



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

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

Por

Ursula Giedion*
Luis Gonzalez Morales*
Olga Lucia Acosta*

*Fedesarrollo

Enero 2001

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

Giedion, Ursula.

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

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

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

362.11 G862--dc21

©2000

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

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

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

Resumen*

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

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

3. Relación entre diseño institucional y conductas irregulares

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Autonomía

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

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

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

Generación, uso de información y participación de las partes interesadas

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

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

Vigilancia, control y sanción

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

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

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

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