción de los directivos), 1999.....	<b>31</b>
Tabla 11: Actividad de las juntas directivas de los hospitales públicos .....	<b>31</b>
Tabla 12: Existencia de Mecanismos de Vigilancia y Control en los Hospitales.....	<b>32</b>
Tabla 13: Faltas Disciplinarias .....	<b>33</b>
Tabla 14: Conductas Irregulares más frecuentes en los Hospitales.....	<b>34</b>
Tabla 15: Conductas Irregulares más frecuentes en los Hospitales.....	<b>36</b>
Tabla 16: Indicadores de Precios de los Insumos Seleccionados .....	<b>38</b>
Tabla 17: Comparación del valor de adquisición real de 6 insumos frente al valor estimado de acuerdo a los precios de referencia ofrecidos por Red Salud (pesos colombianos de 1998).....	<b>39</b>
Tabla 18: Variables incluidas en los modelos y signos esperados.....	<b>40</b>
Tabla 19: Correlaciones.....	<b>42</b>
Tabla 20: Primera regresión :estimación por mínimos cuadrados ordinarios.....	<b>43</b>
Tabla 21: Segunda regresión :estimación por mínimos cuadrados generalizados.....	<b>43</b>
Ilustración 1: Participación de los contratistas en el personal, Bogotá, 1994-1998.....	<b>30</b>
Ilustración 2: Razones del Ausentismo Médico .....	
Ilustración 3: Razones de los robos .....	<b>33</b>
Ilustración 4: Distribución de las adquisiciones de acuerdo a los precios pagados .....	<b>38</b>

## **Agradecimientos**

En primer lugar queremos agradecerle a la Secretaría de Salud y a los hospitales del Distrito por su apoyo. Sin su compromiso con este estudio hubiera sido muy difícil llevarlo a cabo tanto más tratándose de una temática tan delicada.

Así mismo nos fue de gran utilidad recibir los comentarios y sugerencias de las siguientes personas: Martha Misas, Fabio Sánchez, Hugo Oliveros, Jairo Nuñez, Jaqueline Arzoz, Juan Gonzalo Zapata y César Caballero. El apoyo de Giovani Cortés fue definitivo en el trabajo estadístico.

También fueron muy valiosos los comentarios recibidos en el seminario de Transparency International, capítulo nacional sobre corrupción llevado a cabo conjuntamente con la Universidad de los Andes y la Presidencia de la República.

Finalmente, queremos resaltar la excelente labor de Carlos García en el procesamiento y construcción de las bases de datos así como a Esther Penagos y Sayuri Céspedes en su trabajo de coordinación del proceso de recolección de información y la preparación de informes.

## 1. Introducción

Este trabajo, pretende aproximarse a tres preguntas: 1) ¿en qué va la implementación de principios básicos de la gestión pública moderna (autonomía, transparencia y rendición de cuentas, vigilancia y control) en los hospitales públicos de Bogotá?; 2) ¿hay indicios de corrupción en los hospitales públicos?; y, 3) ¿puede establecerse una relación entre la implementación de estos principios básicos de gestión pública y los niveles de corrupción hallados en los hospitales?.

Para contestar las anteriores preguntas, el estudio se basó en encuestas de percepción realizadas en los 33 hospitales públicos de Bogotá, en entrevistas directas adelantadas con los directivos de las diferentes áreas en los mismos y, finalmente, en la construcción de una base de datos de cerca de 600 observaciones sobre variación de precios de adquisición de 7 insumos médico quirúrgicos.

En cuanto a la implementación de lo que hemos llamado “principios básicos de gestión pública” los resultados principales fueron:

- a) la percepción de los directivos de los hospitales de una gran autonomía frente al otrora omnipresente Ministerio de Salud;
- b) la persistencia de grandes restricciones a la autonomía en el manejo de personal de planta;
- c) resistencias de algunos de los directivos de asumir la autonomía financiera no sólo como un derecho sino como una obligación y responsabilidad;
- d) la existencia en la mayoría de los hospitales de mecanismos que permiten mayor transparencia y rendición de cuentas (la constitución de juntas directivas con representación de la comunidad, crecientes niveles de autofinanciamiento, la existencia de herramientas gerenciales modernas, entre otros) pero que son, en muchos casos todavía de carácter puramente formal;
- e) la existencia de las herramientas básicas para ejercer la vigilancia y control en la mayoría de los hospitales (oficina de control interno, oficina de quejas, revisoría fiscal, entre otros);
- f) los mecanismos de vigilancia y control son inoperantes.

En cuanto a la existencia de corrupción en los hospitales públicos en el Bogotá, los resultados arrojaron que más del 50% del total del personal hospitalario respondió que sí había conductas irregulares en los hospitales públicos del distrito y entre éstas fueron percibidas como las más frecuentes el ausentismo de los médicos y los malos manejos en la compra de insumos médico quirúrgicos. Un censo a las enfermeras jefes permitió establecer una tasa de ausentismo del 5.40% para los médicos generales y del 6.06% para los médicos especialistas. En cuanto a la variación de precios para 7 insumos médico quirúrgicos se encontró que más del 60% de las compras en los insumos analizados se adquirieron a precios superiores a los disponibles para los hospitales del Distrito a través del convenio anual establecido (Red Salud). Si los hospitales hubieran comprado estos 7 insumos a los precios de referencia disponibles hubieran ahorrado el 11% del total invertido en estas compras. Al relacionarse la variación de precios como proxy de las conductas irregulares se encontró que el actual sistema de financiación de los hospitales donde los subsidios de oferta sustituyen gradualmente los subsidios de demanda reduce la variación de los precios de los insumos.

Además de esta introducción, este documento presenta en la segunda sección algunos aspectos de la Reforma Institucional del Estado en la presente década, con particular énfasis en las herramientas propuestas para combatir la corrupción. En el tercer punto se resume el alcance de estas reformas para el sector salud y se explica la importancia de analizar el efecto de las reformas precisamente en este sector. La cuarta sección explora la relación entre los nuevos principios de administración pública: autonomía, transparencia y rendición de cuentas y vigilancia y control con las conductas irregulares. Enseguida, el punto quinto presenta las fuentes de información utilizadas y los indicadores contruidos con la información a partir de las encuestas, las entrevistas, la información sobre compras de insumos y la información contable. La sexta sección analiza los principales resultados y finalmente se presentan algunas conclusiones.

## 2. La Reforma Institucional del Estado para combatir la corrupción.

Actualmente Colombia es un país afectado severamente por el problema de la corrupción como lo demuestran varios de los índices internacionales<sup>1</sup>, condición que se ha visto agravada en las dos últimas décadas probablemente por la penetración del narcotráfico en casi todas las esferas de la sociedad, en especial en las ramas del poder público, creando en muchos casos un ambiente de tolerancia e indiferencia frente a situaciones como el enriquecimiento rápido y fácil aún a costa de la legalidad<sup>2</sup>.

La corrupción es apenas un síntoma de un estado débil<sup>3</sup>. No sorprende por lo tanto que el tema de la construcción de un Estado fuerte está en el centro de las discusiones sobre la lucha contra la corrupción. Dentro de este proceso es fundamental la introducción de mecanismos que implican una mayor transparencia y rendición de cuentas, una mayor autonomía e independencia de los organismos ejecutores de política y un fortalecimiento de los mecanismos de vigilancia y control<sup>4</sup>.

En los siguientes párrafos se ofrece un resumen sobre el contexto institucional colombiano que muestra los procesos de transformación del Estado propuestos en Colombia tanto para lograr eficiencia en la provisión de servicios públicos en general y en el sector de la salud, así como para reducir los niveles de corrupción.

En Colombia, estos principios se impulsarían a través de la descentralización del Estado, la participación comunitaria, la apertura de espacios a formas distintas al monopolio estatal en la provisión de servicios públicos y el fortalecimiento de los mecanismos de vigilancia y control, estrategias que conducirían a mejorar la gestión del estado haciéndola mas eficiente. Este proceso se aceleró en Colombia con la expedición de la nueva Constitución de 1991, que profundizó las reformas que se venían haciendo desde la década anterior. Los dos sectores hacia los cuales se dirigían estas reformas eran en especial salud y educación, considerados pilares del desarrollo social y económico, en los cuales el país propuso invertir montos crecientes de recursos<sup>5</sup>. Las reformas se materializaron con la aprobación de la Ley 60 y la Ley 100, ambas de 1993.

Estos procesos de cambio buscaron fortalecer y en muchos casos construir la inexistente "institucionalidad de lo público". Se propuso buscar transparencia en los actos del Estado y el compromiso de brindar cada día más y mejores servicios de cara a los intereses de la comunidad, para obtener instituciones públicas creíbles, respetables y eficientes.

---

<sup>1</sup> Vea por ejemplo, Transparency International Corruption Perception Index.

<sup>2</sup> Reflejo de esta situación, de acuerdo a una encuesta realizada a principios de la década del 90, se evidencia como el 62% de los colombianos considera que la "corrupción está generalizada o muy generalizada" y el 32% de los ciudadanos "confiesa haber incurrido en prácticas corruptas alguna vez en su vida".

<sup>3</sup> Según datos del Departamento Nacional de Planeación a partir de los años 80 los delitos contra la administración pública se incrementaron notablemente. La Procuraduría General de la Nación recibió más de 385.000 quejas por faltas contra la Administración, de las cuales sólo el 13% concluyeron en sanción después de la investigación Badel Martha Helena (1999) "Costos de la Corrupción en Colombia" DNP. Archivos de Macroeconomía. Mayo

<sup>4</sup> Estos nuevos preceptos se derivaron de las teorías del Public Choice, de Principal-Agent y de Costos de Transacción, tratamientos que ofrecieron una serie de herramientas para entender mejor el papel del Estado y por lo tanto mejorar su eficiencia.

<sup>5</sup> Según datos obtenidos del Ministerio de Salud, Programa de Apoyo a la Reforma, y del Departamento Nacional de Planeación, Colombia gasta actualmente en salud entre 8 y 9 puntos del PIB, lo que comparativamente con lo invertido en 1990 significa que el gasto público en este sector se ha doblado.

Igualmente, se consideró necesario para el éxito de estas acciones dotar a la comunidad de herramientas que le permitieran participar en la toma de las decisiones, en la gestión de las instituciones y en hacer efectivo el control que a ella le corresponde. Las reformas no podían limitarse, como ocurrió en muchos casos, a simples cambios administrativos y fiscales con el propósito de combatir la corrupción por la vía de expedir de manera permanente complejas normas y códigos de conducta a medida que iban apareciendo nuevas formas de evadirlas<sup>6</sup>. Al respecto en el país se han hecho algunos avances en el diagnóstico sobre la necesidad de superar el énfasis normativo, por uno que tenga en cuenta los intereses de los agentes involucrados y el diseño de los incentivos correctos.<sup>7</sup>

En efecto, sin desconocer lo breve del tiempo que ha transcurrido desde la expedición de la nueva Constitución y la reglamentación de todas sus normas, algunos resultados sugieren que no sólo se ha quedado corta en alcanzar los objetivos, sino que tal vez se han creado espacios adicionales que han conducido a incrementar el fenómeno de la corrupción<sup>8</sup>. En efecto, aunque la reforma constitucional de 1991 introduce un nuevo sistema de incentivos para mejorar el funcionamiento en las instituciones con el fin de hacerlas más transparentes y participativas en su gestión, en la práctica estos se han reemplazado por esquemas poco realistas de transición, bajo la presión de intereses particulares que intentan así evadir la Reforma. Se sigue utilizando con exageración la legislación y el poder discrecional del estado, que no solo es incapaz de lograr eficiencia y de combatir la corrupción, sino que además le resta a las instituciones capacidad y agilidad para responder a sus obligaciones. Esto ha llevado inclusive a situaciones extremas en donde dado lo intrincado de las normas y lo difícil de su estricta observancia, es bastante fácil emprender procesos de supuesta justicia, que se aplica de manera selectiva, muchas veces respondiendo a fines particulares<sup>9</sup>. A pesar de todos los esfuerzos no se ha logrado un adecuado equilibrio entre la flexibilidad necesaria en el uso de los recursos públicos (que permita una evaluación de resultados), y el control que imponen las normas.

La situación descrita anteriormente tiende a agravar y facilitar prácticas corruptas a todo nivel, a deteriorar la eficiencia y calidad en la prestación de los servicios, como también a menoscabar la confianza de la ciudadanía en el estado, restándole legitimidad a su accionar. Estas situaciones presentan diversas formas e intensidades en su manifestación, que responden en esencia al peso relativo que ellas tengan en el concierto político y económico nacional, como también a la estructura de incentivos propias de cada sector, relacionadas en gran medida con las formas organizativas que adoptan las instituciones en particular.

La introducción de elementos de mercado en la provisión de la educación y la salud, monopolios tradicionalmente de carácter público, genera en alguna medida riesgos de profundizar las brechas existentes entre distintas comunidades, de hacer poco eficiente el gasto público y de acentuar los niveles de corrupción predominante. Si a lo anterior se suma la infinidad y complejidad de las

<sup>6</sup> Según cálculos del Ministerio de Justicia (1998), en el país se producen anualmente unas 6000 normas de distinto tipo.

<sup>7</sup> Wiesner, Eduardo (1997). La efectividad de las Políticas Públicas en Colombia: Un enfoque Neo-Institucional. DNP.

<sup>8</sup> Un ejemplo de ello es la politización y posterior derrumbe moral de los máximos organismos de vigilancia y control (Contraloría y Procuraduría), cuyos anteriores directores están hoy encarcelados paradójicamente por "corruptos". Además en las encuestas recientes (1998) estos entes son identificados como los organismos públicos más corruptos del país, seguidos por el Congreso de la República, entidad que nombra las cabezas en estos organismos.

<sup>9</sup> En Colombia, en especial durante el gobierno que actuó entre 1994 y 1998, fueron innumerables las quejas de distintos sectores, expresadas por diversos medios de prensa hablada y escrita, acerca de la utilización selectiva de la justicia en contra de grupos o personas específicas.

normas existentes, la ineficiencia y muchas veces el desprestigio que padecen las entidades de control por su grado de politización y niveles de impunidad observados<sup>10</sup>, se crea un ambiente propicio e ideal para que el enriquecimiento o la subsistencia ilícita, fácil y rápida, tenga plena cabida. Algunos autores han argumentado la necesidad de contar con fuertes especificaciones de los derechos de propiedad y formalidad en los contratos, es decir, mercados robustos, antes de la introducción de estas reformas para obtener buenos resultados<sup>11</sup>. En otras palabras, es necesario primero reemplazar la informalidad de las reglas para avanzar en la definición de contratos que definan objetivos, metas, indicadores de eficiencia, incentivos, sistemas de vigilancia y control, entre otros, para que funcionen posteriormente las reformas.

Existe un relativo consenso entre los estudiosos del tema de la corrupción de que ella prolifera cuando las distorsiones del régimen normativo y de políticas dan oportunidades para ello y cuando las instituciones concebidas para restringirla son débiles. Sus análisis han identificado como causas de la corrupción, los amplios poderes discrecionales de los funcionarios; la poca o ninguna rendición de cuentas y la baja o ninguna probabilidad de ser descubierto y sancionado. A su vez, entre las principales soluciones o mecanismos de control que se han propuesto, sobresalen los instrumentos de gestión basados en la definición precisa de responsabilidades y evaluación de resultados; la definición clara de prioridades y la gerencia pública de cara a los intereses de la comunidad para la optimización de los recursos asignados.

A nuestro juicio, el más importante instrumento que ha comenzado a ser utilizado con las reformas, para mejorar la eficiencia del gasto público y combatir la corrupción, es la creación y el desarrollo de nuevas instituciones y la reestructuración de las existentes, bajo un marco que promueva el conocimiento preciso de metas y objetivos (plan de desarrollo), la transparencia de la gestión para alcanzar los objetivos, la medición de resultados y rendición de cuentas en un entorno que busca o al menos pretende generar estímulos derivados de la competencia entre instituciones.

Sin embargo, la reforma de las instituciones toma tiempo, los resultados por ejemplo de mejorar la educación o la efectividad del sistema judicial no sólo no se alcanzan rápidamente sino que son difícilmente cuantificables en el corto plazo. Además los principios generales adoptados para toda la Administración Pública en estas reformas, por lo general desconocen que las instituciones públicas, cumplen diferentes funciones, persiguen muchos objetivos, tienen variados niveles de discrecionalidad y deben rendir cuentas, así sea de manera formal e ineficaz, a distintas autoridades.

Por último, además de requerir tiempo, los resultados dependerán de que las reformas logren actuar tanto en lo formal como en el conjunto de reglas informales con las que funcionan las instituciones. Como se analizará en el curso de este trabajo, las reformas puestas en marcha en Colombia, estuvieron bien concebidas en su orientación pero aún no han sido asumidas totalmente por los agentes, tal vez por haber transcurrido muy poco tiempo, porque requieren aún ser asumidas por los agentes y porque es poco el esfuerzo que se ha hecho para lograrlo.

---

<sup>10</sup> Ibidem 6

<sup>11</sup> Schick Allen (1998) On Whether Developing Countries Should try New Zealand's Reforms.

### 3. El cambio institucional en el sector salud y la corrupción

El conjunto de leyes<sup>12</sup> aprobadas para el sector de la salud al inicio de la década de los noventa se inscribió dentro del mismo proceso de reformas al Estado y respondió a diagnósticos de baja cobertura en salud, mala calidad e ineficiencia en la prestación de los mismos<sup>13</sup>. Desde el principio fue claro que la restricción para el desarrollo del sector no eran tanto los recursos<sup>14</sup> sino la gestión y forma de asignación de los mismos. Los cambios introducidos no sólo llevaron a un fortalecimiento del ámbito territorial en términos políticos, financieros e administrativos<sup>15</sup> común a los demás sectores sociales sino también a la introducción de la competencia a los organismos públicos en los procesos de aseguramiento y provisión de los servicios de salud. Este nuevo esquema de aseguramiento a toda la población contra las contingencias de la enfermedad, sería financiado mediante una combinación de aportes fiscales directos con un impuesto a los ingresos de trabajadores, y operado a través de aseguradores públicos y privados, tanto para los trabajadores como para las personas pobres, quienes tendrían libertad de elección y movilidad entre aseguradores y prestadores.

Las innovaciones institucionales<sup>16</sup> más importantes que se dedujeron de estos cambios para el sector hospitalario público, objeto de estudio, fueron: i) un nuevo sistema de asignación de los recursos públicos donde se reemplaza gradualmente el presupuesto histórico por un sistema de pago relacionado con el tipo y cantidad de servicios ofrecidos a la población asegurada. De esta manera se pretendió operar un cambio en la forma como venían funcionando los hospitales públicos, con el objetivo de estimular una gestión más eficiente y una mayor transparencia y rendición de cuentas frente a los usuarios quienes los premiarían o no con sus decisiones de consumo y, ii) la conversión de los hospitales públicos en “Empresas Sociales del Estado”<sup>17</sup>, figura administrativa que los dotó de una mayor autonomía en la gestión de sus recursos humanos y financieros.

La descentralización institucional que supuso la reforma en el sector salud implicó, como consecuencias fundamentales para la operación de los hospitales públicos la constitución de una junta directiva en la que hay *amplia representación de la comunidad*, con injerencia en las decisiones de nombramiento y remoción del director de la institución y de *control* y asesoramiento en su gestión y, finalmente mayor *autonomía* para contratar el recurso humano necesario.

<sup>12</sup> Las más relevantes para el sector de la salud son la ley 10 de 1990, la ley 60 y la ley 100 de 1993.

<sup>13</sup> Los niveles de cobertura en seguridad social en salud previo a la reforma de 1993 fueron estimados en menos del 20% de la población total, una parte significativa de la población pobre falta completar con trabajo de Bitran.

<sup>14</sup> Según datos obtenidos del Ministerio de Salud, Programa de Apoyo a la Reforma, y del Departamento Nacional de Planeación, Colombia gasta actualmente en salud entre 8 y 9 puntos del PIB, lo que comparativamente con lo invertido en 1990 significa que el gasto público en este sector se ha doblado.

<sup>15</sup> Dentro de este nuevo esquema, el Estado dejaría de ser el prestador y se convertiría en director, líder y regulador del sector.

<sup>16</sup> Este término fue utilizado en referencia al artículo de Paes de Barros y Medonca en Saavedoff 1998.

<sup>17</sup> La Empresa Social del Estado constituye una categoría especial de entidad pública descentralizada con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa”, según define el decreto 1298 de junio 22/94, art. 95. Así por ejemplo, las ESE ya no dependen de las entidades territoriales para el nombramiento de nuevos funcionarios.

Porqué entonces estudiar la corrupción en el sector de la salud? Existen varias razones de peso para ello, entre las cuales está en primer lugar el hecho de que algunos afirman que es hoy el principal problema del sistema de seguridad social en salud en Colombia<sup>18</sup> y otros consideran que es en parte producto del cambio de las reglas de juego introducidas por el nuevo marco de seguridad social en salud. Finalmente y tal vez de mayor importancia porque hay condiciones específicas de los hospitales públicos que los convierte en un espacio propicio al riesgo de la corrupción por la *condición de agente* que asume el director del hospital público, quien representa los intereses que le fueron confiados a un gobernante elegido por medio del voto, por una comunidad dispersa y muchas veces expresada minoritariamente por esta vía, lo que en cierta medida relaja sus obligaciones como “agente” de esa comunidad.

En la mayoría de los casos de los hospitales públicos en este país, la comunidad no tiene mecanismos para exigir un eficaz rendimiento de cuentas a su director sobre un servicio que supuestamente les pertenece, por varias razones:

- i) Generalmente no existe una definición precisa y cuantificable de los objetivos que se persiguen con el hospital, lo que muchas veces se limita a definiciones vagas de “prestar un servicio social” sin que en la mayoría de los casos se sepa a qué costo y de qué calidad.
- ii) En ausencia de una clara definición de los derechos y obligaciones de usuarios y del prestador, los mecanismos de monitoreo que tratan de implementarse se hacen ineficientes e inoperantes. Tal es el caso de la forma como en nuestro medio se acostumbra evaluar la gestión de los directores de los hospitales públicos, centrada en mirar los procesos sin que para nada importe cuales fueron los resultados y el impacto de sus acciones sobre la salud de la comunidad que atienden. Además, en la mayoría de los casos estos mecanismos de control de gestión institucional, sea cual fuere su tipo y denominación son inexistentes.
- iii) Existe una gran presión por continuar con el sistema anterior de financiación estatal de los hospitales (subsidios de oferta). Estos recursos se han asignado tradicionalmente de manera independiente de la cantidad y calidad de los servicios prestados, definidos mas bien por el poder y la presión que puedan ejercer los distintos grupos de interés, que generalmente no representan a la comunidad donde el hospital opera. Igualmente al interior de las instituciones, las remuneraciones del personal son independientes de la cantidad y calidad de servicios prestados.
- iv) Los beneficiarios no tienen claridad respecto a la cantidad y calidad de los servicios a los que tienen derecho. Lo anterior es especialmente cierto en un esquema monopólico de “asistencia pública” donde los servicios se dan en función de la disponibilidad de los recursos y la buena voluntad de los prestadores, en donde la mayoría de los usuarios no tienen mas que aceptar lo que quiera ofrecérseles.
- v) Más aún, se carece de mecanismos coercitivos eficaces para hacerle exigible al director o al gobernante de turno el cumplimiento de sus obligaciones frente al derecho que tienen los usuarios, es decir que hacer bien o mal las cosas no genera consecuencias ni para el director ni para el gobernante que lo designó. Mucho menos el Director del hospital tiene cómo exigirle a sus funcionarios resultados, ante la inoperancia para castigar y la rigidez para premiar, de las normas del servicio civil. Significa que no existe un control social sobre lo que se hace en los hospitales públicos<sup>19</sup>.

---

<sup>18</sup> Thoene B, “Posición de la Asociación Colombiana frente a la reforma de la ley 100 y la corrupción dentro del sistema de seguridad social en salud” en Revista Hospitalaria. Bogotá año 1 No. 6, pág. 6-8.

<sup>19</sup> Es interesante notar en este contexto que aún bajo la figura de los hospitales intervenidos por deficiente manejo y gestión es poco lo que

Todo lo anterior conduce a una situación en donde el hospital no parece tener ni conductor ni dueño, siendo entonces terreno propicio para que termine al servicio de intereses distintos a los que debería responder, abriendo de esta manera un espacio propicio para la corrupción.

Las evidencias que se tienen de corrupción en el sector de la salud parten de los archivos pertenecientes a la Controlaría General de la República, 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.<sup>20</sup> Igualmente esta situación se hace evidente con bastante frecuencia mediante las notas de prensa que indican operaciones fraudulentas en el sector hospitalario y de la salud, mencionándose en particular casos como adquisición irregular de insumos y servicios, y anomalías en la conducción y adjudicación de licitaciones para la adquisición de equipos y suministros hospitalarios<sup>21</sup>. Además, existe abundante evidencia anecdótica en el sentido de que el personal asistencial y en particular los médicos, realizan prácticas que pueden ser consideradas como corruptas que van desde no cumplir con la totalidad del tiempo por el que fueron contratados hasta inducir demanda innecesaria de servicios a los pacientes, como también de emplear indebidamente instalaciones, equipos y materiales, todo ello en beneficio propio.

La **Tabla 1** presenta una tipología de las principales conductas irregulares en el sector de la salud. A pesar de lo anterior no se ha adelantado ningún estudio en el país que analice en forma sistemática el tamaño y el alcance de la corrupción en el sector.

El objeto de estudio de este trabajo es la ciudad con mayores posibilidades en Colombia para el éxito de estas reformas. Bogotá, es probablemente la ciudad con mayor grado de avance en el desarrollo y puesta en marcha de las reformas del sector salud haciéndolo un objeto de estudio de particular interés. En el momento de redactar este informe, el 81.2% de la población total se encontraba afiliada a un seguro de salud, 24 de las 28 aseguradoras más grandes del país estaban operando en la capital, la totalidad de los hospitales públicos estaba operando bajo la forma de "Empresa Social del Estado", el 65% de sus recursos provenían de la venta de servicios a terceros y la Secretaría Distrital de Salud, ente coordinador de este sector se había reorganizado en cuatro oportunidades en lo corrido de la década para adaptarse a las nuevas funciones que le asignó el proceso de descentralización y la reforma del sector Salud. Estos avances son considerables si se tiene en cuenta que apenas 5 años atrás, la población pobre dependía totalmente de la asistencia pública para su atención, los hospitales eran manejados en forma muy centralizada desde la Secretaría Distrital de Salud y la totalidad de sus recursos fueron distribuidos de acuerdo a una presupuestación histórica, independiente de la cantidad y calidad de los servicios prestados.

---

se puede hacer. En la medida en que no están definidas claramente las obligaciones de un gerente de un hospital público, despedirlo por malos manejos implica un proceso complejo y dispendioso en el cual probar la relación entre los resultados y la responsabilidad del funcionario se vuelve un hecho prácticamente imposible de mostrar.

<sup>20</sup> Vesga et alia, "La Corrupción Administrativa en Colombia", Fedesarrollo, Bogotá, Colombia, Mayo 1992.

<sup>21</sup> Periódico "EL TIEMPO". Series sobre corrupción en Caprecom, Cajanal y el ISS. Santafé de Bogotá, Enero- Mayo de 1998.

**Tabla 1 Tipología de conductas irregulares en los hospitales públicos**

**A. Actividades irregulares derivadas de la relación médico-paciente**

i) 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 hospital público. Esta modalidad es especialmente común entre los profesionales de la salud que ejercen simultáneamente su profesión de manera privada e institucional y que consiste en que éste se ausenta de su labor contratada para atender pacientes privados fuera o dentro de la institución pública. En este último caso la corrupción no sólo consiste en el robo del tiempo sino también en el uso indebido de las instalaciones, equipos o insumos. Se considera que el mecanismo de pago mediante salarios fijos está estrechamente relacionado con esta forma de corrupción, llevando a bajos rendimientos, pérdida deliberada de tiempo y aún a laborar menos de las horas contratadas, las que en muchos casos son utilizadas en otros empleos o actividades propias.

ii) 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.

iii) 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 intimamente ligados al tipo y volumen de servicios prestados. Se considera que lo anterior genera incentivos diferentes hacia la corrupción, derivada de la generación de demanda innecesaria de servicios. En efecto mientras que el pago por salario no genera un incentivo importante para inducir demanda, el pago por honorarios sí puede llevar a una demanda innecesaria y aún nociva para el paciente.

En este tipo de conductas se incluyen comportamientos como son la ejecución innecesaria de consultas, procedimientos diagnósticos o terapéuticos o el aumento innecesario de la intensidad de los mismos como por ejemplo cuando se aumentan injustificadamente los días de estancia hospitalaria del paciente. Mientras que estas formas de corrupción posiblemente todavía no son de gran importancia en los hospitales públicos debido a las formas actuales de asignación de los recursos y sistemas de pago a los médicos, si se pueden volver cada vez más importantes a medida que avance la reforma de salud y la búsqueda de incentivos para estimular la productividad del personal.

iv) 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.

**B. Actividades corruptas derivadas de la relación hospital (agente)-financidor:** Entre estas actividades está:

v) la falsificación o adulteración de facturaciones reportando servicios nunca entregados o modificando la severidad de los mismos ("upcoding"). Este problema, inexistente bajo un sistema de presupuestación histórica donde el hospital nunca generaba facturas para recibir sus recursos, se volverá cada vez de mayor importancia en Colombia a medida que los hospitales públicos reciban sus recursos contra demostración de servicios prestados a la población afiliada. En la actualidad el Ministerio de Salud está tratando de cambiar su sistema de entrega de los recursos de oferta para la población no afiliada, de un sistema de presupuestación histórica a un sistema de entrega contra demostración de servicios rendidos. Aunque esto tiene claros beneficios en términos de sus incentivos hacia una mayor productividad, genera también grandes problemas de control y vigilancia, que para el caso colombiano se hace mas evidente al estar centralizado en la Superintendencia Nacional de Salud el control información sobre servicios prestados en cerca de 1000 instituciones de prestación de servicios dispersas en todo el país.

**C. Actividades corruptas derivadas de la relación hospital (agente)- proveedor de insumos.** En estas se destacan:

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

**D. Otras Actividades corruptas.**

vii) El robo abierto de insumos por parte del personal hospitalario. Es esta una modalidad bastante frecuente conocida como hurtos continuados, que se presenta como consecuencia del alto costo y del bajo volumen de muchos de los insumos hospitalarios, que permiten ser retirados en pequeñas cantidades en los bolsillos del funcionario, sin que esto se haga evidente por la facilidad con que estos son cargados a la cuenta del paciente. Esta circunstancia se puede ver facilitada por el hecho de que en muchos casos quien solicita el insumo para el paciente generalmente es quien lo aplica o utiliza.

#### 4. Los principios básicos de gestión pública: su implementación en los hospitales públicos y su relación con la corrupción

Existe creciente consenso de que los factores institucionales afectan la eficiencia de los servicios sociales y que estos a su vez influyan en los niveles de corrupción. Este trabajo adopta esta posición al sentar como premisa general el supuesto de que existe una relación estrecha entre el entorno institucional caracterizado por la autonomía en la gestión, la transparencia y rendición cuentas y la existencia y operación efectiva de mecanismos de vigilancia y control, y la ocurrencia de conductas irregulares o corruptas en los hospitales públicos.

Los supuestos básicos de nuestro estudio son los siguientes:

*Conductas irregulares = F (Autonomía (-), Transparencia y Rendición de Cuentas (-), Vigilancia y Control (-))*

##### 4.1. Autonomía y Conductas Irregulares

###### 4.1.1. La autonomía en los hospitales colombianos.

Se entiende por autonomía la posibilidad que tienen las directivas de la institución de tomar de manera ágil, oportuna y con base en sus propios criterios, dentro de los principios y normas generales y específicas que rigen la administración pública, decisiones que atañen a su funcionamiento, a fin de poder cumplir eficientemente con las labores que le fueron encomendadas. Con la aprobación de la reforma de salud de 1993, se adoptaron algunas decisiones sobre el espacio de decisión de los hospitales públicos. Es interesante notar al respecto que en la justificación del articulado de la reforma se afirma que las principales modificaciones al modelo vigente de funcionamiento de los hospitales, incluye la búsqueda de “entidades autónomas, solventes y descentralizadas”<sup>22</sup> y, más adelante se dice que en las “entidades de prestación de servicios es necesario impulsar una verdadera autonomía para tener plena capacidad de obrar, de contratar y obligarse..., para ello, los hospitales y otros centros hospitalarios podrían transformarse en Empresas Sociales del Estado que, en sus procesos de contratación, quedarían sometidas al derecho privado”<sup>23</sup>, a fin de darles mayor agilidad que les permitiera competir con todo tipo de proveedores como pretende la reforma de 1993.

<sup>22</sup> Ministerio de Salud, 1994, La reforma a la seguridad social en salud, tomo 3, p.p. 159-160.

<sup>23</sup> Ídem, p.p. 172

Ahora bien, ser autónomo es un concepto relativo y hay quienes definen los hospitales autónomos como aquellos que “parcialmente gobiernan, dirigen y financian sus propias acciones”. Esto crea un problema de determinar el punto de quiebre entre ser autónomo o no, o la necesidad de analizar la autonomía simplemente en términos de evolución relativa al comparar diferentes hospitales entre sí y a través del tiempo sin contar con un patrón de referencia. Obviamente aún bajo este marco conceptual es necesario identificar aquellas funciones del hospital cuya autonomía se pretende evaluar. En Chawla et alia (Chawla 1996) se definen, dentro del ámbito hospitalario cinco dimensiones sujetas a la evaluación por su autonomía como son: gestión estratégica, administración, adquisiciones, gestión financiera y gestión de recursos humanos, y proponen calificaciones del “grado de autonomía” de acuerdo a su desempeño en los hospitales. En el caso de Bogotá podría decirse que a pesar del proceso de descentralización que se inició a principios de los 90, cuando todas las decisiones eran tomadas por los tecnócratas y políticos de turno, se ha alcanzado actualmente una mayor autonomía. Dentro de la clasificación propuesta por estos autores, los hospitales del Distrito de Bogotá pueden considerarse como bastante autónomos en los aspectos de gestión estratégica, administración y adquisiciones; moderadamente autónomos en términos de su gestión financiera y poco autónomos en términos del manejo de su recurso humano. (Tabla 2)

**Tabla 2 Nivel de autonomía hospitalaria en el manejo de las variables claves de la gestión institucional.**

Funciones normativas y administrativas	Nivel de autonomía hospitalaria		
	La cual está limitada por las normas y principios generales de la administración pública en Colombia, y específicos para los hospitales del Distrito Bogotá.		
	Poca autonomía	Algo de autonomía	Gran autonomía
<i>Ambito Distrital</i>			
Definición de metas globales de salud para el Distrito	La toma de decisiones están a cargo del alcalde (Secretaría Distrital de Salud)		
Definición de metas específicas para el hospital			La toma de decisiones está en gran medida a cargo del hospital
<i>Ambito del hospital</i>			
Gestión estratégica			Junta Directiva constituida de manera independiente que toma decisiones autónomas
Administración			Gestión autónoma del Director que sigue los lineamientos de la Junta Directiva
Adquisiciones			Adquisiciones completamente bajo el control de la administración del hospital
Gestión Financiera		Restringida por los lineamientos generales de tipo presupuestal que impone el Distrito. Hay mayor autonomía sobre los recursos que provienen de la venta de servicios	
Gestión de recursos humanos	Sobre los empleados que están bajo el régimen de servicio civil.	Sobre el personal temporal contratado, no sujeto a las normas del servicio civil. Sobre el personal contratado a través de firmas para prestar servicios específicos.	*

Ahora bien, 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,<sup>24</sup> es, teóricamente el mismo para todos. Sin embargo, los hospitales utilizan este espacio de manera distinta, en especial en cuanto a lo que tiene que ver con la *gestión de recursos humanos*. En efecto, si bien todos los hospitales están sometidos a las mismas normas de servicio civil, por cierto rígidas en extremo<sup>25</sup> para contratar e inoperantes para evaluar o despedir personal de planta, se ha abierto la posibilidad de contratar personal mediante vías alternas más flexibles distintas al servicio civil, como son la celebración de contratos civiles no regidos por estas normas, utilizados para suplir de manera temporal las necesidades cambiantes del servicio.

#### **4.1.2. Relación entre autonomía y conductas irregulares**

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 crea incentivos para mejorar su situación general y financiera (Walford, Grant, 1998, pp18-20). 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. En cuanto a las dos formas de conductas irregulares que son objeto central del presente estudio, se podría pensar que los directivos de la entidad hospitalaria son menos permisivos frente al ausentismo del personal asistencial si son ellos quienes tienen que asumir las consecuencias de un menor desempeño de su personal. De igual manera, tienen incentivos más claros para adquirir los insumos médicos al mejor precio y controlar adquisiciones irregulares.

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* (la comunidad o 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*, por lo que en muchos casos fácilmente se puede terminar actuando en beneficio propio ocultando los verdaderos resultados de la institución, situación que es igualmente común en el sector privado.

---

<sup>24</sup> Este término fue introducido por Bossert, Thomas, 1997. “Decentralization of Health Systems: Decision Space, Innovation and Performance”, Data for Decision Making (DDM) Working Paper. Cambridge: Harvard University.

<sup>25</sup> Existe en Colombia un régimen laboral para los funcionarios públicos que implica, entre otras, sobrecargos por nocturnos y festivos, altos costos de despido, elevados costos extrasalariales y complejos y dispendiosos mecanismos para evaluar, adelantar procesos disciplinarios y para el despido (entre 2 y 3 años de acuerdo a las entrevistas sostenidas con los directores de los hospitales). Estas rigideces se derivan de los principios de estabilidad laboral y protección del trabajador. De acuerdo a Lora y Pages (Lora, Pages 1998) Colombia hace parte de los países más rígidos de América Latina en términos de su legislación laboral.

## 4.2. Transparencia y Rendición de Cuentas

### 4.2.1. *Transparencia y rendición de cuentas en los hospitales colombianos*

Se entiende por transparencia en la gestión, cuando el proceso de planeación, ejecución, evaluación y ajuste de los objetivos y actividades que adelanta la institución, se hace de una manera participativa y transparente de cara a sus “dueños”(principal) teóricos, en este caso la comunidad beneficiaria de los servicios. Es decir, en donde cualquier ciudadano no solo pueda exigir y conocer, sino ser informado periódicamente del funcionamiento, servicios que ofrece y resultados alcanzados por las organizaciones que brindan un servicio público. Sin embargo, para que la transparencia sea un hecho real, debe darse como condición fundamental la existencia de información clara, completa y oportuna<sup>26</sup>, una comunidad organizada con poder para reclamar y actuar, al igual que alguien responsable por el desempeño de la institución.

En el caso de los hospitales públicos colombianos no es exagerado afirmar que antes de la reforma de la Ley 100 de 1993, los hospitales no tenían quien ejerciera presión por sus resultados porque no había un canal directo entre el principal (comunidad) y el agente (director). Por un lado, hacía falta una definición precisa y cuantificable de los objetivos que se perseguían en el hospital, no existía una relación clara entre el desempeño del hospital y sus ingresos, además de que estas instituciones no tenían que “rendir cuentas” ni ante las autoridades del sector y ni frente a la comunidad en general, por los resultados obtenidos con relación al conjunto de metas que se pretendían alcanzar; y la comunidad no poseía herramientas que le permitieran ejercer un adecuado control.

La reforma hizo varias innovaciones claves en este sentido, con miras a aumentar la transparencia en la gestión, y a obligar a una mayor rendición de cuentas, entre las que se destacan:

1. La constitución de juntas directivas en los hospitales públicos en las que estuviera representada la comunidad, con cierto poder para nombrar y despedir al Director de la institución, al igual que para fijar y controlar los lineamientos de acción de la institución.
2. La exigencia a los hospitales de financiar sus presupuestos con base en el tipo y cantidad de servicios prestados a la comunidad, que en cierta forma las conducía a autofinanciarse.
3. La obligación de contar con herramientas gerenciales modernas para el buen funcionamiento de la institución como son el tener un plan de desarrollo institucional, planes de inversión a corto plazo, metas cuantitativas y cualitativas entre otros.
4. La eliminación del monopolio en la atención de las comunidades objeto de los subsidios del estado, para lo cual deberían competir con el sector privado para poder acceder a estos recursos, que antes llegaban directamente.

---

<sup>26</sup> Klitgaard en su libro *Controlling Corruption*, page 82 menciona el disponer de información como una condición fundamental para combatir la corrupción

#### **4.2.2. *La relación entre conductas irregulares y transparencia y rendición de cuentas***

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 intereses particulares, las que muchas veces no representan de manera adecuada a la comunidad y sus intereses. Estas condiciones mejoran en la medida en que madure su organización y sus actitudes, que no es posible lograr sino se abren estos espacios de participación y se ejerce un adecuado control y apoyo sobre estos procesos.

#### **4.3. Vigilancia, Control y Sanción**

##### **4.3.1. *La vigilancia y el control en los hospitales públicos colombianos***

Una condición fundamental para combatir la ocurrencia de conductas irregulares es la existencia y el funcionamiento de mecanismos de vigilancia y control<sup>27</sup>. 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.

En Colombia existe consenso respecto a que la corrupción y la malversación de recursos públicos siguen teniendo excesiva incidencia, fortalecidas por la impunidad derivada de la crisis de la administración de la justicia. La nueva Constitución de 1991 tenía como uno de sus principales objetivos avanzar en la corrección de la impunidad, la morosidad y la congestión en la justicia. Para ello, se adelantaron reformas como concederle mayor autonomía e independencia de la rama judicial; se crearon nuevas instituciones que modificaron el sistema acusatorio, se introdujeron mecanismos alternativos de solución de conflictos, y nuevos marcos legales para la administración de justicia. Hoy, no hay indicios de cambios substanciales, aunque hay que advertir es aún prematuro para evaluar completamente sus resultados. Se registra desafortunadamente un exceso de normas, y de entidades encargadas de la vigilancia y el control, con un significativo cruce de funciones entre ellas. Además, los mecanismos para lograr una mayor participación ciudadana en el proceso de vigilancia y control son todavía débiles.<sup>28</sup>

Los hospitales no se han visto exentos de este desarrollo. Existe entre sus directivos una percepción bien arraigada respecto a la exageración de informes que tienen que rendir anualmente a las múltiples instancias de vigilancia y control sin que perciban claramente la

---

<sup>27</sup> Se entiende por control el conjunto de actividades de carácter punitivo o de incentivos que se utilizan para inducir la corrección de las anomalías.

<sup>28</sup> Comisión de Racionalización del Gasto y de las Finanzas Públicas (1997) Tomo II. Administración del Estado. Pag. 101-102.

utilidad de los mismos.<sup>29</sup> Ahora bien, parece existir una opinión generalizada de que los mecanismos de vigilancia y control existen pero no operan, en parte por ser procesos muy engorrosos<sup>30</sup>, a lo que se le suman otras circunstancias que los hacen aun mas ineficientes, como son la politización y corrupción en los principales organismos de vigilancia y control, como ya se mencionó, males que los han convertido en entes no solo inoperantes sino que frente a ello se tiene la sensación de que sus acciones son dirigidas intencionalmente de manera selectiva a fin de responder a intereses personales o partidistas. Igualmente, entre las directivas de los hospitales, se afirma de la existencia de la cultura del silencio en el sector público alimentada por el temor de ser amenazado, generalmente de forma anónima, o por terminar muchas veces de investigador de un hecho corrupto, a investigado por ser un supuesto violador de las normas. En efecto, lo anterior nos lleva a concluir que una evaluación de esta dimensión institucional tiene que tener en cuenta no sólo la *existencia* formal de los mecanismos de vigilancia y control pertinentes, sino también su operatividad que produzca el cambio esperado en los hábitos de los funcionarios públicos.

#### ***4.3.2 Relación entre conductas irregulares y mecanismos de vigilancia y control***

La teoría del crimen establece una relación inversa entre las conductas irregulares y la existencia de mecanismos de vigilancia y control. En cuanto al ausentismo y la variación de precios es sensato pensar que ambos tipos de corrupción verán reducido su campo de acción en un ámbito marcado por unos mecanismos de vigilancia y control que funcionan adecuadamente.

---

<sup>29</sup> En un hospital entrevistado por el equipo investigador se encontró que, los hospitales tienen que rendir más de 6 informes semanales antes las diferentes instancias de control.

<sup>30</sup> Así por ejemplo, toma entre 2 y 3 años para destituir a un funcionario público de carrera administrativa.

## 5. Fuentes de información , y construcción de indicadores

### 5.1 Fuentes de información

Esta sección introduce las fuentes de información utilizadas para contestar las tres preguntas básicas que constituyen el objeto del estudio. Dada la inexistencia de información sistemática tanto sobre el desarrollo institucional como sobre la corrupción en los hospitales públicos fue necesario construir una base de datos a partir de un conjunto de fuentes primarias y secundarias. (véase Tabla 3).

**Tabla 3: Principales fuentes de información del estudio**

Fuentes de información	Uso de la información	N
Entrevistas a informantes claves en todos los hospitales y corroboración in situ si posible. información. Mezcla de datos verificados y percepción.	Evaluación de la implementación de principios básicos de gestión pública	128
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
Encuestas al personal hospitalario mediante selección de una muestra probabilística significativa al nivel de cada hospital	Percepción del personal hospitalario respecto a los principales tipos de corrupción y funcionamiento de los mecanismos de vigilancia y control	860
Censo a enfermeras de todos los hospitales públicos de Bogotá	Evaluación y cuantificación del ausentismo médico	130
Construcción de base de datos sobre precios de adquisición de 5 insumos a partir de los archivos de suministros para 1998	Construcción de proxies de corrupción en la adquisición de insumos médico quirúrgicos	565
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	5 precios de referencia
Presupuestos hospitales	Construcción de indicadores de autofinanciamiento	33 presupuestos

Se realizaron, en primer lugar entrevistas a informantes claves dentro de cada hospital (gerente, director administrativo, jefe de personal y al jefe de control interno disciplinario), con el fin de evaluar la implementación de la autonomía, transparencia y rendición de cuentas y vigilancia y control 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.<sup>31</sup> Así mismo se aprovechaba las entrevistas para obtener información directa respecto a la

<sup>31</sup> Así por ejemplo se verificaron las actas de las juntas directivas para corroborar lo dicho por el director respecto al número de sesiones de la junta adelantadas.

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. (véase Anexo 1)

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 (véase Anexo 2).

Otro instrumento utilizado fueron las encuestas, en total se aplicaron dos formatos en cada hospital <sup>32</sup>. Una encuesta que denominamos “*de percepción*”, en la cual se indaga sobre la existencia de algunos tipos de corrupción, su frecuencia y razones aparentes; los mecanismos de vigilancia y control existentes y la actitud de los funcionarios frente a éstos hechos anómalos (véase Anexo 3). La segunda encuesta, adelantada en forma de censo a las enfermeras de todos los hospitales públicos de Bogotá, es el “*tiempo de trabajo del personal médico*”, con la cual se buscó conocer cual es la extensión, magnitud e implicaciones del ausentismo médico en los hospitales; percibir las posibles causas por las cuales los médicos se ausentan y determinar la existencia, operatividad y efectividad de los mecanismos de vigilancia y control diseñados para evitar esta conducta (véase Anexo 4)

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 5 insumos así como otra información relevante respecto al proceso de adquisición de los mismos (fecha, mora en el pago etc.). Esto permitió obtener una base de datos de 565 observaciones para el año de 1998. Los insumos utilizados en este estudio fueron seleccionados teniendo en cuenta criterios como su homogeneidad en términos de características tales como presentación, calidad y uso, además de que representarán el mayor volumen individual frente a las compras totales en la institución. Los insumos fueron: diclofenaco sodico SLN INY 75mg/3ml, Gentamicina SLN INY 80mg/2ml, Lidocaina 15 S/E SOL INY 50 ml, Penicilina G cristalina INY 1'000.000UI, Jeringas desechables de 5ml C/A y guantes de látex para examen diferentes tallas.

Por último se obtuvo información secundaria de los hospitales públicos acerca de sus gastos e ingresos y de la ONG Red Salud para establecer los precios de referencia para adquisición de los insumos a analizar. <sup>33</sup>.

---

<sup>32</sup> El Anexo 6 contiene DISEÑOS METODOLOGICOS DE LAS ENCUESTAS DE PERCEPCIÓN SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS Y DEL TIEMPO DE TRABAJO DEL PERSONAL MEDICO.

<sup>33</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.

## 5.2 Indicadores

Con la información recogida a través de las diferentes fuentes de información mencionadas anteriormente se construyeron una serie de indicadores que buscan contestar las preguntas planteadas por el estudio. Una parte de ellos se utilizó tanto para el análisis descriptivo como para la construcción posterior de un modelo<sup>34</sup> que busca establecer una asociación entre variables institucionales y la corrupción y otros se utilizaron únicamente para el análisis descriptivo agregado muchas veces por tener un gran grado de subjetividad en la información. A continuación se definen los indicadores (véase Tabla 4) utilizados para evaluar las diferentes dimensiones del desarrollo institucional (autonomía, rendición de cuentas y transparencia y vigilancia y control) así como los indicadores proxies de la corrupción en los hospitales públicos.

### 5.2.1. Evaluación Institucional

#### 5.2.1.1. Autonomía

Se construyeron cuatro indicadores para evaluar la autonomía de los hospitales públicos de Bogotá que son:

- i) la flexibilidad en el manejo del personal medida a través de la proporción del personal contratado vía contratos de servicios en oposición a contratos laborales formales PCONT98<sup>35</sup>;
- ii) la frecuencia de intervención de los organismos territoriales y nacionales en los procesos contratación del personal de planta y de contrato;
- iii) la frecuencia de intervención de los organismos territoriales y nacionales en los procesos de fijación de la remuneración del personal de planta y de contratos; y,
- iv) la frecuencia de intervención de los organismos territoriales y nacionales en los procesos de elaboración del presupuesto.

Mientras que el primer indicador es “hard data” y fue utilizado posteriormente en los modelos econométricos, los otros tres dan una idea respecto a la percepción de los informantes claves acerca de su autonomía percibida al nivel agregado en algunos de los procesos claves que atañe al funcionamiento de cualquier hospital público.

#### 5.2.1.2. Transparencia y rendición de cuentas

Con el fin de evaluar la transparencia y rendición de cuentas se construyeron 5 indicadores que son:

- i) el nivel de autofinanciamiento de los hospitales, definiéndose este último como la proporción del gasto total de 1998 financiado mediante venta de servicios a terceros en este mismo período. Este indicador refleja posiblemente una de las más importantes innovaciones de la reforma del sector de la salud en Colombia.(VTASERV);

---

<sup>34</sup> Cuyos resultados no reporta este documento.

<sup>35</sup> En paréntesis y en mayúscula se indica la nomenclatura que se utilizó siempre y cuando el indicador mencionado se utilizaba posteriormente en los modelos econométricos.

- ii) el porcentaje de herramientas básicas de gestión disponibles a partir de una lista de 7 ítems elaborada con el apoyo de expertos. Estas son a) plan de desarrollo, b) presupuesto anual de ingresos, c) plan de inversiones, d) metas de producción, e) metas de eficiencia y productividad, f) metas de calidad y g) misión institucional. (HERRAM);
- iii) el porcentaje de herramientas básicas de manejo de suministros disponibles en el hospital a partir de una lista de 4 ítems elaborada con el apoyo de expertos (MECCO). Estas son a) plan de compras con mínimos y máximos b) plan de compras con promedio de consumo c) información acerca de los tiempos de reposición y d) Kárdex;
- iv) el número de reuniones de las juntas directivas por mes (ACTMES); y,
- v) la percepción de los directores de los hospitales en cuanto a la presencia “física” de los miembros en las juntas directivas.

Mientras que la información contenida en el indicador v) fue utilizada únicamente para el análisis agregado, los indicadores i) a iv) fueron considerados lo suficientemente sólidos para incluirlos en los modelos econométricos.

### *5.2.1.3. Mecanismos de vigilancia y control*

Inicialmente se planteó una serie de indicadores que permitieron medir en forma directa la eficacia de los mecanismos de vigilancia y control en los hospitales a través de la creación de indicadores que relacionaran procesos disciplinarios iniciados y procesos disciplinarios terminados. Sin embargo, debido a la inconsistencia en la información encontrada fue necesario recurrir a indicadores menos precisos. Finalmente se construyeron los siguientes indicadores:

- i) faltas disciplinarias 1998 sobre el total del personal considerando que siendo el personal de todos los hospitales igualmente propenso a incurrir en una falta disciplinaria se podría considerar que entre mayor fuera esta proporción mayor sería la utilización que se hace de los mecanismos de vigilancia y control existentes (FDIS/P98);
- ii) percepción del personal del hospital frente a la eficacia de los mecanismos de vigilancia y control (VYCNO);
- iii) Porcentaje de herramientas de control y vigilancia y control existentes a partir de una lista de 6 ítems elaborada con ayuda de los expertos. Estos son a) oficina de control interno disciplinario, b) oficina de quejas y reclamos c) línea de denuncias d) comisión de personal e) auditoría externa y f) revisoría fiscal. (MECCON);
- iv) relación entre personal de planta evaluado que no aprobó las evaluaciones de desempeño en 1998 y total de personal como un indicador del uso real de los mecanismos de vigilancia y control. Sin embargo no existía variabilidad alguna en la información por lo que se descartó esta información para el análisis econométrico

### *5.2.2. Indicadores de corrupción*

#### *5.2.2.1. Percepción sobre la corrupción en los hospitales públicos*

Para obtener una idea acerca de la percepción de los hospitales públicos se construyó en base a una encuesta adelantada en la totalidad de los hospitales, un indicador de percepción de la

corrupción medido como el porcentaje del personal hospitalario que percibe algún tipo de conductas irregulares entre una lista de 5 opciones (ausentismo, robo, irregularidades en la adquisición de insumos, pagos informales y uso indebido de las instalaciones hospitalarias por parte del personal médico asistencial).

#### *5.2.2.2. Ausentismo médico*

Los autores de este estudio entienden por ausentismo médico la no presencia sin justificación del personal médico asistencial en las horas, en los sitios y en las labores para los cuales se encuentra contratado. Se construyeron dos tipos de indicadores:

- i) el ratio de horas diarias médicas ausentes sobre horas diarias médicas disponibles, información que se recolectó a través de los censos adelantados a las enfermeras y;
- ii) 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.

#### *5.2.3.3. Irregularidades en la adquisición de los insumos*

Ya que la corrupción en la adquisición de insumos no se puede observar directamente fue necesario construir una proxie a partir de la información recolectada acerca de las variaciones de precios que resultan al comparar precios de referencia de 7 insumos seleccionados por su homogeneidad y uso común en los hospitales<sup>36</sup>, con aquellos a los cuales los hospitales compraron efectivamente durante 1998. Para cada hospital se definió un precio promedio de adquisición para todos los insumos. La variación de precios está dada por  $P_{ij}/P_i * 100$  donde  $P_{ij}$  es el precio de adquisición del insumo  $i$  en el hospital  $j$  y  $P_i$  es el precio del insumo  $i$  ofrecido a través de Red Salud a los hospitales.

---

<sup>36</sup> Los insumos utilizados en este estudio fueron seleccionados teniendo en cuenta criterios como su homogeneidad en términos de características tales como presentación, calidad y uso, además de que representarán el mayor volumen individual frente a las compras totales en la institución. Los insumos fueron: diclofenaco sodico SLN INY 75mg/3ml, Gentamicina SLN INY 80mg/2ml, Lidocaina 15 S/E SOL INY 50 ml, Penicilina G cristalina INY 1'000.000UI, Jeringas desechables de 5ml C/A. Guantes de látex para examen diferentes tallas.

**Tabla 4: Principales indicadores utilizados en el estudio**

	INDICADOR	NOMBRE <sup>37</sup>
AUTONOMÍA	Frecuencia de Intervención de los organismos de dirección territorial y regional en la elaboración del Presupuesto Anual y en la Compra de Insumos	----
	Frecuencia de Intervención de los organismos de dirección territorial y regional en la Contratación del Recursos Humano de Planta o por Contrato de Servicios	----
	Frecuencia de Intervención de los organismos de dirección territorial y regional en fijación de la remuneración del personal de Planta y en la definición de la remuneración de Contratistas.	----
	%personal contratado por la vía de hacer contratos que no están sujetos las normas del servicio civil	PCONT98
TRANSPARENCIA Y RENDICIÓN DE CUENTAS	% de los gastos financiados mediante venta de servicios a terceros	VTASERV
	Frecuencia de asistencia a la junta directiva de los hospitales (percepción)	----
	Calificación de la Participación en las Juntas	----
	Número de reuniones de la junta directiva por mes	ACTMES
	% de herramientas de gestión básicas disponibles (Plan de Desarrollo, Presupuesto anual de ingresos, Plan de inversiones, Metas de producción, Metas de eficiencia y productividad, Metas de calidad y Misión institucional). Todos los anteriores 100%, ninguno 0%.	HERRAM
	% de herramientas de gestión de suministros disponibles (plan de compras con cantidades de stock mínimas y máximas, promedios de consumo, tiempos de reposición así como sistema de kárdex). Todos los anteriores 100%, ninguno 0%	MECCO
MECANISMOS DE EVIGILANCIA Y CONTROL	% del personal evaluado que "aprobó" la evaluación de desempeño en 1998	----
	Faltas disciplinarias 98/total personal de planta 98	FDIS98/P
	Percepción acerca de la existencia de Mecanismos de Vigilancia y Control en los Hospitales (% de personas que consideraron eficaces los mecanismos de vigilancia y control en el hospital bajo análisis)	VYCNO
CORRUPCIÓN	% del personal en cada hospital que percibe la existencia de conductas irregulares en su hospital.	----
	% del personal que percibe la existencia de ausentismo médico en el hospital	PERAUSE
	TASA DE AUSENTISMO (médico general, especialista y total)	TAMG,TAME, TATOT
	Variación % de precios agregada por hospital	INDICFIN

<sup>37</sup> Sólo se indica para las variables utilizadas posteriormente en el modelo.

## 6. Lectura de los resultados

La aplicación de los indicadores que se utilizaron como proxies para medir la corrupción y el grado de implementación de lo que hemos llamado “principios básicos de gestión pública” en cada uno de los 32 hospitales del distrito de Santafé de Bogotá, permite la ubicación de cada uno de ellos respecto a estos dos aspectos (Tabla 5). Lo que se puede apreciar de manera general es que los hospitales públicos de Bogotá no constituyen un conjunto homogéneo de hospitales en términos de su avance institucional y niveles de corrupción, ello a pesar de que todos enfrentan las mismas reglas de juego. Parecería que a la hora de aplicar la normatividad existente, los hospitales recurren a esquemas distintos de organización que implican diferentes grados de transparencia y gestión, autonomía y vigilancia y control.

**Tabla 5: Indicadores institucionales y de conductas irregulares por hospital**

Hosp.	AUTONOMÍA	TRANSPARENCIA Y RENDICION DE CUENTAS				MECANISMOS DE VIGILANCIA Y CONTROL			CONDUCTAS IREGULARES				
	PCON98	VTASERV	ACTMES	HERRAM	MECCO	FDI98/P98	MECCON	VYCNO	PERAUSEN	TAMGRAL	TAMESP	TATOT	INDICFIN
1	37,33	62,52	87,50	57,14	67,65	7,65	81,72	60,98	46,09	3,74		3,74	0,00
2	27,93	64,94	100,00	57,14	0,00	10,94	81,72	91,87	8,82	4,93	20,00	5,77	20,21
3	26,37	62,90	133,33	100,00	67,65	17,01	65,37	72,36	26,03	0,63	6,25	0,98	30,20
4	18,78	64,55	220,00	85,71	64,71	14,86	81,72	44,72	50,01	6,86	1,39	3,14	27,12
5	91,04	64,59	140,00	57,14	32,35	0,00	65,37	5,69	0,00	5,56		5,56	7,63
6	43,48	44,17	100,00	71,43	73,53	0,00	98,06	65,85	12,17				0,37
7	29,92	67,60	128,57	71,43	76,47	10,67	81,72	84,55	11,35				7,38
8	25,36	49,84	316,67	42,86	0,00	10,43	32,69	42,28	27,10				
9	15,63	58,60	183,33	71,43	76,47	0,00	65,37	73,17	45,70				27,61
10	15,54	64,34	143,45	57,14	76,47	6,75	81,72	73,98	34,15				10,40
11	19,00	87,33	100,00	42,86	67,65	3,22	32,69	65,85	5,78				0,00
12	34,40	62,05	166,67	42,86	79,41	12,60	49,03	35,77	61,78	6,06		6,06	6,02
13	21,88	77,12	266,67	28,57	67,65	0,00	49,03	52,85	20,67	6,70	16,67	7,20	16,72
14	25,40	62,89	333,33	57,14	100,00	5,68	81,72	52,03	30,35				2,03
15	21,72	68,14	120,00	71,43	79,41	0,00	81,72	47,97	29,89	11,29		11,29	30,02
16	39,58	66,10	188,89	100,00	67,65	14,93	81,72	89,43	25,26				6,84
17	43,22	59,36	100,00	28,57	32,35	0,00	81,72	49,59	46,56	18,67	100,00	32,22	18,37
18	32,19	73,20	200,00	71,43	97,06	6,71	81,72	55,28	27,73	5,33	7,83	7,13	0,00
19	24,91	66,48	200,00	71,43	88,24	23,98	65,37	70,73	71,33				0,00
20	34,98	70,67	150,00	71,43	79,41	8,63	81,72	95,12	24,01	0,29		0,29	11,95
21	41,79	59,75	83,33	28,57	76,47	4,76	65,37	69,92	36,43	1,09	23,53	7,14	6,25
22	41,79	59,83	75,00	85,71	88,24	5,95	98,06	68,29	4,56	7,29		7,29	7,53
23	15,34	65,28	177,78	71,43	100,00	0,00	49,03	35,77	44,32	5,41	0,69	1,65	0,00
24	25,28	54,46	216,67	0,00	76,47	4,48	65,37	61,79	29,67	4,78	0,00	4,78	6,66
25	69,61	73,51	183,33	100,00	85,29	16,03	98,06	73,17	15,41				5,40
26	15,53	62,67	244,44	85,71	73,53	3,16	81,72	82,93	58,24	5,56	5,54	5,54	3,35
27	22,92	64,93	222,22	42,86	79,41	0,00	65,37	39,02	58,46	5,00	4,69	4,83	15,72
28	38,87	65,73	211,11	100,00	64,71	2,91	32,69	100,00	20,54	2,31		2,31	0,00
29	61,36	72,52	227,27	100,00	79,41	0,00	98,06	78,05	27,27	7,74	6,07	6,55	0,49
30	53,12	58,89	257,14	100,00	0,00	0,92	65,37	52,03	51,32	0,88	0,00	0,88	
31	12,86	70,69	133,33	28,57	79,41	10,99	49,03	50,41	48,69	24,69	4,51	6,95	0,00
32	21,03	77,31	113,33	42,86	73,53	6,06	98,06	73,98	50,52				13,27
promedio	32,75	65,09	172,67	63,84	67,83	6,54	71,50	62,98	8,54	5,37	6,06	5,69	9,38
DesvStand	16,98	8,00	66,23	25,73	26,03	6,17	19,05	19,99	18,29	5,81	27,31	6,54	9,74
Max	91,04	87,33	333,33	100,00	100,00	23,98	98,06	100,00	105,02	24,69	100,00	32,22	30,20
Min	12,86	44,17	75,00	0,00	0,00	0,00	32,69	5,69	0,42	0,29	0,69	0,29	0,00

## 6.1 Existe autonomía en los hospitales del Distrito?

La autonomía de los hospitales públicos en Bogotá parece considerable a la luz de la percepción de los directivos de los mismos. En efecto, la mayoría de los hospitales consideran que en el nuevo régimen creado por la reforma de 1993, el Ministerio de Salud rara vez o nunca interviene en los principales procesos como son 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 en el sistema. (Tabla 6)

**Tabla 6: Frecuencia de Intervención de los organismos de dirección en la elaboración del Presupuesto Anual y en la Compra de Insumos (percepción de los directivos de los hospitales públicos), 1999**

Frecuencia de intervención en el proceso	PRESUPUESTO ANUAL		COMPRA DE INSUMOS	
	Sec. Distrito	Min. Salud	Sec. Distrito	Min. Salud
Siempre	90.6	3.1	9.4	3.1
Algunas Veces		6.3	15.6	3.1
Rara vez		21.9	9.4	3.1
Nunca	9.4	68.7	65.6	90.7

En cambio, frente a la entidad estatal responsable de la dirección y liderazgo de la salud a nivel territorial, la Secretaría Distrital de Salud, parece existir menor autonomía. Esto es especialmente manifiesto respecto al proceso de elaboración y manejo presupuestal, donde el 90% de los hospitales perciben una permanente intervención de este organismo. Esta situación quizás no es sorprendente a la luz de la importancia que en las finanzas de los hospitales públicos<sup>38</sup> siguen teniendo los subsidios estatales provenientes del estado a través de la S.D.S., puesto que es ella quien aprueba los presupuestos, en un intento por preservar el equilibrio de las finanzas del Distrito.

En cuanto a la contratación de personal, la encuesta arrojó que hay mucha mayor intervención por parte de la Secretaría Distrital de Salud en los procesos de contratación y establecimiento de la remuneración del personal de planta que en los procesos presupuestales. En efecto, el 43.8% de los directivos consideraron que la Secretaría interviene “siempre” en la contratación del personal de planta y en el establecimiento de los salarios. Ello contrasta con lo que se refiere al manejo del personal de contrato<sup>39</sup> donde sólo el 9.7 % y el 3.2% considera que la intervención de la Secretaría es frecuente en estos dos procesos. 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 mayor en cuanto al manejo del personal de planta que en el manejo del personal de contratos. Si se agrega el hecho de que el 77% de los gastos totales en los

<sup>38</sup> Véase la sección sobre rendición de cuentas y transparencia.

<sup>39</sup> Personal de contrato es aquel que no está regido por las normas del servicio civil.

hospitales públicos en el Distrito se destinan al pago de personal<sup>40</sup>, se hace más evidente el enorme grado de rigidez y falta de autonomía de los hospitales en manejo de recurso humano, situación que en un escenario de competencia, como pretende la reforma de 1993, los coloca en inferioridad de condiciones frente a otros proveedores de servicios que no pertenecen al sector público. (Tabla 7 y Tabla 8)

**Tabla 7 Frecuencia de Intervención de los organismos de dirección en la Contratación del Recurso Humano de Planta o por Contrato de Servicios (percepción de los directivos), 1999**

FRECUENCIA DE INTERVENCION	CONTRATAR RECURSO HUMANO DE PLANTA (CIVIL WORKERS)		CONTRATAR RECURSO HUMANO MEDIANTE CONTRATO DE SERVICIOS	
	Sec. Distrito	Min. Salud	Sec. Distrito	Min. Salud
Siempre	43.8			
Algunas Veces	25.0		9.7	6.5
Rara vez	3.1	9.4	3.2	3.2
Nunca	28.1	75.0	87.1	90.3

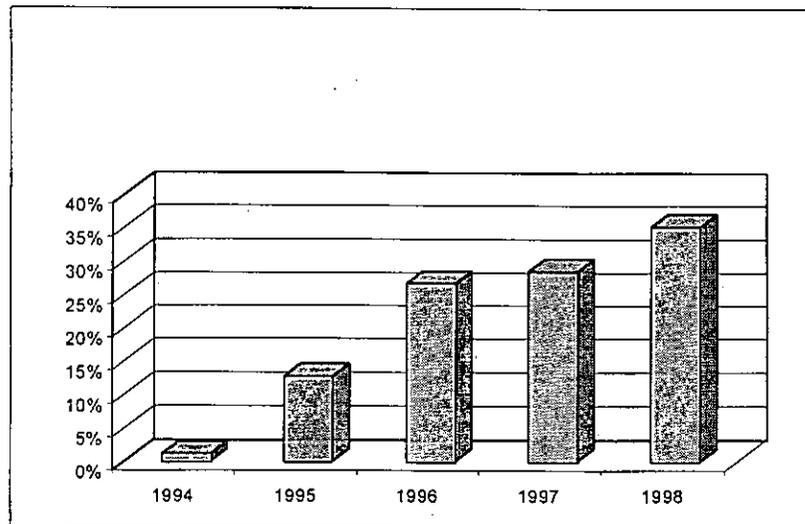
**Tabla 8 Frecuencia de Intervención de los organismos de dirección en fijación de la remuneración del personal de Planta y en la definición de la remuneración de Contratistas. (percepción de los directivos de los hospitales públicos) 1999**

FRECUENCIA DE INTERVENCION	ESTABLECER REMUNERACION PERSONAL PLANTA		ESTABLECER REMUNERACION CONTRATISTAS	
	Sec. Distrito	Min. Salud	Sec. Distrito	Min. Salud
Siempre	38.7	12.9		
Algunas Veces	6.5	6.5	3.2	3.2
Rara vez		3.2	3.2	
Nunca	54.8	77.4	93.5	96.8

Ante esta situación de rigidez, y ante la presión de mostrar mejores resultados en cuanto a su autofinanciamiento, los hospitales del distrito han optado por recurrir a la contratación temporal de personal por la vía de hacer contratos que no están sujetos las normas del servicio civil, en un esfuerzo por aumentar el grado de autonomía. Como se observa en la ilustración 1, los hospitales han hecho amplio uso de esta posibilidad.

<sup>40</sup> Giedion U., Morales L.G., Aproximación a la medición de la eficiencia en los hospitales públicos del Distrito Capital, 1998 (en impresión), cifra corresponde al año 1997.

**Ilustración 1: Participación de los contratistas en el personal, Bogotá, 1994-1998**



Ahora, bien, existen grandes variaciones entre hospitales al respecto. En efecto, para 1999, el promedio de la participación de las personas vinculadas por contrato en el total del personal era de 33% con un coeficiente de variación de 0.53.

A manera de conclusión puede afirmarse que si bien parece existir la percepción generalizada de que en la mayoría de los procesos el hospital se siente autónomo frente al Ministerio de Salud, entidad que antes de las reformas era omnipresente, está autonomía es percibida como mucho menor respecto a la entidad territorial (Secretaría de Salud) y muy limitada en los aspectos de manejo de personal de planta. 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 contratistas en el total del personal es un indicador de esta situación.

Finalmente es muy importante anotar que el logro de la autonomía no sólo depende de los derechos concedidos a los proveedores por parte del Estado sino también de la manera como estos la asumen como una responsabilidad y un reto. Al respecto es interesante notar que varios directores de los hospitales públicos quisieran ser totalmente autónomos a la hora de formular los presupuestos pero exigen aportes financieros por parte del ente territorial a la hora de encontrarse en aprietos de liquidez. Vale la pena también preguntarse acerca de los incentivos para un hospital de ser autónomo financieramente cuando es consciente de que sus gastos son exageradamente altos y sus posibilidades de vender servicios parecen ser reducidas. Así mientras que algunos de los hospitales son visionarios y pueden ver los beneficios mientras que otros se ahogan en las limitaciones.

## 6.2 Hay transparencia y rendición de cuentas en los hospitales públicos del Distrito?

En promedio el 65% de los ingresos de los hospitales públicos del Distrito provienen de la venta de servicios a terceros, a los cuales los hospitales "rindieron cuenta" de los procedimientos adelantados y a cambio recibieron un pago a unas tarifas acordadas. Existen grandes diferencias en el nivel de autofinanciamiento de hospitales la cual varía entre un 44% de los ingresos provenientes de terceros y un 87 % con un promedio de 65%.

Como se anotó anteriormente, 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 efecto, la totalidad de los hospitales cuentan con una Junta Directiva, organismo que sesiona en promedio cerca de 2 veces al mes, en general con la asistencia de todos los miembros y sólo se presenta la ausencia ocasional de alguno de ellos. (Tabla 9, Tabla 10 y Tabla 11)

**Tabla 9: Asistencia a la Junta Directiva (percepción de los directivos), 1999**

CALIFICACION ASISTENCIA A LA JUNTA		% de Hospitales
1	Siempre asisten todos	18.8
2	Ocasionalmente no asiste un miembro	59.4
3	Ocasionalmente no asisten varios miembros	12.5
4	Frecuentemente no asiste uno o varios miembros	9.4

**Tabla 10: Calificación de la Participación en las Juntas (percepción de los directivos), 1999**

PAPEL QUE DESEMPEÑA LA JUNTA		
1	Asisten a las reuniones, con carácter informativo	15.6
2	Asisten pero no participan en la toma de decisiones	3.1
3	Asisten, sugieren y participan en todas las tomas de decisiones	18.8
4	Asisten, sugieren y participan en algunas tomas de decisiones	62.5

**Tabla 11: Actividad de las juntas directivas de los hospitales públicos**

ACTIVIDAD DE LAS JUNTAS DIRECTIVAS	
Reuniones por mes	
PROMEDIO	1.73
DESV. ESTANDAR	0.67
COEF. VARIACION	0.39

En cuanto a 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) es de anotar que el 81,25.% de los hospitales carecen de la mayoría de estas herramientas y sólo 18,75% cuentan con todas ellas.

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

### 6.3.Cuál es el estado de la vigilancia y el control en los hospitales del Distrito?

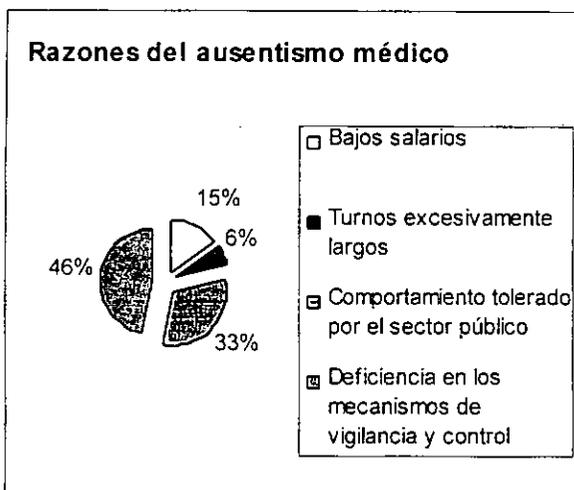
Como se mencionó anteriormente Colombia se caracteriza por una normatividad exagerada y un sinnúmero de entidades de control que supuestamente constituyen el “garrote” a la corrupción. Ahora bien, de acuerdo a los resultados de la encuesta adelantada en cada uno de los hospitales del distrito para analizar la percepción que el personal tiene sobre la existencia y magnitud de las prácticas irregulares, se preguntó acerca de la existencia de mecanismos de vigilancia y control que son utilizados para su control, frente a lo cual la una gran parte de los funcionarios coinciden en afirmar que estos existen para todos los casos. Frente a la pregunta sobre la existencia de mecanismos de vigilancia y control para prevenir estas conductas irregulares, se encontró en porcentajes superiores al 50%, que éstos existen, tal como se desprende de la Tabla 12.

**Tabla 12: Existencia de Mecanismos de Vigilancia y Control en los Hospitales**

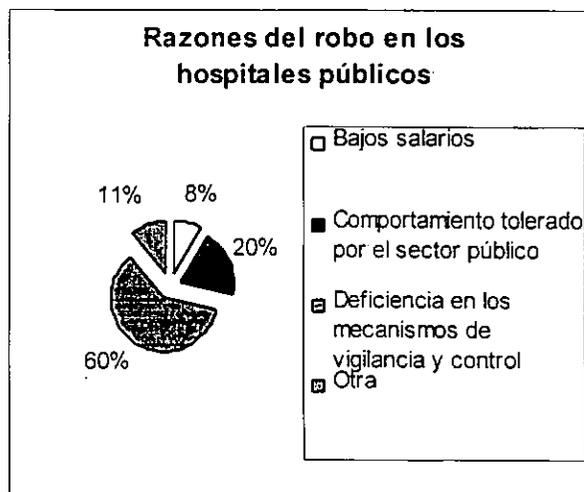
CONDUCTA IRREGULAR	SI	NO	NO SABE
1. Incumplimiento injustificado de horario por parte del personal médico	61.9	30.8	7.3
2. Malos manejos en la compra de materiales y equipo	49.9	37.7	12.4
3. Robo de materiales y equipo de trabajo	57.6	31.9	10.5
4. Utilización no permitida de equipos, instalaciones y material de atención	51.5	36.3	12.2
5. Cobros no permitidos a pacientes	59.0	28.2	12.8

Sin embargo, cuando en la misma encuesta se indaga por las razones que facilitan la presencia de estos distintos tipos de conductas irregulares, se responde que la razón fundamental es la deficiencia de los mecanismos de vigilancia y control y en menor medida la tolerancia del sector público (ver ilustraciones 2 y 3) . 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.

**Ilustración 2: Razones del Ausentismo Médico**



**Ilustración 3: Razones de los robos**



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

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

Finalmente, es de anotar que parece existir una gran diversidad entre instituciones al calificar efectividad de los mecanismos de vigilancia y control para detectar faltas disciplinarias. Así por ejemplo, cuando se analiza la relación entre el total de faltas disciplinarias detectadas y el número de funcionarios de planta, hay grandes variaciones de unos hospitales frente a otros, lo que de alguna manera evidencia su desarrollo y aplicación desigual. (Tabla 13)

**Tabla 13: Faltas Disciplinarias**

Faltas disciplinarias 98/total personal de planta 98	
PROMEDIO	6.54
DESV ESTANDAR	6.27
COEF VARIACION	0.96

Todo lo anterior nos indica que si bien 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.<sup>41</sup>

<sup>41</sup> Es interesante anotar en este contexto que un funcionario nos mencionó que una vez que asignó un puntaje insuficiente a un

## 6.4. Conductas irregulares

### 6.4.1. Percepción general de la corrupción en los hospitales públicos

La encuesta de percepción sobre la existencia de actividades irregulares en los 32 hospitales del Distrito encontró que el 55% del personal encuestado perciben la existencia de tales conductas. Posteriormente se les preguntó a las personas que contestaron afirmativamente a la pregunta sobre la existencia de conductas irregulares, cuales de entre cinco sugeridas eran las más frecuentes, encontrándose que a su juicio son el incumplimiento del horario por parte de los médicos y los malos manejos en las compras de insumos, sin que existan diferencias significativas ni entre hospitales ni entre el personal catalogado como administrativo o asistencial. (Tabla 14). Información como ésta es fundamental para la autoridades del sector a la hora de priorizar sus planes para combatir las conductas irregulares en los hospitales públicos.

**Tabla 14: Conductas Irregulares más frecuentes en los Hospitales**

CONDUCTA IRREGULAR	% 1/
1. Incumplimiento injustificado de horario por parte del personal médico	38.2
2. Malos manejos en la compra de materiales y equipo	39.3
3. Robo de materiales y equipo de trabajo	15.8
4. Utilización no permitida de equipos, instalaciones y material de atención	4.5
5. Cobros no permitidos a pacientes	2.2
6. Ninguno	
7. No sabe	

*1/ sobre el total de personas que identificó alguna conducta irregular en el hospital*

Respecto a lo que pasó antes de iniciarse la reforma, el 59% de los encuestados considera que hoy la ocurrencia de hecho irregulares es menor.

### 6.4.2. Ausentismo<sup>42</sup>

La evidencia anecdótica sobre ausentismo fue confirmada en las encuestas de percepción<sup>43</sup> y posteriormente cuantificada en el censo que se le hizo a la totalidad de las enfermeras jefes de los distintos servicios asistenciales en todos los hospitales. La resistencia de algunas enfermeras a colaborar con este proceso, en algunos casos por temor a ser señaladas como deladoras y en otros por solidaridad con sus compañeros de trabajo, hace suponer que

---

funcionario fue gravemente amenazado por lo que decidió revisar los puntajes.

<sup>42</sup> Se entiende por ausentismo médico la no presencia sin justificación del personal médico asistencial en las horas, en los sitios y en las labores para los cuales se encuentra contratado Tiene como consecuencia el uso del tiempo pagado por el Estado para fines privados.

<sup>43</sup> De acuerdo a las encuestas aplicadas por los investigadores el ausentismo es considerado, junto con las conductas irregulares asociadas a la adquisición de insumos, una de las principales anomalías en los hospitales públicos del Distrito.

el ausentismo presenta niveles superiores a los obtenidos, además de que justifica en parte las diferencias observadas entre hospitales.

Los resultados muestran que a nivel general, el promedio ponderado<sup>44</sup> de las tasas de ausentismo de los hospitales es de 5.69%, siendo ésta mayor para los médicos especialistas (6.06%) que para los médicos generales (5.40%). Estas diferencias eran de esperarse en razón a las labores más puntuales y específicas que realizan los médicos especialistas, y al soporte permanente que en casi todos los servicios se requiere de los médicos generales, que les impide ausentarse con mayor facilidad. De cierta manera esta situación refleja la inconveniencia de contratar médicos especialistas mediante salarios fijos por horas de trabajo y plantea la posibilidad de fortalecer mecanismos alternativos de contratación del personal donde la remuneración depende directamente de la cantidad y calidad de los servicios provistos.

Utilizando las cifras del censo de recurso humano adelantado por el Ministerio de Salud respecto al número de médicos generales y especialistas de tiempo completo (TCE) y de sus sueldos promedios, se puede hacer una estimación de la pérdida anual estimada de recursos por concepto de ausentismo. Esta representa en forma estimada 1% del gasto en los hospitales del distrito en 1998 y es cercana a los 2,574 millones de pesos anuales. En el anexo 5 se muestra en forma detallada como se llegó a esta cifra. Con estos recursos se podrían afiliar anualmente aproximadamente 20.000 bogotanos pobres adicionales al régimen subsidiado de aseguramiento. Esta cifra muestra la importancia de buscar nuevos mecanismos para controlar este fenómeno.

Cuando se indaga por la modalidad más frecuente de ausentismo médico, el “llegar después de iniciado el turno” resulta ser el caso más frecuente (61.1%) seguido por el hecho de “abandonar sin justificación el turno antes de terminarlo” (15,1%), situación que en muchos casos está asociada a la existencia de varios empleos con horarios consecutivos en lugares distintos. Al indagar a las enfermeras censadas, sobre cuáles creen ellas que son las principales causas por las que se están presentando estas situaciones entre los médicos, manifiestan como razón principal la “tolerancia de estas situaciones en el sector público de salud” (39,9%) y la “inoperancia de las medidas de vigilancia y control” (38,9%), sin que aparentemente las “bajas remuneraciones” (12%) expliquen mayoritariamente estas conductas, que es uno de los principales argumentos que se han utilizado para tratar de explicar la presencia en los médicos de varios empleos con horarios sucesivos. Estos resultados muestran una vez más la escasa “institucionalidad de lo público” en los hospitales que fue analizada al principio de este trabajo.

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” (27,1%) generando obviamente mayor ineficiencia en la utilización de los recursos públicos, “generando mala imagen para la institución” (25,9%) y “bajando la calidad de la

---

<sup>44</sup> Se ponderaron las tasas de ausentismo de cada hospital por las horas de médicos disponibles.

atención” (25,9%), circunstancias ante un escenario de competencia entre proveedores de servicios como el que crea la reforma de 1993, le restan oportunidades a los hospitales públicos.

Finalmente, la situación anterior es el reflejo de una compleja situación que no puede ser reducida al hecho de considerarla solamente como una conducta que debe ser castigada disciplinariamente. La razón de esta situación va mucho mas allá de la mera actitud de los médicos, explicada en buena medida, como ya hemos mencionado, por otros factores que afectan la “institucionalidad de lo público”, los cuales han tratado de corregirse, sin éxito, mediante extensos reglamentos (visión normativa), múltiples mecanismos e instancias de vigilancia y control. Los problemas, de carácter más complejo, rebasan ampliamente al ámbito de las normas y van desde estructuras funcionales de incentivos y castigos inadecuados, hasta situaciones de desarraigo por la degeneración del sentido que debe tener el “servicio público”.

Para explorar posibles relaciones entre ausentismo y factores institucionales se utilizó el porcentaje de personas de cada hospital que percibieron ausentismo médico en su institución (PERCAUSEN) y no se utilizó la tasa de ausentismo específica calculada en cada hospital teniéndose en cuenta que hubo resistencia de las enfermeras para contestar la encuesta acerca del ausentismo de los médicos y que la muestra de los hospitales que sí entregaron información es muy pequeña.

**Tabla 15: Relaciones entre ausentismo médico y variables institucionales**

		PERAUSEN
PERAUSEN	Pearson Correlation	1,000
	Sig. (2-tailed)	,
	N	30,000
VTASERV	Pearson Correlation	-0,048
	Sig. (2-tailed)	0,803
	N	30,000
ACTMES	Pearson Correlation	0,276
	Sig. (2-tailed)	0,139
	N	30,000
HERRAMIENDA	Pearson Correlation	-0,084
	Sig. (2-tailed)	0,661
	N	30,000
VyC NORMAS	Pearson Correlation	-0,061
	Sig. (2-tailed)	0,749
	N	30,000
FDI/P98	Pearson Correlation	0,248
	Sig. (2-tailed)	0,187
	N	30,000
PCONT98	Pearson Correlation	-,446(*)
	Sig. (2-tailed)	0,014
	N	30,000

Al analizar los coeficientes de correlación ( Tabla 15 ) se observa que existe una relación inversa significativa e inversa entre la percepción de ausentismo y el porcentaje de contratista. 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 enfrentada a una legislación laboral tan fuerte y rígida. Valdría la pena indagar más de acerca de esta posible relación mejorándose en particular la medición del ausentismo al nivel de cada hospital para poder utilizar indicadores más indicados que la simple percepción del personal.

#### **6.4.3 Variación de precios**

La presunción de que existen conductas irregulares en la adquisición de insumos en Colombia no es fortuita y responde a la aparición periódica en los medios de comunicación de denuncias e investigaciones respecto a esta práctica. Las denuncias van desde la adquisición de insumos de mala calidad o en cantidades exageradas hasta la aceptación de regalos y pagos informales por selección preferencial de contratos. Los resultados de las encuestas de percepción presentados anteriormente corroboraron esta situación al reportar las conductas irregulares asociadas a la adquisición de insumos y ausentismo, como una de las prácticas anómalas más comunes.

De otro lado, se analizó la variación de precios de adquisición de insumos como una variable proxy de la corrupción. Para ello se construyó una base de datos de 564 observaciones a partir de información primaria de facturas y contratos de 30 de 32 de los hospitales del distrito<sup>45</sup> para un total de 7 insumos durante el período comprendido entre enero y diciembre de 1998. Es de anotar que desde hace tres años, la Secretaría Distrital de Salud contrata a Red Salud<sup>46</sup> 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. De los siete insumos seleccionados, se acordaron los precios y proveedores reportados en la Tabla 17 para el año 1998.

Al comparar la información obtenida del proceso de compra en los hospitales con los precios de referencia de los convenios, se observa en la Tabla 17 que la variación de precios es importante para la totalidad de los insumos. Con excepción del Diclofenaco, los promedios de adquisición de los insumos están por encima de los precios que les están disponibles a los hospitales vía Red Salud.

---

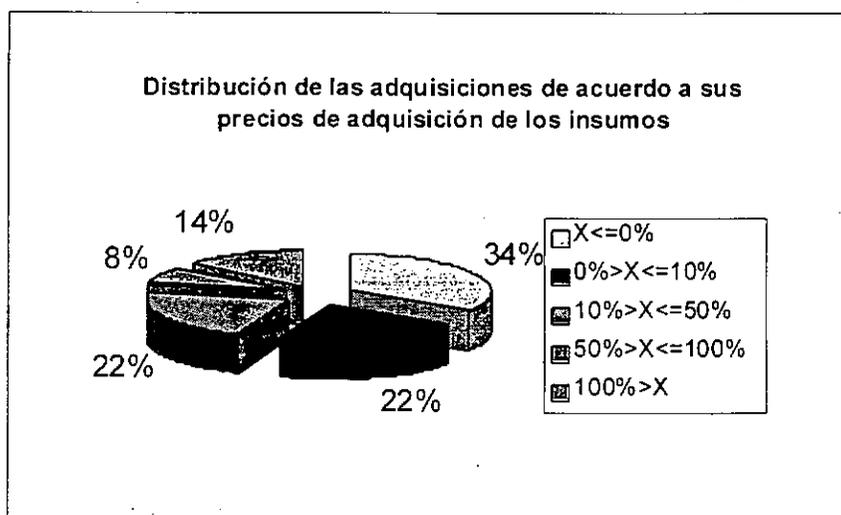
<sup>45</sup> En 2 hospitales fue imposible acceder a la información correspondiente.

<sup>46</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.

**Tabla 16: Indicadores de Precios de los Insumos Seleccionados**

Descripción	Penicilina	Jeringas	Guantes	Diclofenaco	Gentamicina	Lidocaina	Placas
MIN	\$ 260.00	\$ 48.70	\$ 66.00	\$ 170.00	\$35.80	\$410.00	\$46028.8
MAX	\$ 950.00	\$ 427.80	\$ 160.10	\$ 980.00	\$1425.00	\$3814.00	\$104910.40
PROMEDIO	\$466.50	\$ 123.60	\$ 87.70	\$ 303.30	425.40	\$2515.00	\$65378.00
DESVST.	167.46	43.35	15.45	127.39	281.66	1069	18755.53
COEFVAR	0.36	0.35	0.18	0.42	0.66	0.43	0.29
PRECIO RED SALUD	\$ 392.00	\$ 105.00	\$ 68.60	\$195.00	\$ 297.80	\$2573.00	---

**Ilustración 4 Distribución de las adquisiciones de acuerdo a los precios pagados**



Como se puede apreciar en la ilustración 4, más del 60% de las compras se efectuaron a precios superiores a los ofrecidos a través de Red Salud, y un 22% de las adquisiciones se hicieron a precios en más de un 50% superior a los precios de referencia vigentes.

Si los insumos analizados se hubieran comprado a los precios negociados con los laboratorios a través de Red Salud, el ahorro de todos los hospitales hubiera sido de \$56 millones de pesos<sup>47</sup>, cerca del 11% del total invertido en la compra de estos insumos (Tabla 17). Dado que el gasto en suministros represente alrededor de un 10% del presupuesto hospitalario, y suponiendo que la pérdida de recursos por ineficiencia en la adquisición de insumos que se puede explicar aunque parcialmente por la corrupción se deje extrapolar a la adquisición de todos los insumos, se derivaría una pérdida total aproximada de \$3025 mil millones. Con estos recursos podrían afiliarse cerca de 24000 pobres adicionales a la seguridad social en salud.

<sup>47</sup> En el cuadro no aparecen las placas radiográficas porque no se tiene precio de referencia de este insumo.

**Tabla 17: Comparación del valor de adquisición real de 6 insumos frente al valor estimado de acuerdo a los precios de referencia ofrecidos por Red Salud (pesos colombianos de 1998)**

Insumo	Valor	Valor Red Salud	Ahorro
Diclofenaco	21,143,236.85	17,596,020.00	3,547,216.85
Gentamicina	22,519,631.20	20,108,051.60	2,411,579.60
Lidocaina	35,843,571.34	34,596,558.00	1,247,013.34
Penicilina	27,615,061.96	29,625,400.00	(2,010,338.04)
Jeringas	67,191,789.84	62,911,485.00	4,280,304.84
Guantes	309,014,655.10	262,278,380.00	46,736,275.10
<b>Total</b>	<b>483,327,946.29</b>	<b>427,115,894.60</b>	<b>56,212,051.69</b>

Ahora, es muy difícil afirmar que la totalidad de las desviaciones se deben a corrupción en el manejo de adquisición de los insumos y en muchos casos se trata de una deficiente gestión que implica grandes ineficiencias en los procesos de compra. Anteriormente se mostró que muchos hospitales no disponen ni de unos elementos mínimos para manejar la adquisición de insumos. No sorprende que los directivos de algunos hospitales justificaron estas desviaciones diciendo que se les “acabaron las existencias lo que los obligó a comprar los insumos en la farmacia más cercana a precios muy altos”, o “no hay recursos en el hospital por lo que los proveedores no cobran más caro”. Es muy difícil trazar una línea clara entre lo que realmente constituye corrupción y lo que se debe a simples deficiencias en la gestión. Sin embargo, nos parece claro que las entidades territoriales responsables deberían utilizar información como ésta, no para determinar responsables sino para identificar problemas potenciales.

Ahora bien, uno de los propósitos centrales de este trabajo consiste en relacionar la variación en los precios de adquisición con el grado de autonomía, rendición de cuentas, transparencia, vigilancia y control en los hospitales del Distrito. Para ello, el primer paso fue la construcción de un indicador agregado de desviación de precios por hospital. Ello se logró al calcular el valor total real pagado para 7 insumos médico quirúrgicos por cada hospital y el valor potencial donde este último se definió como la suma de los productos de las cantidades de los insumos adquiridos y el precio vigente de Red Salud. En efecto:

$$INDICFIN_j = \frac{\sum (Q_{ij} * P_{ij})}{\sum (Q_{ij} * P_{ir})}$$

Donde:

j = 1 a 32 por los 32 hospitales de Bogotá

i = 1 a 7 para los 7 insumos analizados

Q<sub>ij</sub> = Cantidad del insumo i adquirido en el hospital j

P<sub>ir</sub> = Precio de referencia para el insumo i en Red Salud.

Este indicador muestra la desviación agregada de las desviaciones de precios por hospital. Para efectos de mejorar la estimación se semestralizó la información y se construyó un panel con dos observaciones por hospital. Para 27 de los 32 hospitales se tuvo información completa con lo que se construyó una base de datos de 54 observaciones, 2 para cada uno de los hospitales.

En segundo lugar se calculó una matriz de correlación para explorar las posibles relaciones entre variables institucionales y variación de precios Tabla 18 y Tabla 19. Esta tabla muestra correlaciones significativas inversas entre nuestra variable dependiente (INDICFIN) la disponibilidad de mecanismos de gestión en la adquisición de los insumos (MECCO) y la percepción del personal de que sí existen mecanismos de vigilancia y control en su hospital (VYCNO). La tabla de correlación también muestra contrariamente a lo planteado en secciones anteriores de este estudio, que la variación de precios parece aumentar a medida que aumenta el porcentaje de contratistas. Sin embargo, como se mostrará más adelante la relación cambia al rezagar la variable independiente por un período. Aunque el signo es el esperado para el porcentaje de venta de servicios (véase sección 4) la correlación no parece ser significativa.

**Tabla 18: Variables incluidas en los modelos y signos esperados**

Nombre de la variable	Descripción	Signo esperado
INDICFIN	Indicador agregado de desviación de precios por hospital. Entre mayor este valor, mayor indicio de conductas irregulares	NA
VTASERV	Porcentaje de ingresos provenientes de la venta de servicios	Negativo
PCONT98	Porcentaje de personal vinculada mediante contrato	Negativo
MECCO	Porcentaje de herramientas de gestión de adquisición de insumos disponibles	Negativo
HERRAM	Porcentaje de herramientas de gestión institucional disponibles	Negativo
MECCON	Porcentaje de herramientas de control y vigilancia disponibles	Negativo
ACTMES	Número de reuniones mensuales de la junta x mes	Negativo
VYCNO	% de personal que percibe existencia de mecanismos de vigilancia y control en la institución	Negativo
FDIP98	Faltas disciplinarias/personal de planta	?

Para finalizar se corrieron varios modelos. Un primer modelo (Tabla 20) muestra una relación inversa significativa entre la desviación de precios y el efecto rezagado del porcentaje de ingresos provenientes de la venta de servicios (VTASERV).<sup>48</sup> A mayor venta de servicios, menor nivel de desviación de precios aunque el

<sup>48</sup> Dado que sólo se tuvo información acerca de dos semestres el rezagar las variables relevantes implicó la pérdida de grados de libertad por lo que se decidió incluir sólo estas dos variables en la ecuación.

efecto de esta nueva forma de financiación se hace sentir en forma rezagada. Esto último indicaría que los hospitales pasan por un proceso de aprendizaje donde la venta de servicios precede de cierta manera los ajustes institucionales necesarios para responder a ello. Este es un resultado muy importante para la reforma de salud en Colombia donde algunos de sus detractores ven en la reforma una de las principales causas de la corrupción en el sector de la salud. Es aún más importante a la luz de la reciente decisión del gobierno de suspender el proceso de transición de subsidios de oferta a demanda de los hospitales públicos.

En una segunda etapa (

Tabla 21) se corrió un panel donde se incluyeron las demás variables proxies de las dimensiones de autonomía, transparencia y rendición de cuentas y vigilancia y control. Es interesante notar que ninguna de las innovaciones institucionales formales como el tener una serie de herramientas de gestión consideradas como básicas o el disponer de mecanismos formales de vigilancia y control parece estar influyendo sobre los niveles de desviación de los precios. Este resultado parece estar confirmando lo que se mencionó en otros apartes de este estudio en el sentido de que las innovaciones institucionales son en muchos casos todavía puramente formales y no han sido apropiados por los hospitales públicos. Con ello no se quiere decir que el disponer de una junta que lleva a cabo reuniones mensuales (ACTMES) o que el disponer de una misión institucional (HERRAM) sea inútil sino que toca seguir profundizando en la implementación de estas reformas. Es en cambio sugestivo que innovaciones que implican necesariamente modificaciones reales en el funcionamiento de las instituciones y en los procesos de adquisición de insumos sí estén relacionados con la variación de los precios. Así pareciera que el disponer de herramientas indispensables para el manejo de los insumos como lo puede ser el kardex o el plan de compras sí parece hacer una diferencia. En efecto, como se desprende de la

Tabla 21. el disponer de estas herramientas (MECCO) parece disminuir la variación de los precios. En cuanto a la dimensión de vigilancia y control vale la pena mostrar que mientras que el tener un arsenal completo de mecanismos de vigilancia y control como por ejemplo una oficina interna o línea de quejas no parece tener todavía un mayor impacto sobre las conductas irregulares, por lo menos en cuanto a los procesos de adquisición de insumos mientras que la percepción del personal acerca sí existen o no mecanismos de vigilancia y control en su institución (VYCNO) sí parecen reducir la variación de precios. El poder explicativo conjunto de las anteriores variables es de 0.42 ( $R^2$  centrado).

En un futuro valdría la pena explorar nuevas especificaciones del modelo teniéndose en cuenta en particular variables de control como el tipo de proveedor de los insumos, el atraso en el pago de los insumos o el tipo de contrato establecido para la compra.

Tabla 19: Correlaciones

Correlations

		INDICFIN	VTASERV	PCONT99	MECCO	HERRAM	MECCON	ACTMES	VYCNO	FDIP98
INDICFIN	Pearson Correlation	1,000	-,118	,363**	-,364**	-,056	-,003	-,086	-,392**	-,149
	Sig. (2-tailed)		,397	,007	,007	,687	,985	,538	,003	,284
	N	54	54	54	54	54	54	54	54	54
VTASERV	Pearson Correlation	-,118	1,000	-,125	,101	-,122	-,265	,140	,085	,093
	Sig. (2-tailed)	,397		,369	,466	,380	,053	,312	,540	,505
	N	54	54	54	54	54	54	54	54	54
PCONT99	Pearson Correlation	,363**	-,125	1,000	-,258	,220	,311*	-,164	-,144	-,063
	Sig. (2-tailed)	,007	,369		,060	,110	,022	,235	,300	,653
	N	54	54	54	54	54	54	54	54	54
MECCO	Pearson Correlation	-,364**	,101	-,258	1,000	,172	,224	,246	,150	,100
	Sig. (2-tailed)	,007	,466	,060		,213	,104	,073	,280	,472
	N	54	54	54	54	54	54	54	54	54
HERRAM	Pearson Correlation	-,056	-,122	,220	,172	1,000	,334*	,207	,473**	,296*
	Sig. (2-tailed)	,687	,380	,110	,213		,014	,132	,000	,030
	N	54	54	54	54	54	54	54	54	54
MECCON	Pearson Correlation	-,003	-,265	,311*	,224	,334*	1,000	-,098	,190	,070
	Sig. (2-tailed)	,985	,053	,022	,104	,014		,480	,169	,614
	N	54	54	54	54	54	54	54	54	54
ACTMES	Pearson Correlation	-,086	,140	-,164	,246	,207	-,098	1,000	-,012	,022
	Sig. (2-tailed)	,538	,312	,235	,073	,132	,480		,930	,877
	N	54	54	54	54	54	54	54	54	54
VYCNO	Pearson Correlation	-,392**	,085	-,144	,150	,473**	,190	-,012	1,000	,246
	Sig. (2-tailed)	,003	,540	,300	,280	,000	,169	,930		,072
	N	54	54	54	54	54	54	54	54	54
FDIP98	Pearson Correlation	-,149	,093	-,063	,100	,296*	,070	,022	,246	1,000
	Sig. (2-tailed)	,284	,505	,653	,472	,030	,614	,877	,072	
	N	54	54	54	54	54	54	54	54	54

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabla 20: Primera regresión :estimación por mínimos cuadrados ordinarios

```

LINREG INDICFIN
# CONSTANT PCONT99{1} VTASERV{1}

Dependent Variable INDICFIN - Estimation by Least Squares
Panel(2) of Undated Data From 1//2 To 27//2

Usable Observations 27      Degrees of Freedom 24
Total Observations 53      Skipped/Missing 26
Centered R**2 0.270727    R Bar **2 0.209954
Uncentered R**2 0.662479  T x R**2 17.887
Mean of Dependent Variable 13.738152120
Std Error of Dependent Variable 12.994739465
Standard Error of Estimate 11.550314454
Sum of Squared Residuals 3201.8343359
Regression F(2,24) 4.4547
Significance Level of F 0.02262999
Durbin-Watson Statistic 2.240528

Variable          Coeff      Std Error   T-Stat   Signif
*****
1. Constant       72.37991824 20.26201519  3.57220 0.00154047
2. PCONT98{1}    -0.20081586 0.12719015  -1.57886 0.12745838
3. VTASERV{1}    -0.78325610 0.28901425  -2.71010 0.01222035
    
```

Tabla 21: Segunda regresión :estimación por mínimos cuadrados generalizados

```

LINREG INDICFIN
# CONSTANT AUTON PCONT99 ACTMES HERRAM MECCO VYCNO FDIP98 MECCON

Dependent Variable INDICFIN - Estimation by Least Squares
Panel(2) of Undated Data From 1//1 To 27//2

Usable Observations 54      Degrees of Freedom 45
Centered R**2 0.427797    R Bar **2 0.326072
Uncentered R**2 0.562791  T x R**2 30.391
Mean of Dependent Variable 20.844406223
Std Error of Dependent Variable 37.864749418
Standard Error of Estimate 31.084351292
Sum of Squared Residuals 43480.660286
Regression F(8,45) 4.2054
Significance Level of F 0.00079964
Durbin-Watson Statistic 1.831348

Variable          Coeff      Std Error   T-Stat   Signif
*****
1. Constant       70.61057014 38.42512439  1.83761 0.07272711
2. AUTON          -0.12440659 0.25818490  -0.48185 0.63224723
3. PCONT98        0.30770210 0.24369769  1.26264 0.21322311
4. ACTMES         0.02679522 0.06040651  0.44358 0.65947066
5. HERRAM         0.18005784 0.20014028  0.89966 0.37309146
6. MECCO          -0.36771157 0.13719241  -2.68026 0.01024259
7. VYCNO          -0.61921736 0.21470192  -2.88408 0.00600329
8. FDIP98         -0.11156327 0.58001628  -0.19235 0.84833732
9. MECCON         0.09445362 0.23313053  0.40515 0.68728450
    
```

## 7. 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, transparencia en la gestión control de resultados a través de la evaluación. En términos generales es posible concluir que:

- Los hospitales de la Secretaría Distrital de Salud han avanzado en la puesta en marcha de los principios modernos de gestión: autonomía, transparencia y rendición de cuentas, vigilancia y mecanismos de vigilancia y control
- Sin embargo, la evidencia recolectada a través de entrevistas y encuestas muestra que en muchas instancias, los avances institucionales son todavía de papel y no han sido apropiados por las entidades hospitalarias
- Hay indicios de conductas irregulares en gran parte de los hospitales estudiados y el estudio muestra unas formas sencillas para que la Secretaría identifique los hospitales con indicios del problema, a partir de información de variación de precios y tasas de ausentismo. Los indicadores propuestos, así como estudios previos sobre el funcionamiento de los hospitales son herramientas básicas para garantizar el éxito de formas de gestión de monitoreada mediante planes de gestión o convenios de desempeño.
- Existe evidencia estadística de una relación inversa entre corrupción y financiación mediante venta de servicios. 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.
- Así mismo, sin ignorar que la contratación de personal mediante contratos de servicios implica también importantes riesgos, pareciera que a medida que aumenta esta forma de contratación disminuyen los niveles de ausentismo. 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.

Trabajos futuros de análisis econométrico permitirán precisar los grados de asociación entre el desarrollo de estos nuevos principios de gestión pública y señalar las formas de compras de insumos y de contratación de personal médico que tienen menores riesgos de propiciar conductas irregulares.

## 8. Bibliografía

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. 1999. *Corrupción, de mal en peor...*, Santa Fé de Bogotá, DC, Colombia: ACHC. Revista Hospitalaria Año 1 N°6.

Badel, Martha. 1999. "Costos de la Corrupción en Colombia". Santa Fé de Bogotá, DC, Colombia.

Bale Malcolm and Tony Dale. 1998 *On Public Sector Reform in New Zealand* in The World Bank Research Observer. Vol 13. No. 1, febrero.

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.

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

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

Chawla M et alia, 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. Pag. 101-102. Bogotá

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

Giedion, U. y Morales, L.G. 1997. "Aproximación a la medición de la eficiencia en los hospitales públicos del Distrito Capital", mimeo, Fedesarrollo-Secretaría Distrital de Salud, Bogotá

Harvard School of Public Health, 1995. *La Reforma de Salud y el Plan Maestro de Implementación*. Informe final. Mimeo. Bogotá

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, BID, Washington.

Ministerio de Salud, 1994, "La reforma a la seguridad social en salud", tomo 3, pp. 159-160. Bogotá.

Ministerio de Salud, 1998. "Censo del Recurso Humano y Dinámica Salarial del Sector Salud Oficial, 1994-1998, Bogotá.

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.

Paes de Barros Mendonca Rosane, 1998. "The impact of three institutional innovations in Brazilian education" en *Organization Matters*, Savedoff editor, IDB, Washington.

Schick Allen (1998) "On Whether Developing Countries Should Try New Zealand's Reforms" in *The World Bank Research Observer*. Vol 13. No. 1, febrero.

Secretaría de Salud de Santafé de Bogotá, 1998, "Análisis del sector salud en el Distrito Capital, 1990-1998", Bogotá.

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

Tanzi, V. 1997. "Corruption in the public finances". Trabajo presentado en la 8<sup>th</sup> conferencia internacional anti-corrupción. Lima, Perú.

Thoene B, "Posición de la Asociación Colombiana frente a la reforma de la ley 100 y la corrupción dentro del sistema de seguridad social en salud" en *Revista Hospitalaria*. año 1 No. 6, pág. 6-8. Bogotá

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. DNP.

**Anexo 1: Entrevista a informantes claves**  
**INSTRUMENTOS PARA EL TRABAJO DE TRANSPARENCIA EN LA GESTIÓN Y RENDICIÓN DE**  
**CUENTAS**  
**ENCUESTAS Y GUÍA DE PREGUNTAS PARA EL ENTREVISTADOR**

**I. Análisis de las variables institucionales.**  
**Encuesta institucional**

**I. Encabezamiento:**

1. Entrevista Nro. \_\_\_\_\_
2. Fecha de realización: Día: \_\_\_ Mes: \_\_\_ Año: \_\_\_
3. Nombre del Hospital \_\_\_\_\_
4. Nivel de complejidad: I: \_\_\_ II: \_\_\_ III: \_\_\_
5. La persona entrevistada es:  
 .....Director o Gerente General  
 .....Director Administrativo o asistente de administración  
 .....Jefe de personal o de recursos humanos o su encargado  
 .....Jefe de control interno
6. Tiempo que lleva laborando en la institución: Años \_\_\_ Meses: \_\_\_

**Notas para el entrevistador:**

1. Algunas de las preguntas que se utilizan en este cuestionario no tienen relación con el área de trabajo de la persona que se está entrevistando, por lo tanto esto se debe tener presente en el momento de llenar la entrevista y sólo llenar lo correspondiente.
2. Las respuestas a las preguntas que se hacen a continuación deben ceñirse estrictamente a lo que está sucediendo en la realidad, independientemente de lo que diga la norma para cada aspecto en particular.
3. Antes de cada pregunta se indica a quién se dirige la pregunta, por lo tanto, sólo la llena quien corresponde.

**A. Variables que identifican el grado de autonomía institucional**

Se entiende por autonomía organizacional la posibilidad de que las directivas de la institución puedan actuar de manera independiente al momento de tomar decisiones que buscan el buen funcionamiento de la empresa, en aspectos tales como el manejo administrativo, presupuestal y de personal entre otros.

**Autonomía para el manejo presupuestal**

**Pregunta dirigida al Director General o Gerente**

1. Con respecto al proceso que cada año se adelanta en la institución para la elaboración del presupuesto anual de ingresos y gastos?

Frecuencia de intervención en el proceso	Alcaldía local	Secretaría Distrital	El Ministerio de Salud	Otro .....	Otro .....
Siempre					
Algunas veces					
Rara vez					
Nunca					

Nota: Indique a quién corresponde el "otro".

2. Con respecto al manejo habitual que a diario se hace con los siguientes aspectos administrativos y de gestión de la institución, se requiere aprobación o visto bueno formal o informal de la Alcaldía Local, Secretaría Distrital, el Ministerio de Salud y otros?

**Pregunta dirigida al director administrativo o asistente de administración**

a - Comprar insumos para la prestación de servicios

Frecuencia de intervención en el proceso	Alcaldía local	Secretaría Distrital	El Ministerio de Salud	Otro .....	Otro .....
Siempre					
Algunas veces					
Rara vez					
Nunca					

Nota: Indique a quién corresponde el "otro".

**Pregunta dirigida al director administrativo o asistente de administración**

b - Comprar equipos y dotación.

Frecuencia de intervención en el proceso	Alcaldía local	Secretaría Distrital	El Ministerio de Salud	Otro .....	Otro .....
Siempre					
Algunas veces					
Rara vez					
Nunca					

Nota: Indique a quién corresponde el "otro".

**Pregunta dirigida al director administrativo o asistente de administración**

c - Hacer contrataciones para construcciones y remodelaciones de la planta física

Frecuencia de intervención en el proceso	Alcaldía local	Secretaría Distrital	El Ministerio de Salud	Otro .....	Otro .....
Siempre					
Algunas veces					
Rara vez					
Nunca					

Nota: Indique a quién corresponde el "otro".

**Pregunta dirigida al director administrativo o asistente de administración**

d - Contratar créditos para financiar inversiones, cartera o capital de trabajo

Frecuencia de intervención en el proceso	Alcaldía local	Secretaría Distrital	El Ministerio de Salud	Otro .....	Otro .....
Siempre					
Algunas veces					
Rara vez					
Nunca					

Nota: Indique a quién corresponde el "otro".

**Pregunta dirigida al jefe de personal, de recursos humanos o su encargado.**

3. Para los siguientes años cuántas personas laboraban en la institución?

Tipo de personal	1996	1997	1998	1999
Personal de planta				
Personal de contrato				
Total				

**Jefe de personal, de recursos humanos o su encargado**

4. Con respecto al manejo habitual de los siguientes aspectos administrativos y de gestión del personal de la institución, se requiere aprobación o visto bueno formal o informal de la Alcaldía Local, Secretaría Distrital, el Ministerio de Salud y otros? Señale solo una opción.

a - Contratar personal ocasional para necesidades coyunturales del servicio:

Frecuencia de intervención en el proceso	Alcaldía local	Secretaría Distrital	El Ministerio de Salud	Otro .....	Otro .....
Siempre					
Algunas veces					
Rara vez					
Nunca					

Nota: Indique a quién corresponde el "otro".

b - Fijar o modificar las remuneraciones del personal :

*Para personal de planta.*

Frecuencia de intervención en el proceso	Alcaldía local	Secretaría Distrital	El Ministerio de Salud	Otro .....	Otro .....
Siempre					
Algunas veces					
Rara vez					
Nunca					

Nota: Indique a quién corresponde el "otro".

*Para el personal por contratos*

Frecuencia de intervención en el proceso	Alcaldía local	Secretaría Distrital	El Ministerio de Salud	Otro .....	Otro .....
Siempre					
Algunas veces					
Rara vez					
Nunca					

Nota: Indique a quién corresponde el "otro".

c - Fijar y conceder al personal incentivos o bonificaciones de algún tipo para estimular su desempeño.

*Para personal de planta.*

Frecuencia de intervención en el proceso	Alcaldía local	Secretaría Distrital	El Ministerio de Salud	Otro .....	Otro .....
Siempre					
Algunas veces					
Rara vez					
Nunca					

Nota: Indique a quién corresponde el "otro".

**Para el personal por contratos**

Frecuencia de intervención en el proceso	Alcaldía local	Secretaría Distrital	El Ministerio de Salud	Otro .....	Otro .....
Siempre					
Algunas veces					
Rara vez					
Nunca					

Nota: Indique a quién corresponde el "otro".

d - Trasladar, suspender, remover parcialmente o despedir personal según las necesidades de la institución.

**Para personal de planta.**

Frecuencia de intervención en el proceso	Alcaldía local	Secretaría Distrital	El Ministerio de Salud	Otro .....	Otro .....
Siempre					
Algunas veces					
Rara vez					
Nunca					

Nota: Indique a quién corresponde el "otro".

**Para el personal por contratos**

Frecuencia de intervención en el proceso	Alcaldía local	Secretaría Distrital	El Ministerio de Salud	Otro .....	Otro .....
Siempre					
Algunas veces					
Rara vez					
Nunca					

Nota: Indique a quién corresponde el "otro".

**Pregunta dirigida a todos**

5. Cree usted que existen factores que están limitando su libertad para la toma de decisiones en general que a diario se requieren para el funcionamiento adecuado de la institución?  
 Si....  
 No...

6. Cuáles cree usted que son los principales factores que **están limitando** la libertad de acción para la toma de las decisiones en general que a diario se requieren para el funcionamiento adecuado de la institución? Coloque en orden de importancia, siendo 1 la razón mas importante.

- ( ) a. La normatividad existente.
- ( ) b. La junta directiva.
- ( ) c. La secretaría distrital.
- ( ) d. Los políticos.
- ( ) e. El desconocimiento de los procesos.
- ( ) f. El temor a ser sancionado.
- ( ) g. El sindicato.
- ( ) h. Intereses particulares de grupos de presión.
- ( ) i. La comunidad.
- ( ) j. La alcaldía local
- ( ) k. Otros, cuales, \_\_\_\_\_
- ( ) l. Ninguno

**Pregunta dirigida al jefe de personal, de recurso humano o encargado**

7. Cree usted que existen aspectos de la normatividad vigente que obstaculizan la toma de decisiones relativos a la contratación de personal?  
Si.....  
No.....

8. Cuáles son los tres aspectos de la normatividad que rige la contratación de personal que más dificultan la toma de decisiones ágiles y oportunas? Enumérelas.  
1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. Ninguno \_\_\_\_\_

**Pregunta dirigida al gerente o director general**

Adquisición de insumos y equipos

9. Cree usted que existen aspectos de la normatividad vigente que obstaculizan la toma de decisiones relativos a la adquisición de insumos?  
Si.....  
No.....

10. Cuáles son los tres aspectos de la normatividad que rige la adquisición insumos que más dificultan la toma de decisiones ágiles y oportunas? Enumérelas.  
1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. Ninguno \_\_\_\_\_

**Pregunta dirigida al gerente o director general**

Elaboración de presupuesto

11. Cree usted que existen aspectos de la normatividad vigente que obstaculizan la toma de decisiones relativos a la elaboración y ejecución?  
Si.....  
No.....

12. Cuáles son los tres aspectos de la normatividad que rige la elaboración y ejecución de los presupuestos que más dificultan la toma de decisiones ágiles y oportunas? Enumérelas.  
1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. Ninguno \_\_\_\_\_

***B. Variables que identifican el grado de transparencia en la gestión***

Se entiende por transparencia en la gestión, el hecho de que el proceso de planeación, ejecución, evaluación y ajuste de los objetivos y actividades que realiza la institución, se *haga de una manera participativa y transparente de cara a sus dueños, en este caso la comunidad beneficiaria de sus servicios*. Es decir, en donde cualquier ciudadano no solo pueda exigir y conocer, sino ser informado periódicamente cómo es que opera, qué servicios ofrece y cuáles son los resultados en cualquier aspecto de estas organizaciones que brindan un servicio a la comunidad.

**Pregunta dirigida al gerente o director general**

1. Ya tiene constituida Junta o Consejo Directivo?

Si.....

No.....

**Pregunta dirigida al gerente o director general**

2. Desde cuando tiene constituida la Junta o Consejo Directivo

Mes \_\_\_\_

Año \_\_\_\_

NA \_\_\_\_

**Pregunta dirigida al gerente o director general**

3. Si tiene constituida la Junta o Consejo Directivo y este ya inició su operación formal, cuántas reuniones oficiales se han llevado a cabo hasta la fecha y desde que inició su operación? Verificar con las actas. Solo se consideran reuniones formales aquellas para las que exista la respectiva acta firmada por sus miembros.

Nro. \_\_\_\_\_

NA. \_\_\_\_\_

**Pregunta dirigida al gerente o director general**

4. Cuando se cita a reuniones formales de Junta o Consejo Directivo de la Institución, cómo califica la asistencia habitual de sus miembros?

- Siempre asisten todos los miembros
- Ocasionalmente no asiste algún miembro
- Ocasionalmente no asisten varios miembros
- Frecuentemente no asisten varios de sus miembros
- Generalmente no asisten en su mayoría

Verificar con el control de asistencia la veracidad de la respuesta o de la percepción del Director

**Pregunta dirigida al gerente o director general**

5. De las personas que habitualmente más faltan a las reuniones oficiales de la Junta o Consejo Directivo de la Institución, éstas representan a, señale solo una opción:

- La comunidad
- El personal de la institución
- Las autoridades de salud territorial

**Pregunta dirigida al gerente o director general**

6. La Junta o Consejo Directivo de la Institución, cuando se reúne oficialmente, desempeña un papel que consiste básicamente en? Señale solo una opción.

- Asisten a las reuniones pero solo con carácter informativo.
- Asisten a las reuniones, hacen sugerencias pero no participan en la toma de decisiones.
- Asisten a las reuniones, hacen sugerencias y participan activamente en la toma de algunas decisiones.
- Asisten a las reuniones, hacen sugerencias y participan activamente en la toma de todas las decisiones.
- Otras, cuales: \_\_\_\_\_

7. Se me ocurre otra forma de captar la participación de la Junta o Consejo Directivo que podría ir enseguida de la anterior. Mencione los tres aspectos más importantes en que los miembros de la Junta o Consejo Directivo participan y supervisan la gestión del Hospital:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

### **C. Variables que identifican el grado de rendición de cuentas**

Se entiende por rendición de cuentas el proceso mediante el cual la institución y principalmente sus directivas, dan cuenta a las autoridades del sector y a la comunidad en general de los resultados obtenidos con relación a un conjunto de planes, programas y metas específicas para cada uno de ellos, que fueron definidos desde un principio del periodo que se analiza.

#### **Pregunta dirigida a todos**

1. Con cuál de los siguientes instrumentos de planeación y gestión cuenta en la actualidad la institución. Solo se consideran cuando se pueda verificar su existencia real para 1998.

- (a) Plan de desarrollo institucional a corto y mediano plazo como mínimo.
- (b) Presupuesto anual de ingresos y gastos para 1998
- (c) Acuerdos mensuales de gastos, para los meses de 1998. Cuantos hay?
- (d) Plan de inversiones a corto y mediano plazo en mantenimiento, construcción, remodelación y dotación.
- (f) Metas cuantitativas en cuanto al número y tipo de servicios de salud a la comunidad que se esperan producir en el año 1998. (metas de producción)
- (g) Metas cuantitativas en cuanto a los rendimientos por hora contratada del recurso humano y de los espacios físicos en el año 1998 (metas de eficiencia y productividad).
- (g) Metas cuantitativas en cuanto a la calidad de los servicios en el año 1998 (metas de calidad)
- (h) Declaración escrita de la *misión institucional*.
- (i) Otras, cuales: \_\_\_\_\_

#### **Pregunta dirigida a todos**

2. Los instrumentos de planeación y gestión descritos en el punto primero, se materializan en planes y programas concretos para ser adelantados en el corto y mediano plazo?

- ( ) Si, siempre,
- ( ) Si, algunas veces
- ( ) Si, rara vez
- ( ) Nunca
- ( ) No aplica

#### **Pregunta dirigida a todos**

3. Los instrumentos de planeación y gestión descritos en el punto primero, son dados a conocer al personal de la institución? porque medios? Verifique su existencia.

- ( ) Si, siempre,
- ( ) Si, algunas veces
- ( ) Si, rara vez
- ( ) Nunca
- ( ) No aplica

#### **Pregunta dirigida a todos**

4. Los instrumentos de planeación y gestión descritos en el punto primero, son dados a conocer a la comunidad en general? porque medios? Verifique su existencia.

- ( ) Si, siempre,
- ( ) Si, algunas veces
- ( ) Si, rara vez
- ( ) Nunca
- ( ) No aplica

### Pregunta dirigida al jefe de control interno o quien haga sus veces

5. Qué sucede con relación al Director y sus jefes de área, cuando por circunstancias distintas a las de fuerza mayor o hechos no predecibles, no se logran las metas contempladas para los planes y programas, contruidos con base en los instrumentos de planeación y gestión? Verificar su existencia. Señale solo una opción.

**Nota:** se consideran circunstancias de fuerza mayor o hechos no predecibles aquellos que su ocurrencia o manipulación no dependen de la voluntad o capacidad del personal directivo y que por lo tanto son incontrolables con los medios con los que habitualmente se dispone para el manejo de estas instituciones.

- Se les llama, se les piden explicaciones y en caso de ser hallados responsables, se les hace un llamado de atención.
- Se les llama, se les piden explicaciones y se les concede un plazo prudencial para mejorar (meses), al cabo del cual se les aplicará alguna sanción.
- Se les llama, se les pide explicaciones y en caso de ser hallados responsables, previo proceso disciplinario se les destituye
- Se les llama, se les pide explicaciones pero no pasa nada
- Ni se les llama ni se les piden explicaciones.
- Otros, cuales: \_\_\_\_\_

### Pregunta dirigida al jefe de personal, de recurso humano o encargado

6. Para el año 1998, con qué frecuencia se hicieron evaluaciones de desempeño al personal y a qué proporción? Verificar existencia de las evaluaciones. Señale cuantas opciones sea necesario hasta completar el 100% del personal. Tenga en cuenta evaluaciones ordinarias o extraordinarias por algún proceso especial.

#### Personal de planta

- Se hizo sólo una vez al año                      A qué proporción del personal: \_\_\_\_\_
- Se hizo más de una vez al año                      A qué proporción del personal: \_\_\_\_\_
- No se hizo en el año                                      A qué proporción del personal: \_\_\_\_\_

#### Personal de contrato

- Se hizo sólo una vez al año                      A qué proporción del personal: \_\_\_\_\_
- Se hizo más de una vez al año                      A qué proporción del personal: \_\_\_\_\_
- No se hizo en el año                                      A qué proporción del personal: \_\_\_\_\_

### Pregunta dirigida al jefe de personal, de recurso humano o encargado

7.Cuál ha sido la proporción del personal que se ha evaluado, que en el último año, 1997, ha obtenido las siguientes notas de desempeño. Verificar su existencia.

- Desempeño superior a 640 puntos                      Proporción de los evaluados: \_\_\_\_\_
- Desempeño inferior a 640 puntos                      Proporción de los evaluados: \_\_\_\_\_

### Pregunta dirigida al jefe de personal, de recurso humano o encargado

8. Qué se ha hecho con el personal que presenta evaluaciones inferiores a los 640 puntos.

- Se les llama, se les pide explicaciones pero no pasa nada.
- Se les llama, se les pide explicaciones y se les da un plazo prudencial para mejorar (meses), al cabo del cual se hace una nueva evaluación, y si no mejora de inicio al proceso administrativo respectivo.
- Ni se les llama ni se les piden explicaciones.
- Otros, cuales: \_\_\_\_\_

**Importantisimo: verificar que halla pruebas (cartas o actas) de estos procesos**

### Pregunta dirigida al jefe de personal, de recurso humano o encargado

9. Cuántas personas están laborando actualmente en su institución ocupando cargos en provisionalidad mientras se convocan y adelantan los concursos respectivos?

Nro. \_\_\_\_\_

### Pregunta dirigida al jefe de personal, de recurso humano o encargado

10. Cuáles son los mecanismos que se utilizan para la remuneración del personal que labora por contratos?
- Contrato laboral a término fijo por salario y prestaciones
  - Contrato civil por turnos de horario fijo
  - Contrato civil por actividades realizadas
  - Contratos por capitación de actividades independiente del tiempo de ejecución
  - Otras modalidades, cuales \_\_\_\_\_

### *D. Variables que identifican la existencia y el grado de eficacia de los mecanismos de vigilancia, control y sanción institucional. Este módulo está dirigido sólo al jefe de control interno o a la persona que asume las veces de jefe de control interno.*

Se entiende por eficacia de los mecanismos de vigilancia, control y sanción, la probabilidad que tiene un funcionario que comete cualquier falta contra las normas legales o administrativas que rigen la institución y el sector, de ser detectado, de que se le inicie un proceso legal o administrativo y de que sea sancionado en caso de ser hallado responsable.

1. Con cual de los siguientes instrumentos para la vigilancia, el control y la sanción al interior de la institución se cuenta en la actualidad? Se pueden señalar varias opciones. Verificar su existencia y funcionamiento.
- (a) Oficina de control interno
  - (b) Oficina de quejas y reclamos
  - (c) Línea abierta para quejas y denuncias
  - (d) Comisión de personal
  - (e) Auditoría externa
  - (f) Revisoría fiscal
  - (g) Otra, cuál: \_\_\_\_\_

2. Para cada una de las opciones señaladas en el punto anterior e identificadas con letras, cómo califica el desempeño de sus funciones. Señale para cada mecanismo una sola de las tres expresiones.
- (a). Oficina de control interno
    - Existe pero no funciona.
    - Existe pero rara vez llega a sanciones o a resultados concretos.
    - Existe, inician investigaciones y casi siempre conducen a sanciones ó a resultados de utilidad.
  - (b). Oficina de quejas y reclamos
    - Existe pero no funciona.
    - Existe pero rara vez llega a sanciones o a resultados concretos.
    - Existe, inician investigaciones y casi siempre conducen a sanciones ó a resultados de utilidad
  - (c). Línea abierta para quejas y denuncias
    - Existe pero no funciona.
    - Existe pero rara vez llega a sanciones o a resultados concretos.
    - Existe, inician investigaciones y casi siempre conducen a sanciones ó a resultados de utilidad
  - (d). Comisión de personal
    - Existe pero no funciona.
    - Existe pero rara vez llega a sanciones o a resultados concretos.
    - Existe, inician investigaciones y casi siempre conducen a sanciones ó a resultados de utilidad
  - (e). Auditoría externa
    - Existe pero no funciona.
    - Existe pero rara vez llega a sanciones o a resultados concretos.
    - Existe, inician investigaciones y casi siempre conducen a sanciones ó a resultados de utilidad
  - (f). Revisoría fiscal
    - Existe pero no funciona.
    - Existe pero rara vez llega a sanciones o a resultados concretos.
    - Existe, inician investigaciones y casi siempre conducen a sanciones ó a resultados de utilidad

3. Cuántas faltas disciplinarias totales en las cuales son responsables o están implicados funcionarios de la institución, han sido denunciadas o detectadas en los tres últimos años (1996-1997-1998) ?  
1996 \_\_\_\_\_  
1997 \_\_\_\_\_  
1998 \_\_\_\_\_

4. De las faltas denunciadas o detectadas en los tres últimos años (1996-1997- 1998), cuántas han dado lugar a una investigación o averiguación formal por parte de las directivas de la institución o de las autoridades o instancias pertinentes?(fiscalía, contraloría, procuraduría)  
1996 \_\_\_\_\_  
1997 \_\_\_\_\_  
1998 \_\_\_\_\_

5. De las investigaciones o averiguaciones formales que se han iniciado en los tres últimos años (1996- 1997-1998), cuántas de ellas han podido ser concluidas en todas sus fases o etapas?(denuncia, investigación, acusación, defensa, juicio y condena)  
1996 \_\_\_\_\_  
1997 \_\_\_\_\_  
1998 \_\_\_\_\_

6. De las investigaciones o averiguaciones formales que se han iniciado en los tres últimos años (1996-1997-1998), cuántas de ellas se encuentran en proceso y aun no han concluido?  
1996 \_\_\_\_\_  
1997 \_\_\_\_\_  
1998 \_\_\_\_\_

7. En todas las investigaciones que han podido ser concluidas en todas sus fases o etapas en los dos últimos años (1996-1997), cuántas personas han sido sancionadas?  
1996 \_\_\_\_\_  
1997 \_\_\_\_\_  
1998 \_\_\_\_\_

8. Cuántas personas han sido absueltas  
1996 \_\_\_\_\_  
1997 \_\_\_\_\_  
1998 \_\_\_\_\_

9. En cuántos casos la investigación se ha cerrado por falta de pruebas o por problemas de trámites:  
1996 \_\_\_\_\_  
1997 \_\_\_\_\_  
1998 \_\_\_\_\_

10. Las sanciones aplicadas, han sido:

( ) Destitución y proceso penal	Cuántas: _____
( ) Destitución sin proceso penal	Cuántas: _____
( ) Sanción pecuniaria.	Cuántas: _____
( ) Suspensión temporal en el cargo	Cuántas: _____
( ) Amonestación escrita	Cuántas: _____
( ) Amonestación verbal	Cuántas: _____
( ) Otras, cuales: _____	Cuántas: _____

**Anexo 2**  
**Lista de Chequeo (Análisis de las variables institucionales)**

Objetivo: Conocer cuál es el comportamiento real de las principales variables de carácter institucional que permiten caracterizar en una organización hospitalaria, el grado de autonomía, transparencia en la gestión, rendición de cuentas y eficacia de los procesos de inspección, vigilancia, control y sanción, que se supone están relacionadas con el desempeño que la institución debe mostrar ante las directivas del sector, las autoridades territoriales, nacionales y en especial a la comunidad beneficiaria de los servicios.

Modalidad: La estrategia que se utilizará para el análisis de las variables institucionales descritas, consiste en hacer una entrevista a personas claves e indagar a través de ellas sobre el comportamiento de los aspectos descritos, *al igual que seleccionar dos procesos considerados críticos dentro del funcionamiento rutinario de la organización*, que serán analizados a profundidad mediante la verificación directa sobre archivos y documentos de respaldo.

**1. PROCESO NO. 1: NOMBRAMIENTO DE PERSONAL (P=planta, C= Contrato)**

**Aspecto Físico Archivo**

Existe	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Aspecto del lugar	<input type="checkbox"/> Deplorable	<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Optimo
Aspecto del archivo	<input type="checkbox"/> Deplorable	<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Optimo
Notas para resaltar	<hr/>		
Integridad del archivo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Condiciones higiénicas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Protección de carpetas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Seguridad del archivo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Ubicación	<input type="checkbox"/> Deplorable	<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Optimo
Acceso para consulta	<input type="checkbox"/> Deplorable	<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Optimo
Carpetas numeradas	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Algunas	<input type="checkbox"/> Todas
Carpetas con fechas	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Algunas	<input type="checkbox"/> Todas
Carpetas con nombre	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Algunas	<input type="checkbox"/> Todas
Carpetas bien legajadas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Documentos en orden seriado	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

**CALIFICACIÓN DEL ASPECTO FÍSICO ( 1 min - 10 max ) \_\_\_\_\_**

**Calidad e Integridad de Procesos**

(Insertar Si o No en cada casilla)	P1	P2	P3	P4	P5	C1	C2	C3	C4	C5
TOR con requisitos claros y explícitos										
Convocatoria Pública										
Pre-calificación de Aspirantes										
Plazo para la recepción de solicitudes										
Citación oportuna para pruebas de aptitud										
Citación oportuna para entrevista personal										
Plazo para reunir requisitos y participar										
Criterios definidos para valoración de pruebas										
Cuántas hojas de vida se estudiaron (cifra)										
Calificaciones de aspirantes coincide con TOR										
Calificación corresponde con la decisión										

Responsable de la selección

P1	_____	C1	_____
P2	_____	C2	_____
P3	_____	C3	_____
P4	_____	C4	_____
P5	_____	C5	_____

***CALIFICACIÓN DEL PROCESO DE NOMBRAMIENTO***

***PLANTA*** ( 1 min - 10 max ) \_\_\_\_\_

***CONTRATO*** ( 1 min - 10 max ) \_\_\_\_\_

**PROCESO NO. 2: COMPRA DE SUMINISTROS (I= INSUMOS, E: EQUIPOS)**

**Aspecto Físico Archivo**

Existe	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Aspecto del lugar	<input type="checkbox"/> Deplorable	<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Optimo
Aspecto del archivo	<input type="checkbox"/> Deplorable	<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Optimo
Notas para resaltar	<hr/>		
Integridad del archivo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Condiciones higiénicas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Protección de carpetas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Seguridad del archivo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Ubicación	<input type="checkbox"/> Deplorable	<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Optimo
Acceso para consulta	<input type="checkbox"/> Deplorable	<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Optimo
Carpetas numeradas	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Algunas	<input type="checkbox"/> Todas
Carpetas con fechas	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Algunas	<input type="checkbox"/> Todas
Carpetas con nombre	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Algunas	<input type="checkbox"/> Todas
Carpetas bien legajadas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Documentos en orden seriado	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Existe kárdex de proveedores	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Kárdex ordenado	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Kárdex actualizado	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Notas para resaltar	<hr/>		

**CALIFICACIÓN DEL ASPECTO FÍSICO ( 1 min - 10 max ) \_\_\_\_\_**

(Insertar Si o No en cada casilla o NA si no aplica )	I-1	I-2	I-3	I-4	I-5	E-1	E-2	E-3
Plan de compras con mínimos y máximos								
Plan de compras con promedio de consumo								
Plan de compras con tiempos de reposición								
Kárdex con plazos de suministro								
Definición de insumos o dotación								
Indicadores técnicos para definir necesidades								
TOR con especificaciones claras y explícitas								
TOR con cantidades específicas								
TOR con precios de insumos y dotación								
TOR con plazos de entrega								
TOR con plazos de entrega								
Licitación pública								
Otros mecanismos (*)								
Se solicitó cotización								
TOR con criterios de precalificación								
Audiencia pública de apertura de propuestas								
Audiencia pública para adjudicación								
Plazos adecuados para reunir requisitos								
Criterios y escalas de valoración para calificar las propuestas								
Cuántas propuestas hubo en la selección (cifra)								
Acta del comité de compras para selección final								
Propuestas coinciden con TOR								
Propuesta ganadora coincide con TOR								
Puntajes coinciden con criterios de calificación								

(\*) Otros mecanismos para dar a conocer a los proveedores las necesidades de la institución

I-1 \_\_\_\_\_ I-5 \_\_\_\_\_  
I-2 \_\_\_\_\_ E-1 \_\_\_\_\_  
I-3 \_\_\_\_\_ E-2 \_\_\_\_\_  
I-4 \_\_\_\_\_ E-3 \_\_\_\_\_

Responsable de la selección

I-1 \_\_\_\_\_ I-5 \_\_\_\_\_  
I-2 \_\_\_\_\_ E-1 \_\_\_\_\_  
I-3 \_\_\_\_\_ E-2 \_\_\_\_\_  
I-4 \_\_\_\_\_ E-3 \_\_\_\_\_

Hallazgos más relevantes :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CALIFICACIÓN DEL PROCESO DE COMPRA**

**INSUMOS** ( 1 min - 10 max ) \_\_\_\_\_  
**EQUIPOS** ( 1 min - 10 max ) \_\_\_\_\_



**ANEXO 3  
ENCUESTA DE PERCEPCION  
SOBRE EL CUMPLIMIENTO  
DE LAS NORMAS**

**CONFIDENCIAL**

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

**CAPITULO I MECANISMOS DE VIGILANCIA, CONTROL Y SANCION**

1. Hace cuánto trabaja en este hospital?

Menos de un año  1  2 De 4 a 6 años  3  4 Más de 6 años  5  6 A1

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

	Si	No	
El incumplimiento injustificado de horario del personal médico	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	A2
El robo de materiales y equipos de trabajo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	A3
Los cobros no autorizados a pacientes	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	A4
La utilización indebida de equipos e instalaciones	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	A5
Malos manejos en las compras de materiales y equipos de trabajo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	A6

**CAPITULO II FUNCIONAMIENTO LABORAL**

3. Existen horarios de trabajo para el personal médico?

Si  1 No  2 A7

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

Si  1 Continúe No  2 Pase a la pregunta 8 A8

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

Muchas veces  1 Algunas veces  2 Rara vez  3 A9

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

Médicos generales  1 Médicos especialistas  2 A10

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

	Si	No	
Bajos salarios	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	A11
Turnos excesivamente largos	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	A12
Comportamiento permitido en el sector público de la salud	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	A13
Deficiencia de las medidas de vigilancia, control y sanción	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	A14

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

Si  1 Continúe No  2 Pase a la pregunta 11 A15

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

	Si	No	
Bajos salarios	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	A16
Tolerancia de estas situaciones por el sector público de salud	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	A17
Deficiencia de las medidas de vigilancia, control y sanción	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	A18
Otra	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	A19
Cuál _____			

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

Casi todos  1 Unos cuantos  2 Casi ninguno  3 A20

11. Considera Ud. que durante el año pasado, los pacientes que fueron atendidos en este hospital debieron hacer pagos adicionales a personas del hospital?  
 Si  1 Continúe No  2 Pase a la pregunta 13 A21

12. A cuántos pacientes cree que se les hicieron este tipo de cobros adicionales por fuera de caja, el año pasado? (señale una sola opción)  
 A casi todos  1 A unos cuantos  2 A casi ninguno  3 A22

13. Ud. cree que el año pasado, el personal médico de este hospital utilizó los equipos, instalaciones y material de atención (drogas, material médico quirúrgico, etc.) para atender pacientes particulares sin pagarle al hospital?  
 Si  1 Continúe No  2 Pase a la pregunta 15 A23

14. El año pasado, cuántos médicos utilizaron los equipos, instalaciones y material de atención, en pacientes particulares?  
 Casi todos  1 Unos cuantos  2 Casi Ninguno  3 A24

15. Considera Ud. que el año pasado en este hospital existieron "malos manejos" en la compra de material de atención y equipo de trabajo?  
 Si  1 Continúe No  2 Pase a la pregunta 18 A25

16. Señale los "Malos Manejos" que se presentaron en este hospital en la compra de material de atención y equipos de trabajo. (Lea cada uno de las opciones y conteste SI o No)

	Si	No	
Se compra a precios por encima de los reales	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	A26
Se compran elementos de mala calidad o que no sirven para lo que se quiere	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	A27
Se compran materiales que no se necesitan	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	A28
Se reciben o solicitan propinas a los vendedores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	A29

17. Para Ud., el año pasado, las personas del hospital que tuvieron "malos manejos" en la compra de material de atención y equipo de trabajo fueron:  
 Casi todos  1 Unos cuantos  2 Casi ninguno  3 A30

18.Cuál de los siguientes hechos fue el que más se presentó el año pasado? (Lea todas las opciones y señale la que más se presentó)

Incumplimiento injustificado de horario por parte del personal médico	<input type="checkbox"/> 1		
Robo de materiales y equipos de trabajo	<input type="checkbox"/> 2		
Cobros no permitidos a pacientes	<input type="checkbox"/> 3		A31
Utilización no permitida de equipos, instalaciones y material de atención a pacientes particulares	<input type="checkbox"/> 4		
Malos manejos en la compra de materiales y equipos de trabajo	<input type="checkbox"/> 5		
Ninguno de los anteriores	<input type="checkbox"/> 6		<b>Pase a la preg.22</b>

19. Qué hizo Ud. cuando se enteró de alguno de esos hechos? (Señale sólo una opción)

Informó personalmente	<input type="checkbox"/> 1	No hizo nada	<input type="checkbox"/> 3	
Informó de manera anónima	<input type="checkbox"/> 2			A32

20. De las personas que se enteraron de estos hechos cuántos cree Ud. que lo denunciaron? (Señale sólo una opción)

Casi todos  1 Unos cuantos  2 Casi ninguno  3 A33

21. Indique las razones por las cuales Ud. cree que la gente no denuncia este tipo de irregularidades (Lea cada una de las razones y responda SI o No)

	Si	No	
Los mecanismos de control, vigilancia y sanción no son efectivos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	A34
Temor a posibles represalias	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	A35
Se acostumbró a este tipo de conductas en este país.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	A36
Considera que no es su problema	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	A37

22. Comparando con lo que sucedía hace cinco años, usted diría que la ocurrencia de los hechos anteriormente mencionados, en los hospitales del distrito es:  
 Mayor  1 Igual  2 Menor  3 A38

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

**Anexo 4: Encuesta a enfermeras jefes para medir el ausentismo**

<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; display: inline-block;"> <p><b>TIEMPO DE TRABAJO DEL PERSONAL MEDICO</b></p> </div>	<p>CONFIDENCIAL</p> <p>Los datos solicitados en este formulario son estrictamente confidenciales y en ningún caso pueden utilizarse como prueba para cualquier procedimiento administrativo</p>
---	---

**CAPITULO I: FUNCIONAMIENTO LABORAL**

1. El servicio en el cual laboró la semana pasada fue : \_\_\_\_\_ A 1

2. Hace cuánto labora en este hospital?

Menos de un año	<input type="checkbox"/> 1	De 4 a 6 años	<input type="checkbox"/> 3 A2
De 1 a 3 años	<input type="checkbox"/> 2	Más de 6 años	<input type="checkbox"/> 4

3. En un día habitual, cuánto tiempo funciona el servicio del cual Ud. es responsable actualmente? Horas A 3

<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
---	---

4. En un día habitual de la semana pasada y en el turno que le correspondió, cuántos médicos trabajaron?   
 ( *incluya tanto el personal de planta como el de contrato por hora y desagregue por tipo de médico* )

Médicos Generales	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> A4	Médicos Especialistas	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> A5
-------------------	--	-----------------------	--

5. En un día habitual de la semana pasada y en el turno que le correspondió, cuántas fueron las horas disponibles para :

Médicos Generales	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> horas A6	Médicos Especialistas	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> horas A7
-------------------	--	-----------------------	--

**CUMPLIMIENTO**

6. En un día habitual de la semana pasada y en el turno que le correspondió, los médicos incumplieron injustificadamente con las horas que debieron cumplir en el servicio ?

Si	<input type="checkbox"/> 1 Continúe	No	<input type="checkbox"/> 2 Pase a la pregunta 13	A8
----	-------------------------------------	----	--	----

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

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

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

Cuál \_\_\_\_\_ A19

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

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

Médicos Generales      horas      minutos      Médicos Especialistas      horas      minutos

     A20                    A21

### RAZONES Y CONSECUENCIAS

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

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

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

Si  1 *Continúe*

No  2 *Pase a la Preg. 13*

A26

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

**CONSECUENCIAS**

- Se retrasa o dificulta las actividades en la forma y tiempos previstos
- Se baja la calidad de la atención
- Se pone en peligro la vida e integridad de los pacientes
- Se genera mala imagen para la institución
- Otra

	Si	No	
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	A27
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	A28
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	A29
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	A30
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	A31

**CAPITULO II MECANISMOS DE VIGILANCIA, CONTROL Y SANCION**

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

Si  1

Cuáles son: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

A32

*Continúe*

No  2

**TERMINA**

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

Muy Efectivos

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

Regulares

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

Nada efectivos

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

A33

Efectivos

Poco efectivos

**OBSERVACIONES**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Anexo 5: Cálculo de la pérdida de recursos por ausentismo médico y sobreprecios

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

## **Anexo 6:**

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

## **INTRODUCCIÓN**

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

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

## **CAPITULO I**

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

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

#### **1. DISEÑO MUESTRAL**

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

##### ***1.1. Parámetros para el diseño***

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

- *Universo de estudio*

El universo de estudio corresponde a 8266 personas que laboran en los 32 hospitales del Distrito Capital. En el Cuadro N°1 se presenta la distribución del universo y de la muestra por hospital y estrato y en el Cuadro N°2 se presenta la distribución del universo y de la muestra por niveles de complejidad y estrato.

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

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

FUENTE: INVESTIGACION ESTADISTICA Y BASES DE DATOS  
FEDESARROLLO

## **Cuadro 2 DISTRIBUCION DEL UNIVERSO Y DE LA MUESTRA**

### **SEGÚN NIVELES DE COMPLEJIDAD Y ESTRATOS - 1999 -**

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

FUENTE: INVESTIGACION ESTADISTICA Y BASES DE DATOS  
FEDESARROLLO

- *Indicadores principales a ser estimados*  
 Total y porcentaje de percepción de ausentismo médico  
 Total y porcentaje de percepción de robo de materiales o equipos de trabajo  
 Total y porcentaje de percepción de cobros adicionales  
 Total y porcentaje de percepción de utilización de equipos, instalaciones o material de atención no permitido  
 Total y porcentaje de percepción de malos manejos en la compra de materiales de atención o de equipos de trabajo
- *Precisión deseada*  
 Se expresa en términos del error estándar o error de muestreo, que refleja la magnitud de la variación del azar propia de las muestras probabilísticas. A los niveles de complejidad se consideraron aceptables errores por debajo del 5% y a nivel de hospital del 10%.
- *Unidad estadística*  
 La unidad estadística es el hospital.
- *Unidad informante*  
 La persona seleccionada.
- *Desagregación de resultados*  
 Se generarán resultados por hospital y nivel de complejidad, si la tasa de respuesta así lo permite.
- *Cobertura*  
 La muestra cubre a 8266 empleados de planta de 32 hospitales dependientes de la Secretaría de Salud del Distrito Capital.

#### *1.2. Tipo de muestra*

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

### 1.3. Tamaño de muestra

Para calcular el tamaño de la muestra se aplicó la fórmula del muestreo aleatorio estratificado de elementos.

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

Donde:

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

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

$S_h^2$  = varianza en el estrato  $h$

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

Esrel = error estándar relativo

### 1.4 Selección de la muestra

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

## 2. PROCEDIMIENTOS DE ESTIMACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

donde

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

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

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

Bajo el diseño de muestreo estratificado el total es:

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

### 3. CÁLCULO DE ERROR ESTÁNDAR

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

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

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

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

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

## CAPITULO II

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

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

#### 1. DISEÑO CENSAL

El diseño de esta investigación estadística se fundamentó en los objetivos de la investigación, en particular, el de "conocer, dimensionar y caracterizar el ausentismo médico en los hospitales adscritos a la Secretaría de Salud del Distrito Capital. Así como en los siguientes aspectos:

- *Universo de estudio*

El universo de estudio correspondió a la totalidad de enfermeras jefes de servicio que laboran en los 32 hospitales del Distrito Capital. En el Cuadro 1 se presenta la distribución del universo por hospital.

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

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

FUENTE: INVESTIGACION ESTADÍSTICA & BASES DE DATOS FEDESARROLLO

- *Indicadores principales a ser estimados*  
 Total y porcentaje de percepción de ausentismo médico  
 Tasa de ausentismo  
 Total y porcentaje de percepción de razones de ausentismo  
 Total y porcentaje de percepción de solución del problema de ausentismo
  
- *Unidad estadística*  
 La unidad estadística es el hospital.
  
- *Unidad informante*  
 La enfermera jefe de cada servicio y turno.
  
- *Desagregación de resultados*  
 Se generarán resultados por hospital, servicio y nivel de complejidad, si la tasa de respuesta así lo permite.

- *Cobertura*  
El censo cubre a 529 enfermeras jefes de servicio y turno que laboran en los 32 hospitales adscritos a la Secretaría de Salud del Distrito Capital.

## 2. PROCEDIMIENTOS DE ESTIMACIÓN

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

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

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

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

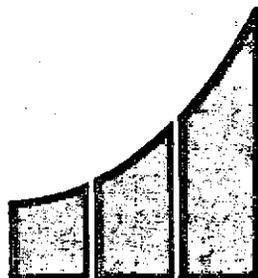
donde

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

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

## 3. INDICADOR DE CALIDAD DE LA INFORMACIÓN

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



# FEDESARROLLO

FUNDACION PARA LA EDUCACION SUPERIOR Y EL DESARROLLO

FEDESARROLLO es una entidad colombiana, sin ánimo de lucro dedicada a promover el adelanto científico y cultural y la educación superior, orientándolos hacia el desarrollo económico y social del país.

Para el cumplimiento de sus objetivos, adelantará directamente o con la colaboración de universidades y centros académicos, proyectos de investigación sobre problemas de interés nacional.

Entre los temas de investigación que han sido considerados de alta prioridad están la planeación económica y social, el diseño de una política industrial para Colombia, las implicaciones del crecimiento demográfico, el proceso de integración latinoamericana, el desarrollo urbano y la formulación de una política petrolera para el país.

FEDESARROLLO se propone además crear una conciencia dentro de la comunidad acerca de la necesidad de apoyar a las Universidades colombianas con el fin de elevar su nivel académico y permitirles desempeñar el papel que les corresponde en la modernización de nuestra sociedad.