



¿Qué hay detrás de un cambio en la productividad hospitalaria?

◆ Karelys Guzmán Finol* ◆

Esta investigación identifica los factores que habrían influido en los cambios de la productividad hospitalaria. Para esto se analizarán los casos de cuatro hospitales públicos que experimentaron los cambios de mayor y menor magnitud: el hospital Santander Herrera de Pivijay (Magdalena), el departamental San Antonio de Roldanillo (Valle del Cauca), ambos de nivel II; el hospital Santo Tomás de Villanueva (La Guajira) y el de Usaquén (Bogotá), de nivel I. Como resultado de las entrevistas y la revisión de los datos registrados en el Sistema de Información Hospitalaria (SIHO), se encontró que la alta rotación del personal, los problemas de cartera, la dificultad que han tenido los hospitales de nivel II para encontrar médicos especialistas, el conflicto armado y la baja inversión son los principales factores que pudieron influir en este cambio.

Gran parte de la atención médica en el país es provista por instituciones prestadoras de servicios (IPS) públicas. En efecto, en el 45% de los municipios del país solo existe un prestador de servicios de salud y este es de carácter público (Guzmán, 2014). Este hecho resalta el papel que desempeñan los hospitales públicos en la conservación de la salud y prevención de la enfermedad de una buena parte de la población del país.

En municipios que dependen de la oferta pública, de pequeña población y condiciones socioeconómicas no muy favorables, una alta proporción de sus residentes está afiliada al régimen subsidiado. En 2013 las 504 entidades territoriales que solo

* La autora es economista del Centro de Estudios Económicos (CEER) del Banco de la República, sucursal Cartagena. Agradece enormemente la colaboración de los funcionarios de los hospitales que participaron en la investigación, así como los comentarios de Jaime Bonet, Alejandro Montoya, Lucas Hahn, Luis Armando Galvis y Jairo Humberto Restrepo a una versión previa de este documento. También, la asistencia de Alejandro Silva y José Contreras, estudiantes en práctica del CEER, el apoyo de Antonio Orozco y la asesoría de Ramón Abel Castaño.

contaban con prestadores públicos tenían en promedio un poco más de 9.000 habitantes, de los cuales el 72% en promedio hacía parte del régimen subsidiado¹.

El 84% de estas IPS públicas es de nivel I, es decir, se trata de hospitales y centros de salud que ofrecen servicios básicos, con un empleo intensivo de recurso humano no especializado y un bajo uso de tecnología. Además, las IPS públicas pueden ser contratadas por las direcciones locales o distritales de salud para realizar actividades de promoción y prevención.

Teniendo en cuenta que mejorar la eficiencia y productividad hospitalaria podría permitir que el sistema de salud cubriese más personas, con mejor calidad, o simplemente se destinaran los recursos ahorrados a otros sectores que los requieran, es indispensable comprender cuáles son los factores que hacen que la productividad hospitalaria varíe. El objetivo de esta investigación es identificar cuáles fueron las posibles situaciones o políticas que estuvieron detrás de los cambios en la productividad de cuatro hospitales públicos del país.

Si bien varios autores han abordado el tema con métodos cuantitativos que estiman la magnitud de la ineficiencia y el cambio en la productividad hospitalaria², los resultados de estas investigaciones son muy generales y no permiten identificar fácilmente las situaciones o factores específicos que determinan estos cambios. Por el contrario, este trabajo se enfoca en el análisis de cuatro estudios de caso, los cuales fueron seleccionados a partir del escalafón obtenido por Orozco (2014), quien estimó el cambio en la productividad de 336 hospitales públicos entre 2003 y 2011.

Los casos seleccionados representan situaciones extremas en materia de la variación en la productividad hospitalaria. Del extremo inferior, es decir, entre los hospitales con el mayor descenso de la productividad, se revisarán el hospital Santander Herrera de Pivijay (Magdalena) y el hospital departamental San Antonio de Roldanillo (Valle del Cauca), cuyas disminuciones anuales fueron en promedio de 18% y 14%, respectivamente; ambos son IPS de nivel II. Del grupo de hospitales que experimentaron un mayor aumento en la productividad, se estudiarán el hospital Santo Tomás de Villanueva (La Guajira) y del hospital de Usaquén (Bogotá), donde el aumento de la productividad por año fue en promedio de 5% y 4%, respectivamente; ambos prestadores son de nivel I. Los tres primeros hospitales se encuentran en municipios donde la oferta sanitaria es principalmente de carácter público, mientras que el cuarto se localiza en la capital del país, donde coexisten IPS de diversa naturaleza jurídica.

La idea de seleccionar los casos extremos es tener la posibilidad de identificar elementos comunes y, en general, buenas y malas prácticas, que arrojen luces de lo sucedido en esos nueve años y que podrían determinar su situación actual. Este ejercicio es importante por varias razones. En primer lugar, se complementa la estimación reciente del cambio en la productividad hospitalaria, realizada por Orozco (2014), con datos adicionales e información cualitativa de los hospitales. Segundo, permite identificar variables que podrían afectar la productividad y que quizá no estén registradas en la literatura o no fueron capturadas en las estimaciones. Tercero, podrían plantearse hipótesis susceptibles de ser probadas en investigaciones posteriores. Finalmente, permite identificar factores de éxito o fracaso en la gestión de los hospitales públicos.

El documento está organizado en cinco secciones. La primera resume la literatura sobre las variables relacionadas con la productividad hospitalaria, mientras que la segunda parte realiza una breve nota metodológica sobre los estudios de caso. La tercera sección

¹ Cálculos realizados con base en la estimación y proyección de la población nacional del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y las coberturas publicadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

² Algunos de estos trabajos son Orozco (2014), Montoya (2013), Linna (2000), Sommersguter-Reichmann (2000) y Ng (2011).

describe el entorno en el cual se desempeñaron los hospitales visitados, con el fin de aportar elementos que podrían explicar su comportamiento. La cuarta se centra en los factores que determinan la productividad hospitalaria en los estudios de caso. Para terminar, la última sección concluye y presenta recomendaciones de política.

1. Revisión de literatura

En esta sección se identificarán los factores que, de acuerdo con la literatura, influyen en los cambios de productividad hospitalaria, con el fin de establecer cuáles serán las variables y la información a tener en cuenta en el análisis de la situación de cada hospital.

La productividad es la relación entre la cantidad de productos obtenida por un sistema y los recursos utilizados para conseguir dicha producción. Los cambios en la productividad total de una firma se pueden descomponer en tres: tecnológico, en la escala de producción y en la eficiencia. Esta segmentación permite conocer cuán importante es el esfuerzo de la firma por mejorar el manejo de sus recursos con respecto al efecto de las nuevas tecnologías adoptadas en todo el sector (Montoya, 2013).

Un cambio tecnológico se produce por la inversión en nuevas técnicas, en innovación, o en ambas, las cuales producen un desplazamiento de la frontera de producción, de tal forma que por cada insumo se obtiene mayor producción. Por su parte, el aumento en la eficiencia tiene que ver con la convergencia hacia las mejores prácticas y tecnologías empresariales que permitan emplear el nivel óptimo de insumos para obtener un producto dado. Es decir, la eficiencia está condicionada por el uso que se haga de los recursos y su costo (Castro, 2007). Un cambio en la escala de producción o la explotación de las economías a escala se realiza cuando el hospital aprovecha al máximo su capacidad instalada, para así aumentar la producción.

En la literatura se encuentran con más frecuencia estudios donde el cambio tecnológico es la principal fuente de las variaciones de la productividad hospitalaria. Esto ha sucedido en hospitales de Finlandia (Linna, 2000), Austria (Sommersguter-Reichmann, 2000), China (Ng, 2011), Sudáfrica (Zere *et al.*, 2001), Botsuana (Tloglego *et al.*, 2010), Grecia (Karagiannis y Velentzas, 2010) y Portugal (Barros *et al.*, 2008). Esto soportaría la idea de que el cambio tecnológico influye más en las variaciones de la productividad que los cambios en la eficiencia (Maniadakis y Thanassoulis, 2000).

En Colombia, Montoya (2013) estimó que el cambio en la productividad para 83 hospitales de segundo y tercer nivel entre 2005 y 2011 fue de 15,27%, siendo su principal componente la explotación de las economías a escala. Los cambios tecnológicos y en eficiencia fueron positivos, pero son casi cero. Orozco (2014) también estimó el cambio en la productividad para una muestra de 336 hospitales de niveles I y II entre 2003 y 2011. Los aportes de los cambios en la escala en la variación de la productividad son nulos debido a que el autor asume rendimientos constantes. El autor encontró una disminución de la productividad hospitalaria entre 0,39% y 1,52%, de acuerdo con el tipo de hospital. Este resultado fue originado por una caída en el cambio tecnológico, coincidiendo con Montoya (2013) en que el aumento de la eficiencia técnica³ fue leve, a pesar de usar diferentes metodologías.

No son muy comunes los estudios que aborden los determinantes de la productividad hospitalaria directamente. En cambio sí existen algunos que dan cuenta de las variables que

³ Una empresa produce de manera eficiente (en el sentido técnico) si su vector de insumos se encuentra ubicado sobre la frontera de posibilidades de producción, pues eso le garantiza alcanzar un nivel dado de producto, utilizando la mínima cantidad de insumos (Maldonado y Tamayo, 2007). Para comprender las diferencias entre los conceptos de eficiencia técnica, eficiencia de costos, productiva, asignativa y económica, revisar los trabajos de Maldonado y Tamayo (2007) y Hurst y Williams (2012).

Cuadro 1
Variables relacionadas con la eficiencia hospitalaria

Relación	Variables	Fuente
Positiva	<i>La competencia</i> , bajo el supuesto de que los compradores son sensibles a los precios, es decir si los proveedores no tienen poder de mercado.	Maniadakis y Thanassoulis (2000); Hurst y Williams, (2012) en hospitales del Reino Unido; Peñaloza (2003), en hospitales públicos y privados de Colombia, y Pinzón (2003), en hospitales públicos de baja complejidad de Colombia
	<i>Logística hospitalaria</i> , mejorar en los procesos de: *abastecimiento (compra y control de inventarios), *producción (ropa, esterilización, farmacia y alimentos) y *distribución, desde las zonas de almacenamiento hasta los puntos de utilización.	Hurst y Williams, (2012) y Velasco <i>et al.</i> , (2012)
	<i>Gerencia del hospital</i> : *Configurar y mejorar el recorrido que hacen los pacientes para acceder a los servicios *Fijar metas *Medir el desempeño del personal *Usar premios y sanciones para promover el buen desempeño *El compromiso y cooperación entre el personal administrativo y el asistencial	Hurst y Williams (2012)
Positiva	<i>Contexto externo</i> : *La reducción del presupuesto o ingreso disponible de los prestadores. *El incremento en el precio de los insumos. *Los avances tecnológicos. *Si el hospital reporta información sobre su desempeño públicamente. *Si recibe un pago adicional por mejoras en la calidad de los servicios.	
	*Experiencia del hospital	Araújo <i>et al.</i> (2013), hospitales brasileiros
	*El valor de los activos del hospital. *Una menor participación de las transferencias en los ingresos del hospital.	Peñaloza (2003)
	*Localización geográfica del hospital. *Un mayor porcentaje de personal vinculado por prestación de servicios. *Mayores niveles de rentabilidad. *Una alta participación de médicos residentes.	Estudios citados por Pinzón (2003)
	*Mayor complejidad de los servicios que ofrece el prestador	Montoya (2013), hospitales públicos de niveles II y III en Colombia
	*Se trata de un hospital universitario	Montoya (2013)
Negativa	* <i>Calidad de los servicios</i> , medida como la proporción de infecciones intrahospitalarias por egreso y la proporción de cirugías electivas canceladas	Montoya (2013)
	*El hospital tiene ánimo de lucro	Araújo <i>et al.</i> (2013), hospitales de Estados Unidos y Alemania
	*Público/ privado	
No hay consenso	*Acreditación	
	Grado de especialización	Araújo <i>et al.</i> (2013) y Peñaloza (2003)
	Tamaño del hospital	Peñaloza (2003) y Montoya (2013)
Depende del mecanismo de pago empleado	Mecanismos de pago al hospital y al personal asistencial.	Hurst y Williams (2012) y Castaño (2014)
No tiene relación	Tamaño del municipio donde se encuentra el hospital.	Montoya (2013)

Fuente: elaboración de la autora.

afectan la eficiencia. En términos generales, esta última se entiende como la combinación factible de insumos y productos en la cual es tecnológicamente imposible aumentar algún producto y/o reducir algún insumo sin reducir simultáneamente al menos otro producto y/o aumentar al menos otro insumo (Maldonado y Tamayo, 2007). El Cuadro 1 resume las variables cuya relación con la eficiencia ha sido explorada por anteriores estudios y que sirvieron como punto de referencia para identificar variables clave para analizar cada caso.

2. Los estudios de caso como estrategia de investigación

Implementar un estudio de caso como estrategia de investigación es útil cuando las preguntas que pretenden responderse tienen la forma de cómo o por qué (Yin, 2003). Como ya se advirtió, en esta investigación se desea conocer cómo, o mediante cuáles mecanismos se dieron los cambios en la productividad que experimentaron los hospitales estudiados. Debido a que el análisis es retrospectivo, los datos aportados por el Sistema de Información Hospitalaria (SIHO) complementarán las entrevistas realizadas a funcionarios que hacían parte de las instituciones durante el período de análisis.

Una de las dudas más frecuentes que surgen de esta metodología es sobre la validez de generalizar los resultados de un único caso. Por tanto, es clave aclarar que la generalización que se desprende de un estudio de caso no es estadística, es decir, el individuo o unidad a estudiar no es equivalente a una muestra y su escogencia no se debe a esta razón. La generalización que permite esta metodología es analítica, lo que significa que una teoría previamente desarrollada es usada como punto de referencia para comparar los resultados empíricos de un estudio. Los estudios de caso no se proponen para buscar generalizaciones, sino para ofrecer hipótesis que pueden ser comprobadas en una fase posterior de análisis con distintas metodologías.

La metodología seguida por quienes han realizado estudios de caso incluye entrevistas con funcionarios del hospital y revisión de su información financiera. Por ejemplo, Edwards *et al.* (2011) condujeron estudios de caso a cuatro de trece hospitales en los Estados Unidos, que habían sido seleccionados como *highest value hospitals* por el Leapfrog Group's Hospital Recognition Program en 2008, por haber obtenido altas calificaciones en la calidad de sus servicios y, al tiempo, por mantener un bajo uso de sus recursos. Los 1.300 hospitales considerados enviaron voluntariamente los datos para ser sometidos a la evaluación del programa. Durante las visitas que realizaron en 2010, los investigadores preguntaron a los directores y personal del hospital sobre las actividades que consideraban habían contribuido a obtener sus resultados, para ofrecer varias lecciones a aquellos hospitales que buscan incrementar la eficiencia. Entre ellas se encuentran: i) buscar mejor acceso y calidad hacen que la eficiencia mejore; ii) estandarizar procesos reduce la oportunidad de cometer errores e incrementa el poder de compra; y iii) monitorear indicadores de desempeño, procurando alcanzar metas específicas, motiva al recurso humano y promueve la cultura de la mejora continua.

En Colombia Zapata *et al.* (2010) analizaron la situación financiera de los hospitales públicos de Cundinamarca entre 2002 y 2009 a partir del SIHO y se enfocaron en indicadores fiscales⁴. Además, visitaron tres de estos prestadores en junio de 2010⁵. Los autores indagaron la relación de cada hospital con las entidades territoriales y las empresas promotoras de salud (EPS), sus facilidades y oferta de servicios, la composición de la fuerza laboral, sus salarios y la fuente de sus recursos,

⁴ Los indicadores analizados fueron: el ahorro primario, la participación de los gastos de personal en los de funcionamiento, la capacidad de financiamiento de los gastos de funcionamiento y la autofinanciación.

⁵ Los hospitales visitados fueron el Marco Afanador, de primer nivel de complejidad; el San Rafael, de segundo nivel, y La Samaritana, de tercer nivel.

en especial la participación en los ingresos totales de aquellos generados en la atención a población no afiliada a la seguridad social (vinculados) y en la prestación de servicios no incluidos en el POS. Los autores encontraron dinámicas de ingresos y gastos diferentes en cada uno de los hospitales visitados e identificaron los principales problemas financieros en el hospital de nivel III. Además, notaron que los recursos destinados a atender la población vinculada crecieron, a pesar de que el tamaño de esta población disminuyó significativamente entre 2002 y 2008 debido al aumento del aseguramiento.

Por su parte, Avendaño (2010) analiza las implicaciones de la transformación de los hospitales públicos en empresas sociales del estado (ESE) y estudia el caso del hospital San Rafael de Tunja (nivel III) entre 2000 y 2009, utilizando datos del SIHO. La autora concluye que las IPS públicas estaban en desventaja frente a las IPS privadas, debido a que incluso antes de la reforma ya eran débiles financieramente y tenían dificultades de liquidez.

3. Características y contexto de los hospitales objeto de estudio

Como ya fue mencionado, la identificación de los cuatro casos que hacen parte de este estudio se realizó a partir del trabajo de Orozco (2014). Se partió del listado de las diez IPS públicas con los mayores cambios de productividad, entre la muestra de 336 empleada en la investigación mencionada (Cuadro 2). Los resultados que se presentan a continuación son el producto de la percepción de los funcionarios entrevistados en los hospitales que acordaron colaborar en la investigación y de la revisión de información financiera de estas instituciones, a partir del SIHO. Las visitas se realizaron en septiembre y noviembre de 2014. La mayoría de empleados entrevistados laboraban en el hospital durante el período que se está analizando y tienen más de diez años de experiencia en el sector de la salud. Los cuatro hospitales incluidos en este estudio

son el Santo Tomás de Villanueva (La Guajira), el hospital de Usaquén (Bogotá), el departamental San Antonio de Roldanillo (Valle) y el Santander Herrera de Pivijay (Magdalena).

El hospital de Villanueva y el de Usaquén son de nivel I. Los hospitales clasificados en esta categoría se caracterizan por ofrecer servicios de consulta externa y odontológica, urgencias y hospitalización, atendidas por médicos generales. Allí también se ubican los centros de atención médica inmediata (CAMI), que brindan los servicios de urgencias. Los hospitales de Pivijay y Roldanillo son de nivel II. Además de los servicios propios del nivel I, pueden incluir entre su portafolio especialidades, como medicina interna, cirugía, ginecología, pediatría, psiquiatría, anestesiología, línea de trauma y fisioterapia⁶.

En 2013 Colombia contaba con 908 hospitales de nivel I localizados en 812 municipios, de 33.590 habitantes en promedio⁷. Para la misma fecha había 127 hospitales públicos de nivel II distribuidos en 109 municipios. La población de los municipios donde se encuentran localizados es en promedio de 115.784 habitantes⁸. Sin embargo, debido a que probablemente atienden residentes de municipios aledaños, su población objetivo sería mayor.

El hospital Santo Tomás representa el caso de una IPS de nivel I sin competencia, cuya población objetivo son todos los residentes del municipio; mientras que el de Usaquén

⁶ Para mayor precisión en las responsabilidades correspondientes a cada nivel de servicio, revítese la Resolución 5261 de 1994 (artículos 20 y 21 y capítulo V).

⁷ El conteo de hospitales no incluye centros ni puestos de salud. En el cálculo de la población promedio no fueron tenidos en cuenta Bogotá, Medellín, Cali ni Cartagena. La información sobre la población municipal que se presente en esta sección hace parte de la estimación y proyección de la población nacional, departamental y municipal total por área, 1985-2020, presentada por el DANE (<http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion>).

⁸ Al calcular este promedio no se incluyeron Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla ni Cartagena, porque su población supera en un margen amplio la del resto de municipios, lo que distorsiona el promedio.

Cuadro 2
Cambio en la productividad, en la eficiencia y cambio tecnológico, 2003-2011

Departamento	Municipio	Nombre del hospital	Cambio en la	Cambio en	Cambio	Nivel	Puesto
			productividad	eficiencia	tecnológico		
			(porcentaje promedio anual)				
Tolima	Líbano	Hospital Regional del Líbano ESE	7,33	8,64	(1,31)	II	1
La Guajira	Villanueva	ESE Hospital Santo Tomás	5,01	9,35	(4,34)	I	2
Cundinamarca	Sopó	ESE Hospital Divino Salvador	4,77	3,80	0,97	I	3
Nariño	San Pablo	ESE Hospital San Carlos	4,36	5,36	(1,00)	I	4
Bogotá, D. C.	Bogotá, D. C.	ESE Hospital de Usaquén I nivel	4,21	4,11	0,10	I	5
Meta	Villavicencio	ESE del municipio de Villavicencio	(10,17)	6,87	(17,04)	I	332
Antioquia	Santafé de Antioquia	ESE Hospital San Juan de Dios	(13,07)	0,14	(13,22)	II	333
Valle del Cauca	Roldanillo	Hospital Departamental San Antonio	(14,09)	(3,61)	(10,48)	II	334
Bogotá, D. C.	Bogotá, D. C.	ESE Hospital de Usme I nivel	(16,49)	(12,50)	(3,99)	I	335
Magdalena	Pivijay	ESE Hospital Santander Herrera de Pivijay	(17,67)	0,00	(17,67)	II	336

Nota: en negrilla los hospitales analizados.

Fuente: Orozco (2014); elaboración de la autora.

es un hospital que, pese a cubrir una zona de mayor población, solo atiende efectivamente alrededor del 20%, la cual pertenece al régimen subsidiado⁹. El resto de los habitantes de la localidad son afiliados del régimen contributivo, cuyas EPS no contratan con este hospital. Por esta razón, ambos hospitales solo atienden afiliados al contributivo cuando ingresan por urgencias, servicio que la EPS respectiva paga en cada ocasión.

Pivijay y Roldanillo hacen parte del grupo de 45 municipios que cuentan con un hospital público de nivel II, pero ninguno de nivel I. Esos hospitales han atendido personas

de distintos regímenes y a los vinculados, pero las ventas al régimen contributivo no son las más representativas en ninguno de los casos. Los funcionarios entrevistados en Pivijay no perciben competencia de IPS vecinas, mientras que en Roldanillo sí. Esto se hace evidente para ellos cuando pudiendo resolver un caso en sus instalaciones, una EPS local remitió a sus afiliados a otros hospitales, como el de Zarzal.

Como se identificó, la localización del hospital, su entorno, trayectoria y la presencia de competidores en la zona pueden afectar su productividad y eficiencia. Por tanto, es importante verificar cómo están los hospitales bajo estudio en cuanto a estas variables.

El hospital Santo Tomás se inauguró oficialmente en 1958 y fue constituido como ESE en 1998. Está localizado en el municipio de Villanueva (La Guajira), que entre 2003 y 2011 contó en promedio con 24.000 habitantes (DANE). En promedio, el 63% de su

⁹ Cuando se afirma que el hospital de Usaquén solo atiende personas afiliadas al régimen subsidiado, solo se están teniendo en cuenta los servicios y actividades propias que cubre el aseguramiento individual en salud, no las de salud pública, que para el caso particular de este hospital vienen siendo más importantes en términos de ingresos que las primeras. Las implicaciones de esto se ampliarán más adelante.

población estuvo afiliada al régimen subsidiado entre 2003 y 2011¹⁰. Los pacientes del municipio son remitidos a Riohacha, Maicao o Valledupar, si requieren servicios en IPS de nivel II, y a San Juan o Maicao, si necesitan atención en IPS de nivel III. Podría decirse que esta IPS no tiene competencia en el mercado de prestadores de servicios de salud de baja complejidad del municipio, así que se encarga de atender los residentes de Villanueva, independientemente de su afiliación a algún régimen¹¹.

Por otro lado, los hospitales públicos de Bogotá están organizados en cuatro subredes de servicios de salud. El hospital de Usaquén hace parte de la red norte¹², junto con el hospital Chapinero (también de nivel I), el hospital de Suba, el de Engativá (ambos de nivel II) y el hospital Simón Bolívar (nivel III). El hospital de Usaquén cubre la localidad que lleva su mismo nombre.

La localidad Usaquén está ubicada en el extremo nororiental del distrito capital. Por esto se relaciona con tres municipios de Cundinamarca (Calera, Sopó y Chía). Es considerada como la quinta localidad en extensión de Bogotá (6.531,6 ha). En 2012 su población alcanzaba los 479.830 habitantes, de los cuales el 80% pertenecía al régimen contributivo (Equipo ASIS Local, 2013). En Usaquén hay barrios de todos los estratos, e incluso barrios no legalizados. En esta localidad hay varias

IPS privadas y son estas las contratadas por las EPS del régimen contributivo. Por tanto, la población que atiende el hospital en el mercado de aseguramiento individual de salud es principalmente del régimen subsidiado. De acuerdo con el actual asesor de planeación del hospital, su población objetivo actual podría llegar aproximadamente a 50.000 personas.

Además de la sede administrativa, que al tiempo funciona como unidad primaria de atención en salud (UPA), el hospital de Usaquén también cuenta con otras cuatro UPA, dos unidades básicas de atención en salud (UBA) y un CAMI, el cual brinda servicios de hospitalización y urgencias las 24 horas.

Pivijay es un municipio del Magdalena que, de acuerdo con las proyecciones del DANE, contaba con 34.707 habitantes en 2011. Entre 2003 y 2011 el porcentaje de residentes afiliados al régimen subsidiado aumentó sostenidamente, a tal punto que, según el Ministerio de Salud, entre 2009 y 2011 su número era mayor que la población del municipio (era de 37.616). Esto implicaría que, o bien el municipio tiene una población real superior a la proyectada, o problemas de multifiliación al sistema de salud. Las fuentes de empleo formal en Pivijay son limitadas y prácticamente se reducen a la alcaldía, el hospital o los colegios. El resto de la población económicamente activa se dedica principalmente a actividades agropecuarias o el mototaxismo, por lo que no es extraño que exista una alta afiliación del régimen subsidiado en esta zona del país.

En Magdalena existen 28 IPS de nivel I, cinco hospitales de nivel II y uno de nivel III, localizado en Santa Marta. El Santander Herrera de Pivijay (hospital de Pivijay, de ahora en adelante) es un hospital regional de nivel II, centro de referencia para otros municipios ribereños, como Remolino, Salamina, El Piñón, Cerro San Antonio, Concordia, Pedraza y Zapayán. Cuenta con dos sedes alternas en corregimientos del municipio (Media Luna y Canoas), que funcionan como centros de salud. Este es el único hospital que ha tenido el municipio. En 2011 el hospital de Pivijay era la segunda IPS de nivel II más grande del Magdalena,

¹⁰ El porcentaje promedio de afiliados presentado corresponde al cociente entre número de cupos contratados y la población entre 2003 y 2011. La información sobre los cupos contratados del régimen subsidiado por municipio citados en esta sección fueron tomados de la página oficial del Ministerio de Salud: <http://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Regimensubsubsidado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsidiado.aspx>

¹¹ De acuerdo con Reporte Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), con corte a diciembre de 2013, desde 2010 aparecen habilitadas otras IPS privadas; sin embargo, estas no reportaron información de capacidad instalada en términos de las variables tenidas en cuenta por el Ministerio de Protección Social.

¹² La red norte cubre las localidades de Usaquén, Chapinero, Teusaquillo y Barrios Unidos. Concentra el 39% de la población de Bogotá (Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud, 2013).

después de la ESE hospital San Cristóbal de Ciénaga, si se utilizan como indicadores de la capacidad instalada el número de camas, de consultorios y de unidades de odontología.

El hospital departamental San Antonio está ubicado en Roldanillo, un municipio de aproximadamente 217 km², que está ubicado al norte del Valle del Cauca¹³ y limita con otros municipios del mismo departamento (La Victoria, Bolívar, El Dovio, La Unión y Zarzal). De acuerdo con el DANE, en 2011 tenía una población de 33.529 habitantes y el 18% de sus hogares vivía con necesidades básicas insatisfechas¹⁴. El porcentaje de la población de Roldanillo afiliada al régimen subsidiado pasó de 33% en 2003 a 63% en 2011.

La construcción del hospital de Roldanillo inició en 1932, fue inaugurado en 1940 y dirigido por la comunidad religiosa de las Terciarias Capuchinas hasta 1950. En la estratificación de los hospitales públicos por niveles de atención implementada en 1976, el hospital de Roldanillo fue designado como una IPS de nivel II, de carácter regional y hospital de referencia de los municipios de Bolívar y El Dovio (<http://hospitalroldanillo.gov.co/quienes-somos/historia>). Esto quiere decir que el hospital atiende también las necesidades de los habitantes de estos municipios cuando los servicios que requieran sean de mayor complejidad que los ofrecidos en las IPS de su jurisdicción. Mediante el Decreto 1808 de 1995 de la Gobernación del Valle, el hospital se convierte en una ESE.

En 2013 la capacidad instalada del municipio consistía principalmente en la aportada por el hospital, la clínica privada Santa Ana Limitada y el Cuerpo de Bomberos (una ambulancia). El hospital público de nivel II más cercano al de Roldanillo es el hospital departamental San Rafael de Zarzal, a menos de media hora del municipio, el cual, junto con

las clínicas Mariángel Dumián Medical y San Francisco S. A. (en Tuluá), los hospitales de nivel II y clínicas de Cali son identificados por los funcionarios del hospital de Roldanillo como su competencia¹⁵.

El hospital San Antonio cuenta con una sede principal y algunos puestos de salud, ubicados en zona urbana y rural del municipio. En estos se brindan los servicios de promoción y prevención, aunque no de manera permanente. También, se ofrecen servicios de medicina general, con el fin de hacer seguimiento a pacientes con enfermedades crónicas, como diabetes e hipertensión arterial. Además, de manera intermitente, atienden profesionales de optometría y odontología.

4. Factores relacionados con el cambio de la productividad

En esta sección se presentarán los factores que podrían haber influido en el cambio de la productividad que experimentaron entre 2003 y 2011 los cuatro hospitales analizados. En primer lugar, se revisará la evolución de las variables empleadas por Orozco (2014) en la estimación de este cambio. Luego, se abordarán temas comunes en todos los hospitales, como el recurso humano, la cartera, la transformación de los hospitales en ESE y la falta de inversión. Finalmente, se analizará un par de factores que conciernen especialmente a dos hospitales: el conflicto armado y la exclusión de parte importante de sus actividades en los indicadores de producción.

4.1. Insumos y productos empleados en la estimación

En la literatura se distingue entre los productos y los resultados de un hospital. Los productos son los servicios que este ofreció en

¹³ Aunque el municipio pertenece al departamento del Valle del Cauca, está más cerca de Pereira que de Cali. Entre Pereira y Roldanillo hay aproximadamente dos horas por tierra.

¹⁴ El NBI corresponde al resultado del Censo general 2005 del DANE.

¹⁵ Hay otras IPS en el municipio, como la Clínica Oriente Limitada y el Centro Médico María Salomé, de naturaleza privada. Adicionalmente, en el Valle existen otras IPS públicas de nivel II, una en Cartago y otra en Sevilla.

un período determinado y los resultados, que suelen ser más difíciles de medir, se refieren al efecto de los tratamientos en la salud de los pacientes. En las mediciones de eficiencia se han empleado los servicios prestados o atenciones realizadas como medida de la producción hospitalaria. Como los hospitales pueden tener una variedad de servicios habilitados, se dice que funciona como una empresa o firma multiproducto. Así mismo, cuenta con varias clases de insumos: el recurso humano, los equipos, la infraestructura física y los recursos financieros, entre los más relevantes.

En la estimación del cambio de la productividad Orozco (2014) empleó como productos: las consultas de medicina general electivas, es decir, las que se solicitan con anticipación, las consultas urgentes, los partos, el número de egresos y los días de estancia¹⁶; mientras que como insumos utilizó el gasto total, el número de cargos de planta y la cantidad de camas hospitalarias. Como se observa en el Cuadro 3, en varios de ellos es común

el aumento de los gastos, la disminución del personal de planta y el número de partos¹⁷.

La caída en la producción del hospital San Antonio no fue constante. De hecho, entre 2005 y 2009 las consultas aumentaron. Los funcionarios del hospital identificaron dos factores que podrían haber causado esta caída. En primer lugar, la falta de recursos ligada al menos a dos situaciones. La primera es que las EPS no contrataban algunos servicios con la IPS, aunque esta sí contara con los recursos humanos y físicos para suministrarlos. Cuando un paciente se encuentra en urgencias y el médico encargado determina el tratamiento que requiere, este contacta a la EPS para solicitar la autorización, sin la cual no puede proceder. La EPS es autónoma en determinar cuál IPS de su red resolverá el caso. Los funcionarios del hospital argumentaron que en ocasiones la EPS ha ordenado trasladar el paciente a otra IPS, aunque puede asignar el servicio a Roldanillo. La segunda causa de la escasez de fondos fue la demora en el pago de las EPS,

Cuadro 3
Variables empleadas en las estimaciones del cambio de la productividad
(variación porcentual anual promedio entre 2003 y 2011)

Producto / insumo	Hospital de Usaquén	Hospital Santo Tomás	Hospital de Pivijay	Hospital San Antonio
Productos				
Consultas de medicina general electivas	3,24	11,00	(4,42)	0,47
Consultas urgentes	1,21	16,00	8,03	(1,81)
Partos	(18,82)	(9,00)	1,00	(6,37)
Egresos	(17,95)	6,00	2,70	(3,73)
Días de estancia	7,72	6,00	5,27	(0,71)
Insumos				
Personal asistencial	(0,93)	(5,00)	3,16	(2,27)
Personal administrativo	(2,85)	(2,00)	1,81	(3,80)
Gasto comprometido (miles de pesos constantes de 2008)	9,03	2,00	2,94	7,85
Camas hospitalarias	(6,50)	(8,00)	1,00	0,00

Fuentes: Orozco (2014) y Sistema de Información Hospitalaria (SIHO); cálculos de la autora.

¹⁶ Los días de estancia de los egresos corresponden a la sumatoria de los días que permanecieron hospitalizados los pacientes adultos y pediátricos que egresaron de servicios en el período. Incluye los días de estancia de los egresos obstétricos, quirúrgicos, no quirúrgicos y salud mental (*Manual del Sistema de Información Hospitalaria*).

¹⁷ Aunque en el hospital de Pivijay el número de cargos de planta haya aumentado, todos los cargos no han sido efectivamente cubiertos. Desde 2009 en SIHO se reportan 119 cargos; sin embargo, solo hay 105 empleados. Si se considera que en 2003 había 114 cargos, entonces se puede decir que en realidad estos han disminuido.

lo que restaba liquidez al hospital y, a su vez, demoraba la realización de exámenes diagnósticos por falta de insumos.

El segundo factor que pudo afectar el comportamiento de la producción es que, hasta mediados del período analizado el hospital tenía por política recibir y atender en la medida de sus posibilidades a todo el que lo solicitara, independientemente de si estaba afiliado o no a alguna EPS. Estas atenciones eran financiadas por el departamento, con cargo a la cuenta de población pobre no asegurada. A pesar de que la Ley 100 de 1993 estipuló que los hospitales debían financiarse con la venta de sus servicios y no de las transferencias estatales, esta transición en el hospital de San Antonio ocurrió de manera tardía, apenas durante la última década. Este cambio implicaba que por cada persona afiliada al régimen subsidiado, al hospital ya no se le pagaba por servicio, sino por una suma fija por persona (denominado por capitación).

Por tanto, la institución decidió aumentar el control sobre el número de servicios prestados al paciente y ofrecer solo aquellos cuya demanda los hiciera rentables. En general se observa que las actividades que distinguen los hospitales de nivel II de los de nivel I (como las cirugías y las consultas con especialistas) aumentaron, mientras que el número de imágenes diagnósticas disminuyeron.

Si las EPS que tenían al hospital de Roldanillo en su red estaban dirigiendo sus afiliados a otras IPS, cabe esperar que la venta de los servicios disminuyera en el período; sin embargo, los ingresos exigibles por el hospital por concepto de servicios prestados, llamados ingresos reconocidos, no disminuyeron entre 2003 y 2011; de hecho, aumentaron 33%. Esto no resta necesariamente crédito al argumento del hospital, pues puede que sus ventas no hayan aumentado lo que su administración esperaba de acuerdo con las oportunidades o casos que se presentaron; en otras palabras, es posible que la capacidad resolutive del hospital le hubiese permitido generar más recursos.

Un argumento similar al presentado por los funcionarios del San Antonio fue expuesto

en el hospital de Pivijay. A pesar de que cumplían con los requisitos legales en cuanto al formato y soportes que se envían al pagador cuando están solicitando autorización para realizar servicios posteriores a la atención de urgencias, algunas EPS no cumplían los plazos máximos establecidos para responder dichas solicitudes¹⁸. Por su parte, podría darse un subregistro de servicios en la sección de facturación. Como gran parte de los cargos en esa área han sido contratados por prestación de servicios, había una alta rotación de los facturadores (podrían cambiar cada dos o tres meses), lo cual no les permitía capacitarse lo suficiente. Por otro lado, durante un tiempo el hospital no contó con facturadores 24 horas; entonces, todos los servicios que se prestaran durante la noche debían ser facturados al día siguiente, lo que acumulaba el trabajo e implicaba mayor probabilidad de cometer errores.

Los hospitales de Villanueva y San Antonio atribuyen la disminución de partos al éxito de las campañas de planificación familiar. En el hospital de Usaquéñ añaden otra posible explicación: las mujeres embarazadas podrían preferir acudir al hospital de nivel II Simón Bolívar, debido a que al ser más grande que el CAMI Verbenal (sede del hospital de Usaquéñ donde atienden los partos y hospitalizaciones) y contar con especialistas, podría generarles una mayor sensación de seguridad. Además, aquel hospital se encuentra más cerca de los cerros nororientales que el CAMI. Por tanto, aunque el parto pueda ser atendido en el CAMI por un médico general sin que esto necesariamente represente riesgo para la madre y el recién nacido, los residentes de esa zona de la localidad eventualmente preferirían ir al Simón Bolívar.

Los cambios en la capacidad instalada de los hospitales no fueron significativos (Cuadro 4). Sin embargo, puede notarse que a lo largo del tiempo las IPS de nivel I limitaron la oferta de servicios de mayor complejidad, dis-

¹⁸ La Resolución 3047 de 2008 reglamenta estos procedimientos.

Cuadro 4
Capacidad instalada

Facilidad	Hospital Santo Tomás		Hospital de Usaquén		Hospital de Pivijay		Hospital San Antonio	
	2003	2011	2003	2011	2003	2011	2003	2011
Camas de hospitalización	36	8	23	12	37	40	32	32
Camas de observación	6	4	3	2	7	13	2	4
Consultorios de consulta externa	4	5	18	19	12	11	8	11
Consultorios en el servicio de urgencias	2	2	3	2	2	4	2	3
Salas de quirófanos	2	0	0	0	1	1	2	2
Mesas de partos	2	2	2	2	1	1	1	1
Número de unidades de odontología	2	2	16	14	4	5	5	6

Fuente: Sistema de Información Hospitalaria (SIHO).

minuyeron el número de camas y cerraron los quirófanos con que contaban. En Villanueva las camas de hospitalización fueron deshabilitadas por decisión administrativa. El hospital solo realizó cirugías entre 2007 y 2009, lo que podría explicar el cierre de los quirófanos (sin incluir partos y cesáreas). Asimismo, el número de partos disminuyó paulatinamente con los años, al pasar de 237 en 2003 a 96 en 2011, lo que no motivaría al hospital a adquirir más mesas para este fin. En Pivijay el aumento de las camas de hospitalización y los consultorios en el servicio de urgencias podría estar asociado con el período de violencia que atravesó el municipio desde finales de los años noventa hasta 2008.

Además de los servicios empleados como productos en las estimaciones de Orozco (2014), los hospitales prestan otro tipo de servicios: de apoyo diagnóstico, cirugías, actividades para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como los controles prenatales o las citologías, y consultas especializadas (si se trata de un hospital de nivel II o III). Estos servicios estarían correlacionados entre sí, de tal manera que la utilización de varios de ellos puede inducir la demanda por otros. Por ejemplo: si un paciente es operado, probablemente necesitará acudir al médico general o especialista para posteriores chequeos. De igual manera, para acceder a una consulta especializada

el usuario debe consultar primero al médico general; o el resultado de una citología puede ameritar una visita al ginecólogo. De esta manera, políticas destinadas a hacer más eficientes ciertos servicios podrían tener un impacto en la prestación de los demás.

Ofrecer consultas con médicos especialistas es una de las principales diferencias entre los hospitales de primer y segundo nivel. En el Hospital San Antonio y en el Santander Herrera de Pivijay se realizaron en promedio, respectivamente, dos y tres consultas con médico general por cada consulta con un especialista¹⁹. En el hospital San Antonio se realizaron en promedio 16.930 consultas con médicos especialistas por año y estas aumentaron cerca de 3% al año. Por su parte, en el hospital Santander Herrera se realizaron en promedio 13.188 consultas con especialistas por año, las cuales disminuyeron a una tasa de 1% anual.

En el hospital San Antonio de Roldanillo las vacunas (o dosis de biológicos aplicadas) y los controles de enfermería prenatales aumentaron a una tasa promedio anual entre el 3% y el 4%. Esto podría ser el reflejo del creciente esfuerzo que los funcionarios afirman haber

¹⁹ En estos cálculos solo se tienen en cuenta las consultas (con médico general o especialista) electivas, no las solicitadas en urgencias.

realizado en esta área. Si bien no consideran que el hospital se especializa en algún tipo de servicios, el hecho de enseñar a las madres a llevar los controles de vacunación, las campañas de planificación familiar y estar sujetos a metas de vacunación fijadas departamentalmente, podrían explicar estos resultados.

El equipo que realiza actividades de promoción y prevención del hospital Santo Tomás también experimentó avances. En un principio se realizaban las citologías en consultorios improvisados en la casa de algún residente del barrio que estuviesen visitando, luego empezaron a utilizar unidades especializadas para practicarlas en espacio propio. Incluso, se han esforzado en identificar la población infantil que requiere vacunación, haciendo censos por hogares. Además, en el laboratorio clínico donde laboraban una bacterióloga y un asistente de laboratorio, este último fue reemplazado por otra bacterióloga, con lo que se busca mayor calidad y eficiencia en la realización de los análisis. Obtuvieron resultados: antes de la medida se demoraban tres días en entregar los resultados y, posterior al cambio, solo uno.

En el hospital de Pivijay existe la percepción de que en los últimos años se ha dado mayor importancia a la vacunación que a otras actividades de promoción y prevención. Esa opinión coincide con lo registrado en SIHO: entre 2008 y 2011 los controles de enfermería (atención prenatal y primera infancia) y las citologías disminuyeron 58% y 32%, respectivamente; mientras que las dosis de biológicos aplicadas aumentaron un 23%. Los funcionarios son conscientes de que falta un mayor acercamiento a la comunidad, ir con más frecuencia a los corregimientos y utilizar fichas domiciliarias, de tal forma que se caracterice la población y se prioricen sus necesidades en términos de salud pública e individual.

Otro comentario común en los hospitales visitados tiene que ver con la desactualización de las bases de datos que emplean las entidades encargadas de establecer las metas de actividades como vacunación y citologías que deben cumplir los hospitales públicos. En

las bases de datos es frecuente encontrar al mismo afiliado en varias EPS. Los hospitales no informan sobre esto porque menos personas en la base significan menos recursos; por tanto, prefieren ser glosados por no cumplir las metas, que denunciar los errores en los registros. Otra IPS menciona que las actividades a veces son subprogramadas por la entidad territorial que contrata, es decir, se han programado para beneficiar a menos personal del que los funcionarios encuentran cuando se dirigen a la comunidad. Comentaban, por ejemplo: “Si yo tengo una meta de cincuenta niños para hacer suplementación nutricional y resulta que hay cien niños, solo puedo darle suplemento a cincuenta porque si le doy al número cincuenta y uno no me lo van a reconocer. ¿Y cómo voy a dejar en una familia de tres niños, a dos sin suplemento? Yo doy (el hospital) esas dos dosis adicionales, pero entonces no me las reconocen, aunque yo sí estoy incurriendo en un gasto”.

En síntesis, hay varios factores que influyeron en la dinámica de la producción en los hospitales estudiados, como la transformación de estas instituciones en ESE, la falta de liquidez de los hospitales y el retraso en la autorización para la continuidad en los tratamientos por parte de las EPS.

4.2 Recurso humano

Uno de los elementos que afectan la productividad hospitalaria, en el que coincidieron los funcionarios entrevistados en las visitas de campo, es el recurso humano. Existen diferentes factores que han influido sobre este insumo en cuanto a calidad y cantidad, además de las cargas prestacionales, que pueden comprometer la viabilidad financiera de las IPS visitadas. Sobre este último punto, por ejemplo, el gerente señalaba que en el período 2002-2004 del hospital Santo Tomás de Villanueva el principal reto que enfrentaba la institución eran sus elevados pasivos, que en 2003 equivalían a más de 1.300 millones de pesos, de los cuales un 60% eran deudas con los trabajadores (de planta y servicios indirectos), quienes

no habían recibido salario en doce meses. En aras de sanear las finanzas del hospital, entre 2002-2005 las directivas tomaron medidas de austeridad para disminuir el gasto en algunos rubros y así generar ahorros que contribuyeran al saldo de los pasivos.

Dentro de las medidas que se tomaron se mencionaba que una vez que un trabajador de planta se pensionaba no se reemplazaba ese cargo, sino que se redistribuían las funciones entre los empleados vigentes o se contrataba a alguien en la modalidad de prestación de servicios. Por consiguiente, el número de cargos de planta en el hospital Santo Tomás pasó de 74 a 54 entre 2003 y 2011. En los hospitales San Antonio y Usaquén también fue así: los cargos de planta disminuyeron 22% y 16%. En este último afirman que la entidad no sería capaz de asumir los costos que implicaría que toda su nómina fuese de planta.

Otro hecho que se destacó en la gestión humana de los hospitales visitados es el incremento sostenido de los gastos indirectos. En efecto, entre 2003 y 2011 en los cuatro hospitales bajo estudio los gastos por servicios indirectos crecieron de tal forma que llegaron a ser los más importantes. En el hospital Santo Tomás, mientras que los gastos del personal de planta en promedio disminuyeron 1% anualmente, los asociados a los servicios indirectos aumentaron a una tasa promedio de 26% anual.

Los gastos por servicios indirectos en el hospital San Antonio y en el de Pivijay crecieron a una tasa promedio anual de 23% y 11%, respectivamente, y corresponden en especial a los salarios de los médicos especialistas que son contratados bajo la modalidad de prestación de servicios. Comentaban los entrevistados que, debido a que los hospitales se han caracterizado por no pagar los salarios a tiempo, los especialistas no desean ser contratados de planta, pues para ellos es más rentable trabajar por horas en diversas instituciones cercanas²⁰.

²⁰ Los funcionarios entrevistados comentaban que el personal recibe cada dos o tres meses el salario correspondiente a un mes de trabajo.

Además, el hospital San Antonio ha tenido dificultades en conseguir especialistas (como internistas, cirujanos, anesthesiólogos, urólogos y traumatólogos), debido a que estos no encuentran atractivo trabajar en Roldanillo. Por tanto, es posible que los profesionales de este tipo de áreas, conscientes de las limitaciones de la oferta en el municipio y la demora en los pagos, hayan exigido una remuneración más alta en Roldanillo que en ciudades con mayor oferta de recurso humano. Esto haría que el hospital gastase más recursos para practicar el mismo número de consultas externas²¹. En la medida en que la oferta del servicio de consultas con médicos especialistas es una de las principales diferencias entre los hospitales de niveles I y II, esto debería ser tenido en cuenta al momento de evaluar la eficiencia o el cambio de la productividad. Contar con estos servicios implica una mayor gestión, que se traduce en costos más elevados.

El hospital de Usaquén ha requerido la contratación de una buena cantidad de profesionales también por prestación de servicios, para implementar el plan de intervenciones colectivas. Entre 2003 y 2004, cuando empezó Salud a su Hogar, el gasto en servicios indirectos pasó de aproximadamente 370 millones a más de 3.500 millones, en 2006 llegaron a los 7.000 millones y en 2009 sobrepasaron los 8.600 millones de pesos. A la fecha son 626 empleados por prestación de servicios en todo el hospital y 88 cargos de planta provistos.

El personal contratado por prestación de servicios es en muchos casos de alta rotación, bien sea porque se presentan cambios con nuevas administraciones o porque renuncian al encontrar un mejor trabajo (con mayor salario y estabilidad). La alta rotación genera ineficiencias, ya que cada vez que alguien nuevo ingresa debe invertirse tiempo en su capacitación, que puede extenderse si la

²¹ Los especialistas contratados han sido: ginecólogos, anesthesiólogos, pediatras, radiólogos, cirujanos, ginecobstetras, internistas, traumatólogos, otorrinolaringólogo, dermatólogo, urólogo, oftalmólogos y optómetras; además de médicos generales.

persona no tiene experiencia en el oficio para el que es contratada.

Una idea adicional que aporta el hospital de Usaquéen es que las IPS públicas tienen que asumir unos costos a los que no están sometidas las IPS privadas. Ellos le llaman “el costo de ser Estado”. Esto se refiere a la cantidad de informes que tienen que realizar al año para diversas entidades, como la Contraloría de Bogotá y el Ministerio de Salud, y que impide recortar la nómina de prestación de servicios porque se necesita del personal que satisfaga las demandas que llegan a la institución.

En conclusión, se puede argumentar que el manejo de los recursos humanos es un factor determinante de los costos de producción en las instituciones hospitalarias visitadas. Gran parte de los pasivos contingentes surgen de las obligaciones laborales vigentes. En muchos casos, para corregir la situación financiera de las IPS se recurre a contrataciones de servicios indirectos, lo cual introduce mucha inestabilidad en los cargos por la alta rotación del personal. En municipios apartados como Pivijay y Roldanillo se deben ofrecer tarifas atractivas a médicos especialistas para poder tenerlos en su nómina. Esta situación también tiene un impacto en el estado financiero de las instituciones y en los cálculos de eficiencia, pues tienen insumos más costosos para alcanzar el mismo producto.

4.3. Atrasos en pagos por servicios prestados

La demora en los pagos de las EPS ha sido uno de los principales problemas de las IPS públicas del país (Conpes 3447 de 2006). De acuerdo con la Superintendencia de Salud (2012), a junio de 2012 las cuentas por cobrar de las IPS privadas y públicas ascendían a COP 11,3 billones, de los cuales el 37% corresponde a las IPS públicas y el 63% a las IPS privadas. De los más de COP 4,0 mil millones que les debían a las IPS públicas, las EPS del régimen subsidiado adeudaban el 54%, las entidades territoriales el 17%, las EPS del régimen contributivo el 10% y otros deudores, como el fondo que

administra el seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT), eran responsables del 19% restante. El 25% de las cuentas por cobrar de las ESE fue reportado por las IPS de nivel I, el 36% por las de nivel II y el 38% por las de nivel III. El porcentaje más alto de la cartera reportada por las ESE correspondía a las ubicadas en Bogotá (17%), Antioquia (12,7%) y Valle del Cauca (8,1%).

Con base en la información financiera registrada en el SIHO, se calculó que entre 2003 y 2011 la cartera del hospital San Antonio aumentó en promedio al 12% anual, el gobierno departamental y las EPS del régimen subsidiado son sus principales deudores. En este período la cartera representó en promedio el 22% de los ingresos recaudados del hospital, mientras que en otros hospitales del Valle de nivel II, que también tienen carácter departamental, este porcentaje fue mayor: en Tuluá 30%, en Zarzal 40%, en Cartago 32% y en Sevilla 29%. Tanto en el hospital de Pivijay como en el de Usaquéen la cartera representó en promedio el 29% de sus ingresos.

Los funcionarios entrevistados en las visitas de campo comentaron las dificultades del proceso para obtener los pagos por parte de las EPS. En las reuniones de conciliación en las que representantes de ambas partes se reúnen para revisar las facturas y demás soportes de los servicios que se están cobrando, con frecuencia el auditor de la EPS no acudía a la cita o durante el proceso era cambiado, de tal forma que el nuevo encargado argumentaba no estar al tanto de los detalles del cobro. Todo esto resultaba en que el funcionario requería tiempo para ponerse al día con cada caso o, simplemente, pactaba solo el pago de las facturas más recientes. En los departamentos de facturación de las IPS son conscientes de que los soportes enviados a las EPS deben cumplir ciertos requisitos para que estas los consideren válidos y den celeridad al pago. Por tanto, se han asignado personas a la revisión de las facturas antes de ser enviadas.

El problema de cartera no solo ha afectado la producción del hospital vía restricción de recursos para adquirir insumos, sino que

también ha generado retrasos en los pagos de los salarios, lo que a su vez incrementa la dificultad de conseguir especialistas. La falta de especialistas limita la oferta de servicios o su oportunidad y, por consiguiente, la producción. Es un círculo vicioso. Con el transcurrir de los años el número de proveedores de medicamentos e insumos que participan en los concursos y licitaciones también ha disminuido, ya que las mismas empresas que contratan con el hospital terminan siendo aquellas que aceptan la demora en los pagos.

A pesar del aumento de la cartera que experimentó el hospital Santo Tomás entre 2005 y 2007, este llegó a 2011 con cuentas por cobrar menores que las que tenía en 2003. En efecto, la cartera pasó de COP 841.190.967 en 2003 a COP 771.450.184 en 2011. Una de las estrategias implementadas para conseguirlo fue ubicar a todos los empleados que intervienen en el proceso de facturación y cobro en una misma oficina, de tal forma que se facilitara su comunicación y trabajo en equipo, ya que antes estaban dispersos en las instalaciones del hospital. A este cambio, que se realizó aproximadamente en 2009, se atribuye en buena parte la recuperación de algunos recursos.

A manera de conclusión se puede resaltar que el departamento de facturación es el corazón financiero de un hospital. Si las facturas tienen errores y no están debidamente soportadas, las EPS pueden glosarlas y, si no se llega a un acuerdo, no las pagan o dilatan su pago. Es por ello que en los hospitales donde la rotación del personal de este departamento es alta, probablemente son más frecuentes los subregistros y errores; por consiguiente también lo son las glosas y la pérdida de recursos. Fortalecer esta área en la administración hospitalaria es clave para el éxito de la gestión.

4.4. La falta de inversión

Otro limitante de la eficiencia hospitalaria es la baja inversión en nuevos equipos y tecnología. Una baja participación de la inversión en los ingresos hospitalarios podría implicar que

los equipos que se deprecian con el tiempo no son debidamente reemplazados, lo que podría, incluso, comprometer el correcto diagnóstico de las patologías y el resultado de los tratamientos. En tres de los cuatro hospitales bajo estudio el cambio tecnológico entre 2003 y 2011 fue negativo. De hecho, este resultado se extiende al promedio de 336 hospitales públicos, lo que se considera la principal causa de su pérdida de productividad (Orozco, 2014).

En las visitas se identificaron algunas estrategias adelantadas por las instituciones hospitalarias en materia de inversiones para superar las restricciones presupuestales que enfrentan. Por ejemplo, en algunos casos en lugar de invertir en nuevos equipos, la administración optaba por realizar mantenimiento a los existentes para aumentar sus años de vida útil. En el hospital de Roldanillo el gasto en mantenimiento fue de 1,17 veces la magnitud de la inversión en todo el período de análisis. Si se tiene en cuenta que en 2009 el hospital realizó el 65% del total de la inversión, se observaría que, sin contar ese año, esta proporción es de 2,8. En promedio, la inversión participó con el 4% de los gastos del hospital San Antonio. En el hospital Santo Tomás de Villanueva y en el de Pivijay dicha participación fue del 7% y en el de Usaquén fue del 9%.

En la muestra empleada por Orozco (2014) una mayor inversión no necesariamente estuvo asociada con un avance tecnológico. En el Cuadro 5 se presentan los hospitales que alcanzaron un mayor cambio tecnológico (positivo o negativo) entre 2003 y 2011. Se observa que la participación de la inversión en los gastos no es muy diferente entre las IPS. El hospital San Juan de Dios y el de San Cristóbal invirtieron lo mismo como proporción de sus gastos; sin embargo, sus resultados fueron opuestos.

Esto podría tener al menos tres explicaciones: 1) las inversiones que realizaron los hospitales no tenían el objetivo de aumentar la productividad; 2) teniendo este objetivo, los recursos no se asignaron de manera adecuada, y 3) la inversión fue insuficiente. Con respecto a lo primero, en realidad en ninguno

Cuadro 5
Inversión en hospitales con mayor cambio tecnológico

Municipio	Hospital	Nivel	Cambio tecnológico promedio anual (porcentaje)	Promedio de la participación de la inversión en el gasto
Pivijay, Magdalena	ESE Hospital Santander de Pivijay	2	(17,67)	7
Villavicencio, Meta	ESE del Municipio de Villavicencio	1	(17,04)	2
Santafé de Antioquia, Antioquia	San Juan de Dios	2	(13,22)	5
Roldanillo, Valle	San Antonio	2	(10,48)	4
Bogotá, D. C.	Pablo VI Bosa ESE	1	0,84	8
Sopó, Cundinamarca	ESE Divino Salvador	1	0,97	1
Bogotá, D. C.	ESE San Cristóbal	1	1,37	5

Fuentes: Orozco (2014), Ministerio de Salud y Protección Social y Sistema de Información Hospitalaria (SIHO); elaboración de la autora.

de los hospitales visitados se mencionaron los objetivos “mejorar la productividad o incrementar la eficiencia”. Dentro de los objetivos señalados estuvieron el aumento de la rentabilidad, la sostenibilidad financiera y la disminución de los pasivos.

Este comportamiento no puede considerarse erróneo a priori. Edwards *et al.* (2011) estudiaron los casos de cuatro de los hospitales que hacían parte del grupo instituciones que, de acuerdo con el Leapfrog Group’s Hospital Recognition Program de los Estados Unidos, han hecho grandes avances en la seguridad y calidad de los servicios de salud y el uso de los recursos. En todos los casos, los entrevistados describieron que los proyectos adelantados no tenían como meta alcanzar altos niveles de eficiencia, sino ofrecer servicios de mayor calidad, pero indirectamente contribuyeron a obtenerla.

Algunos hospitales invirtieron en temas como los sistemas de datos, la planta telefónica, ambulancias y el sistema de vigilancia por cámaras. También, se encontró un caso donde se adquirió un *software* para registrar las historias clínicas y la facturación. El tipo

de inversiones adelantadas permite inferir que los recursos apenas lograban recrear las mínimas condiciones necesarias para el funcionamiento de estas entidades, en vez de implementar un verdadero avance tecnológico.

En los hospitales ha estado latente la disyuntiva entre su rentabilidad y la calidad de los servicios que ofrecen. Una situación encontrada con los exámenes diagnósticos de rayos equis en una de las visitas de campo lo ilustra muy bien. Aunque la administración era consciente de que lo más apropiado era que la lectura de las placas fuese realizada por un radiólogo, no se hacía por los costos que implicaba su contratación. En cambio, las imágenes eran llevadas por los pacientes para su revisión al médico general. La razón obedecía a un criterio financiero de corto plazo, ya que en la medida en que los pacientes eran del régimen subsidiado, el pago era capitado y no por servicio prestado. Posteriormente, este hospital renovó su equipo de imágenes diagnósticas y contrató el radiólogo. El problema es que ahora los pacientes deben esperar entre quince días y dos meses para que el radiólogo lea el resultado de los exámenes.

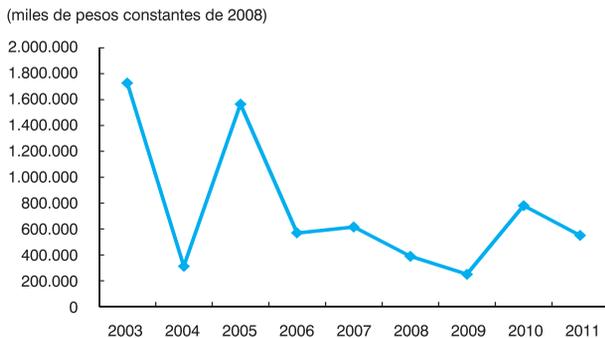
Si bien es cierto que de acuerdo con el testimonio de los entrevistados algunas camas y quirófanos se dejaron de utilizar por decisión de las directivas, estos también manifestaron que una de las razones por las que no se renovaron equipos o realizaron otras inversiones fue la falta de recursos. Lo anterior tiene implicaciones en los servicios ofrecidos. Por ejemplo, se encontró un hospital que, a pesar de ser de nivel II, no ofrecía un examen de primer nivel, como lo es el urocultivo, porque no contaba con el equipo. También, se identificó la necesidad de renovar algunos equipos diagnósticos indispensables para la correcta atención del paciente, tales como: el ecógrafo, el electrocardiógrafo y los tensiómetros. En otros casos se pudo observar que las instalaciones físicas de las instituciones necesitan mejoras.

De acuerdo con Guzmán (2014), existen dos hechos que podrían hacer pensar que la inversión en los hospitales públicos colombianos ha sido insuficiente. Primero, la infraestructura hospitalaria pública del país no mostró cambios importantes entre 2002 y 2012. Segundo, el país está rezagado en cuanto al número de camas por habitante. Según la OMS, entre 2005 y 2011 en Europa había 600 camas por cada 100.000 habitantes, en el grupo de países con ingreso medio alto (en los que se incluye a Colombia) tenían en promedio 270, pero en el país solo se cuentan con 100.

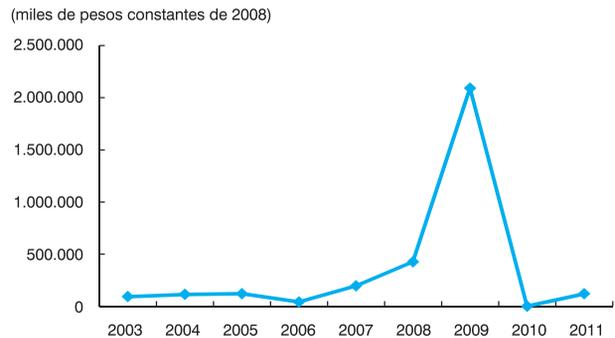
Otro hecho que cabe mencionar es que no existen diferencias importantes en el comportamiento de la inversión entre los hospitales analizados durante el período 2003-2011 (Gráfico 1). Cada hospital registra inversiones importantes en distintos años: Pivijay

Gráfico 1
Inversión hospitalaria

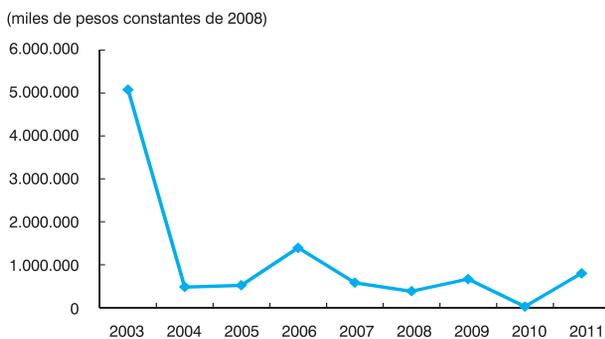
A. Hospital Santander Herrera de Pivijay



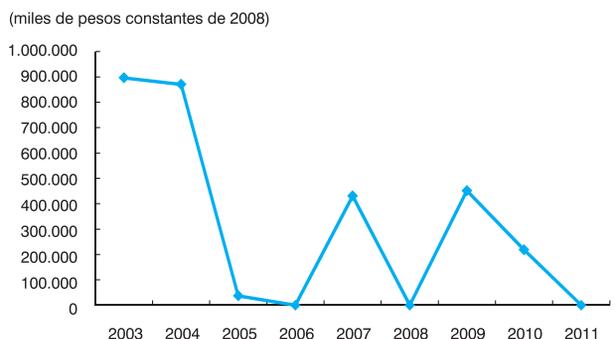
B. Hospital San Antonio de Roldanillo



C. Hospital de Usaquén



D. Hospital Santo Tomás de Villanueva



Fuente: Sistema de Información Hospitalaria (SIHO); elaboración propia.

en 2003 y 2005, donde se invirtieron más de COP 1.000 millones; Roldanillo en 2009, más de 2.000 millones; el hospital de Usaquén, más de COP 5.000 millones en 2003 y en Villanueva, casi COP 900 millones durante 2003 y 2004. En este último hospital, así como en el de San Antonio, no hubo inversión en algunas vigencias, por lo que no se observa un patrón determinado.

En síntesis, se encuentra que ha existido un rezago importante en la inversión de los hospitales visitados, lo que compromete la eficiencia de las instituciones y la calidad de los servicios prestados. En la mayoría de los casos la inversión está guiada por criterios financieros y no por el compromiso de garantizar mayor calidad de los servicios.

4.5. Transformación de hospitales en ESE

Si bien la Ley 100 de 1993 estableció la transformación de los hospitales públicos en ESE, este cambio no se realizó al mismo tiempo en todos los prestadores. El nuevo marco institucional impuesto habría afectado el desempeño de las cuatro IPS analizadas de diferente manera. A pesar de que el hospital Santo Tomás de Villanueva se convirtió en ESE en 1998, lo que implicaba que debía financiarse con la venta de sus servicios y no con los aportes del Estado, entre 2003 y 2004 las ventas apenas alcanzaron el 50% de los ingresos. Este cambio de escenario en el que hospital tendría que procurar su rentabilidad es considerado en Roldanillo una de las razones de la disminución de su producción, debido a las trabas en el flujo de los recursos que trajo consigo. En el hospital de Usaquén argumentaron que sin desconocer las ineficiencias y corrupción en algunos hospitales públicos, su transformación en ESE los puso a competir en una posición desventajosa, ya que las IPS privadas hacían parte de redes de EPS y se encontraban en mejores condiciones financieras, tecnológicas y de infraestructura.

Entre 2004 y 2005 se duplicaron los cupos adquiridos por el gobierno municipal

de Villanueva para los subsidios a la demanda, al pasar de 7.391 a 14.500, y continuaron creciendo hasta permanecer alrededor de los 15.700 (información publicada por el Ministerio de Salud)²². Se esperaría que en la medida en que aumentara la proporción de la población del municipio afiliada al régimen subsidiado, la participación de las ventas a las EPS de este régimen en los ingresos del hospital también se incrementaría. Sin embargo, solo entre 2009 y 2011 las ventas al régimen subsidiado fueron mayores que los subsidios a la oferta, haciendo una transición tardía entre los subsidios de oferta y los de demanda, común en los otros tres hospitales.

En el hospital de Pivijay el paso de subsidios de oferta a subsidios a la demanda se concretó a partir de 2008, cuando las ventas al régimen subsidiado empezaron a ser más importantes que las del gobierno departamental o municipal. Entre 2008 y 2011 las ventas al régimen subsidiado representaron en promedio el 48% de los ingresos, mientras que los pagos del Gobierno por la atención a la población no asegurada fue del 18%. En el hospital de Roldanillo este cambio se materializó apenas en 2011 y en el hospital de Usaquén en todo el período siempre fueron más importantes los pagos por la atención de la población pobre, representando en promedio el doble de los realizados por las EPS del subsidiado. El período cuando el pagador más importante dejó de ser el Estado y empezaron a ser las EPS coincide con la disminución de los ingresos en estos hospitales.

Los aportes gubernamentales representaron en promedio el 15% de los ingresos del hospital de Villanueva entre 2003 y 2011. Históricamente las IPS de primer nivel son las que han recibido el mayor porcentaje de las transferencias del Gobierno, aunque han disminuido de forma importante a partir del año 2008 (Supersalud, 2012b).

²² Consultada en <http://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Regimensubsidiado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsidiado.aspx>

En otros hospitales de nivel I que experimentaron un cambio negativo de la productividad la participación de los aportes en sus ingresos fue menor. Por ejemplo, en el hospital local San José de Achí (Bolívar) fue 1%, en el hospital Nuestra Señora del Pilar de Barrancas (La Guajira) el 3% y en el hospital del sur Gabriel Jaramillo Piedrahita de Itagüí (Antioquia) el 4%. En el hospital San Antonio de Roldanillo la participación fue de 2%. Las transferencias solo fueron recibidas en los años impares, destacándose la vigencia 2009, en la que recibieron más de COP 1.000 millones. En el hospital de Pivijay los aportes fueron en promedio el 3% de sus ingresos, aunque no los recibieron en 2008, 2009 y 2011; mientras que en la IPS de Usaquén esta participación fue en promedio de 5%.

En comparación con los hospitales de nivel II (el hospital San Antonio y el de Pivijay), los aportes que recibió Usaquén fueron generosos. Si se suma lo transferido entre 2003 y 2011, se obtiene que el hospital de Usaquén recibió cerca de cuatro veces más recursos que el hospital de Roldanillo y tres veces más recursos que el hospital de Pivijay (cálculos realizados con información financiera registrada en el SIHO)²³. Probablemente, en este resultado influye el hecho de que Usaquén es una localidad de la capital del país, que cuenta con más recursos que los otros municipios mencionados.

Avendaño (2010) subrayó la importancia de los aportes gubernamentales. La autora realizó un análisis de la situación hospitalaria del país entre 2000 y 2009 donde planteó que las instituciones no estaban listas para funcionar sin ser financiadas en alguna medida por el Gobierno. Esto debido a que se encontraban en desventaja con respecto a los prestadores privados, al atravesar dificultades financieras, como la demora en los pagos por parte del Gobierno y las EPS, la carga del pasivo prestacional y su obligación de atender a la población pobre. Agrega que, debido a

su falta de liquidez, les era difícil modernizar su tecnología y remodelar su infraestructura física.

Entonces, valdría la pena destacar la necesidad de indagar hasta qué punto son necesarios los aportes del Gobierno para que los hospitales públicos puedan sostenerse y ofrecer servicios de calidad, e incluso determinar qué tipo de aportes son los más ventajosos, ¿aquellos que se quedan en especie, como medicamentos, vacunas, equipos, inversión en infraestructura?, o ¿en efectivo?; ¿los de destinación específica o aquellos que la administración del hospital pueda decidir cómo serán invertidos? ¿Podría pensarse en algún tipo de transferencia condicionada?

4.6 Conflicto armado

Cuando se analizan los estudios de caso, se encuentra que algunos de estos hospitales funcionaron en medio del escalonamiento del conflicto armado que experimentó el país. Muchos territorios fueron tomados por grupos al margen de la ley, los cuales imponen sus criterios en la administración de los recursos locales. De acuerdo con la *Monografía político-electoral del Magdalena, 1997-2001* realizada por la Misión de Observación Electoral (MOE) y la Corporación Nuevo Arcoiris (s. f.), fueron tantos los grupos paramilitares que allí confluyeron que se estimuló el desarrollo tanto de disputas internas como de alianzas. La tasa promedio de desplazados de este departamento para dicho período se ubicó por encima del promedio de desplazados nacional y en 2002 alcanzaron el máximo número de desplazados y secuestrados. Además, municipios como Fundación, Pivijay y Pueblo Viejo registraron una tasa de desplazados por encima del promedio nacional y departamental, consecuencia de las disputas entre los diversos actores armados.

Según la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (2012), el número de personas que se autodeclararon como desplazados en el departamento del Magdalena registró una tendencia creciente desde 1998 y alcanzó un punto máximo en 2008, año en

²³ La página de este portal de información es: <http://201.234.78.38/SIHO/>

el que se registraron 58.737 víctimas. En este informe Pivijay era presentada como una de las zonas más afectada por la ocurrencia de este flagelo, así como del secuestro, la tortura y otras lesiones personales sin incapacidad permanente. Por otro lado, la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional (2010) identifican al Magdalena como el tercer departamento con mayor número de desplazados expulsados entre 1997 y 2010. Pivijay se encuentra dentro de los cuarenta municipios más expulsores de personas durante el mismo período.

Aproximadamente, entre 1999 y 2008 varios municipios del país experimentaron un período de disputa de los grupos armados por el territorio, parapoltica, secuestros, masacres, altas tasas de homicidios y corrupción, por lo que el escenario en el que se desarrolló el hospital de Pivijay no era de estabilidad institucional ni seguridad. En efecto, por la naturaleza de este tipo de situaciones y procesos no es posible saber con certeza qué parte de los resultados obtenidos por el hospital en las distintas evaluaciones de eficiencia que se han hecho o se hagan se desprenden de la gestión del hospital y cuáles serían efecto del conflicto político y armado. ¿Qué tanto permearon los grupos al margen de la ley en este hospital y en otros localizados en territorios bajo conflicto armado? Esto en últimas escapa del alcance de esta investigación, pero se convierte en un marco de referencia para la evaluación de los resultados en materia de eficiencia.

4.7 Registro incompleto de la producción hospitalaria

Una situación particular se detectó en el registro de la producción hospitalaria. En el hospital de Usaquén las ventas realizadas al distrito por concepto del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) aumentaron de tal forma que su participación en los ingresos del hospital pasó de 7% en 2003 a 32% en 2011²⁴. De hecho, fue

la segunda fuente de ingresos más importante del hospital, después de las ventas por la atención a la población pobre no asegurada de la localidad. Entre 2003 y 2011 estos rubros representaron en promedio 25% y 31% de los ingresos, respectivamente. En el hospital de Pivijay la participación del PIC en los ingresos fue en promedio del 3%, en el San Antonio 1% y en el Santo Tomás 4%²⁵, por lo que es evidente que para el hospital de Usaquén el estar localizado en Bogotá y encargarse de implementar el PIC en su localidad le otorga características distintas a los demás prestadores analizados.

Los lineamientos del PIC fueron reorganizados en 2004 con la administración de Luis Eduardo Garzón, bajo el nombre Salud a su Hogar. El programa se fundamentaba inicialmente en el trabajo de más de sesenta equipos conformados por médicos, enfermeras y promotores de salud, quienes se encargaban de llegar a la población más pobre y vulnerable de la ciudad con el objetivo de caracterizar las condiciones de vida y salud de toda la familia, identificando así las barreras de acceso a los servicios y promoviendo soluciones a los diferentes problemas encontrados, labor que se complementó con actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad²⁶.

Los lineamientos han sufrido modificaciones con los cambios de administración en la capital y así mismo la forma como se ha venido ejecutando el programa. Sin embargo, tienen en común que requieren la contratación del recurso humano necesario para cumplir con las actividades definidas en una malla programática, que además establece metas específicas para cada localidad. Estos profesionales, cuyos perfiles y salarios son definidos por la secretaría distrital de salud, se vinculan al hospital bajo la modalidad de contratación por prestación de servicios, lo cual podría ex-

²⁴ Cálculos realizados con base en información financiera registrada en SIHO.

²⁵ En el hospital Santo Tomás (Villanueva) solo vendieron servicios por concepto de PIC entre 2009 y 2011, así que el promedio presentado corresponde a este período.

²⁶ Véase: <http://www.periodicoelpulso.com.co/html/jul05/debate/debate-08.htm>

plicar en parte que los gastos en servicios indirectos en 2011 fuesen 22 veces más que los de 2003.

En la actualidad, el hospital de Usaquén coordina equipos de profesionales de la salud, cada uno con ochocientas familias a cargo. Ellos se desplazan hacia la comunidad, caracterizan cada familia e identifican prioridades, es decir, presencia de menores de 1 año, menores de 5 años, mujeres embarazadas, personas en condiciones de discapacidad, entre otras. Posteriormente, estos hogares priorizados son visitados por equipos de respuesta complementaria conformados por diversos profesionales (psicólogos, odontólogos, nutricionistas, geógrafos, ingenieros ambientales, técnicos en saneamiento ambiental), de acuerdo con las necesidades registradas.

La producción global de un hospital suele agruparse en términos de la producción equivalente a unidad de valor relativo (UVR), la cual asigna ponderadores a cada tipo de servicio brindado por el hospital. Sin embargo, las actividades correspondientes al PIC no han sido contempladas en su totalidad en el Decreto 2193 (Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero del hospital de Usaquén, 2013)²⁷. Es decir que, por la forma como está diseñado el reporte que deben hacer los hospitales públicos de sus actividades en SIHO, algunos como el de Usaquén, donde en los últimos años en promedio el 33% de los ingresos provienen del PIC, no pueden registrar buena parte de los servicios que prestan.

Cuando se hacen evaluaciones de eficiencia para hospitales como el de Usaquén, que comparan la producción del hospital y sus gastos, se observa que mientras los gastos sí incluyen los recursos empleados en la contratación de todo el personal involucrado en el PIC, los indicadores de producción no registran todo lo realizado por el hospital en determinada vigencia. Evaluaciones que no

consideren esto dejan por fuera parte importante de la producción de algunos hospitales y, por ende, estarían sesgadas.

5. Conclusiones y recomendaciones

Luego de analizar la información registrada en SIHO y las percepciones de los funcionarios de cuatro hospitales públicos del país, ubicados en departamentos y regiones distintas, con niveles de complejidad I y II, se pueden resumir en cinco los principales factores que estarían detrás de los cambios en la productividad que estos experimentaron entre 2003 y 2011: 1) cuando los hospitales públicos se convirtieron en ESE no estaban preparados para competir con las IPS privadas que ya tenían unos lazos comerciales fortalecidos con las EPS del régimen contributivo y estaban en mejores condiciones financieras, de infraestructura y tecnología; 2) la alta rotación del personal, en especial en el departamento de facturación; 3) la alta cartera de los hospitales públicos, que les trajo serios problemas de liquidez; 4) la dificultad que han tenido los hospitales de nivel II para encontrar médicos especialistas o, si los encuentran, los altos salarios que deben pagarles para que accedan a trabajar en municipios distintos a su lugar de residencia y en hospitales que no pagan a tiempo, y 5) la baja inversión en la renovación de los equipos y el mantenimiento de la infraestructura física.

A pesar de que las dos instituciones de nivel I analizadas experimentaron un cambio positivo de la productividad, comparten algunas de las dificultades que enfrentaron las que obtuvieron un cambio negativo. Sin embargo, se destaca el liderazgo y compromiso que se asumió en el hospital Santo Tomás en pro de disminuir las deudas que tenían con los empleados, al implementar políticas de ahorro en las que involucraron al personal y que permanecieron durante varias administraciones.

Con el panorama general de lo que sucedió en estos cuatro hospitales, y pudo haber sido la misma situación de otros bajo similares

²⁷ Dentro de las actividades PIC solo cuentan con la ponderación requerida para el cálculo de la UVR del hospital las visitas domiciliarias y los talleres colectivos.

circunstancias, una de las primeras cosas que debería repensarse en el país es cuál es el papel que han desempeñado los hospitales públicos y cuál debería ser su misión. ¿Se seguirá insistiendo en que estos deben competir con las IPS privadas o, por el contrario, se debería acordar que debe primar su función social como entidades que procuran la salud y el bienestar de los más pobres? Porque si el grueso de la población que atiende los hospitales públicos fuese del régimen subsidiado o vinculados, debería aceptarse que el modelo de competencia no ha funcionado y emprenderse acciones que permitan su articulación y su adecuación para que respondan desde los servicios de más baja complejidad a las necesidades de salud individual y colectiva de las comunidades que hacen parte de su población objetivo. En particular, se podrían atender los siguientes aspectos:

1. Se debe adecuar el SIHO para que pueda capturar completamente las actividades del PIC, tan importantes para algunos hospitales públicos de nivel I. Más allá de eso, deben crearse indicadores que evalúen no solo la eficiencia de los grupos encargados de llevarlas a cabo, sino también el impacto que tienen en la salud de la población atendida.
2. A partir del mejoramiento de las bases de datos que contienen el estado de afiliación al sistema de salud, podrían plantearse algunas metas municipales, en términos del número mínimo de veces que una persona debe ir al médico general y realizarse algunos exámenes diagnósticos. Con base en esta meta se trabajaría en que el hospital cuente con la capacidad instalada, el personal idóneo, los equipos, insumos, y realice la gestión necesaria para conseguir que las personas accedan al menos a estos servicios.
Esto podría implicar que se refuerce la caracterización de los hogares, tal como funciona en Bogotá, lo que permitiría

identificar factores sociales que estén afectando la salud. Se trata de articular el hospital con otros actores de la entidad territorial y que desde el municipio también se trabaje sobre estos. En este sentido, los hospitales de nivel II ubicados en municipios donde no hay hospital de nivel I, deben trabajar por articular estas actividades de salud pública con los servicios de tipo individual y mayor complejidad que ofrecen, como la consulta con médicos especialistas, buscando garantizar la oportunidad y calidad de los servicios. Si se ganara oportunidad y certeza en los diagnósticos podrían ahorrarse costos al sistema por enfermedades crónicas.

3. Teniendo en cuenta el papel que cumple la oferta de médicos especialistas, la forma como son contratados y la falta de compromiso que puede devenir del pago atrasado de sus honorarios, es necesario pensar en mecanismos para hacerlos sentir parte de la institución, remunerarlos de manera oportuna y hacer la transición entre evaluarlos por la cantidad de pacientes que atienden por hora a otorgarles responsabilidades en términos de mejoras en la salud.
4. Establecer mecanismos de rendición de cuentas para las ESE y sus gerentes, de tal manera que aumente la transparencia en el manejo de los recursos y se reduzcan la injerencia política y la rotación del personal ante cambios en las administraciones municipales o departamentales.
5. Dado que se encontró que la inversión hospitalaria era insuficiente, las administraciones hospitalarias podrían presentar proyectos ante los organismos colegiados de administración y decisión (OCAD), en el marco del nuevo Sistema General de Regalías. Alternativamente, podría crearse un fondo centralizado que otorgue recursos a los hospitales para invertir en adecuaciones de infraestructura, equipos y tecnología. 

Referencias

Alcaldía Mayor de Bogotá; Junta Directiva del Hospital de Usaquén, primer nivel (2013). Acuerdo 234-2013: “Programa de saneamiento fiscal, financiero y de fortalecimiento de la empresa social del Estado (ESE) hospital Usaquén, I nivel”, Bogotá.

Araújo, C.; Barros, C.; Wanke P. (2013). “Efficiency Determinants and Capacity Issues in Brazilian for-profit Hospitals”, *Health Care Management Science*, vol. 16, núm. 2, Springer.

Avendaño, J. (2010). “Análisis de la nueva gerencia, un nuevo enfoque de gestión administrativa dentro del sector hospitalario: estudios de caso”, consultado en octubre de 2014, en <http://www.bdigital.unal.edu.co/2339/1/jennylisethavendanolopez.2010.pdf>

Barros, C. P.; Menezes, A. G.; Peypoch, N.; Solonandrasana, B.; Vieira, J. C. (2008). “An Analysis of Hospital Efficiency and Productivity Growth Using the Luenberger Indicator”, *Health Care Management Science*, vol. 11, núm. 4, pp. 373-381.

Castaño, R. (2014). *Mecanismos de pago en salud. Anatomía, fisiología y fisiopatología*, ECOE Ediciones.

Castro, R. (2007). “Midiendo la eficiencia de los hospitales públicos en Chile”, Serie en Foco, Expansiva, consultado el 2 de octubre de 2014, en http://www.expansiva.cl/media/en_foco/documentos/04072007104039.pdf

Departamento Nacional de Planeación (2006) Conpes 3447: “Estrategia para el mejoramiento de la gestión financiera de la red hospitalaria pública: enfoque de cartera, República de Colombia”.

Edwards, J.; Silow S.; Lashbrook A. (2011). “Achieving Efficiency: Lessons from Four top-Performing Hospitals”, Synthesis Report, Health Management Associates, The Commonwealth Fund.

Equipo ASIS local-Hospital Usaquén, ESE, I nivel (2013). “Diagnóstico local con participación social, 2012, localidad Usaquén:

análisis de situación en salud (ASIS)”, consultado en noviembre, en <http://hospitalusaquen.gov.co/website/index.php/publicaciones/situacion-de-salud/category/24-diagnostico-local-2012?download=68:diagnostico-local-2012-version-diciembre-de-2013>

Guzmán, K. (2014). “Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia”, Documento de trabajo sobre Economía Regional, núm. 202, Banco de la República.

Hurst, J.; Williams S. (2012). “Can NHS Hospitals Do More with Less?”, consultado en octubre de 2014, en <http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/can-nhs-hospitals-do-more-less>

Karagiannis, R.; Velentzas, K. (2010). “Productivity and Quality Changes in Greek Public Hospitals”, *Operational Research*, vol. 12, núm. 1, pp. 69-81.

Maniadakis, N.; Thanassoulis, E. (2000). “Assessing Productivity Changes in UK Hospitals Reflecting Technology and Input Prices”, *Applied Economics*, vol. 32, núm. 12, pp. 1575-1589.

Maldonado, N.; Tamayo, A. (2007). “Estudio integral de eficiencia de los hospitales públicos”, Archivos de Economía, núm. 338, Departamento Nacional de Planeación.

Misión de Observación Electoral; Corporación Nuevo Arco Iris (s. f.). “Monografía político-electoral: departamento del Magdalena, 1997 a 2007”, Bogotá, consultado en noviembre de 2014 en http://moe.org.co/home/doc/moe_mre/CD/PDF/

Montoya, A. (2013). “Análisis de eficiencia del sector hospitalario: el caso colombiano”, trabajo para optar al título de maestría en Economía, Universidad del Rosario, consultado el 15 de enero de 2014, en <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/4637/1037578093-2013.pdf;jsessionid=F985EA9D1639D33178388A217E3E99ED?sequence=1>

Ng, Y. C. (2011). “The Productive Efficiency of Chinese Hospitals”, *China Economic Review*, vol. 22, pp. 428-439.

Linna, M. (2000). “Health Care Financing Reform and the Productivity Change in

Finnish Hospitals”, *Journal of Health Care Finance*, vol. 23, núm. 3, pp. 83-100.

Observatorio Nacional de Desplazamiento Forzado y la Cooperación Internacional (2010). “Dinámica del desplazamiento forzado”, Agencia Presidencial para la Acción Social, Departamento para la Prosperidad Social, consultado en <http://www.dps.gov.co/documentos/Retornos/Informe%20Desplazamiento%20Forzado%20a%20Junio%202010.pdf>, el 9 de febrero de 2015.

Orozco, A. (2014). “Una aproximación regional a la eficiencia y productividad de los hospitales públicos colombianos”, Documentos de Trabajo sobre Economía Regional, núm. 201, Banco de la República.

Peñaloza, M. (2003). “Evaluación de la eficiencia en instituciones hospitalarias públicas y privadas con Data Envelopment Analysis (DEA)”, Archivos de Economía, núm. 244, Departamento Nacional de Planeación.

Pinzón, M. (2003). “Medición de eficiencia técnica relativa en hospitales públicos de baja complejidad mediante la metodología Data Envelopment Analysis (DEA)”, Archivos de Economía, núm. 245, Departamento Nacional de Planeación.

Sommersguter-Reichmann, M. (2000). “The Impact of the Austrian Hospital Financing Reform on Hospital Productivity: Empirical Evidence on Efficiency and Technology Changes Using a non-parametric input-based Malmquist Approach”, *Health Care Management Science*, núm. 3, vol. 4, pp. 309-321.

Superintendencia de Salud (2012). “Cartera IPS públicas y privadas”, consultado el 29 de septiembre de 2014, en <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=gmwr4zqmF70%3d&tabid=803&mid=2346>

Superintendencia de Salud (2012b). “Análisis contable IPS públicas 2002-2012”, consultado el 29 de septiembre de 2014, en <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=Ct1JKERZWSE%3d&tabid=804&mid=2347>

Tloglego, N.; Nonvignon, J.; Sambo, L. G.; Asbu, E. Z.; Kirigia, J. M. (2010). “Assessment of Productivity of Hospitals in Botswana: A DEA Application”, *International Archives of Medicine*, vol. 3, pp. 27.

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (2012). “Magdalena: informe departamental de hechos victimizantes a 2012”, consultado en <http://rni.unidad-victimas.gov.co/sites/default/files/Documentos/Magdalena.pdf>, el 9 de febrero de 2015

Velasco, N.; Barrera, D.; Amaya C. (2012). “Logística hospitalaria: lecciones y retos para Colombia”, en Ó. Bernal y C. Gutiérrez (comps.), *La salud en Colombia: logros, retos y recomendaciones*, Universidad de los Andes.

Yin, R. (2003). *Case Study Research: Design and Methods*, Applied Social Research Methods Series, segunda edición, SAGE publications, consultado en <http://faculty.washington.edu/swhiting/pols502/Yin.pdf>

Zapata, J.; Pinto, D.; González, J. (2010). “Análisis de la dinámica del gasto en salud en Cundinamarca y en los hospitales del departamento”, Fedesarrollo, consultado el 21 de abril, en <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/An%C3%A1lisis-de-la-din%C3%A1mica-del-gasto-en-salud-en-Cundinamarca-Final-revi-julio-2010.pdf>

Zere, E.; McIntyre, D.; Addison, T. (2001). “Technical Efficiency and Productivity of Public Sector Hospitals in Three South African Provinces”, *South African Journal of Economics*, vol. 69, núm. 2, pp. 336-358.