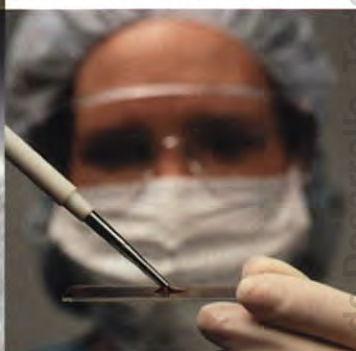




BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

Diagnóstico **Corrupción**

**El fraude en
los hospitales
públicos de
América Latina**



**Rafael Di Tella y
William D. Savedoff**
Editores

© Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados.
Visite nuestro sitio Web para obtener más información: www.iadb.org/pub



RED DE CENTROS DE INVESTIGACIÓN

Página en blanco a propósito

Diagnóstico: corrupción

El fraude en los hospitales públicos de América Latina

*Rafael Di Tella y
William D. Savedoff*
Editores

Banco Interamericano de Desarrollo
Washington, D.C.
2002

Red de Centros de Investigación

El Banco Interamericano de Desarrollo creó la Red de Centros de Investigación en 1991, con el fin de fortalecer la formulación de políticas y contribuir a la agenda política de desarrollo de América Latina.

A través de un proceso de licitación competitiva, la red proporciona fondos de subvención a los principales centros de investigación latinoamericanos para la realización de estudios sobre problemas económicos y sociales que el Banco selecciona en consulta con la comunidad de desarrollo de la región.

Se trata principalmente de estudios comparativos que permiten al Banco construir su base de conocimientos y aprender de las experiencias en política macroeconómica y financiera, modernización del Estado, legislación, reducción de la pobreza y equidad, servicios sociales y empleo.

Los estudios de cada país están disponibles en la forma de documentos de trabajo y también en formato PDF en Internet, en: http://www.iadb.org/RES/index.cfm?fuseaction=Publications.List&type=pub_type&pub_type_id=RNP

Producido por la Sección de Publicaciones del BID. Las opiniones expresadas en este libro pertenecen a los autores y no necesariamente reflejan los puntos de vista del BID.

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

Diagnóstico: corrupción : el fraude en los hospitales públicos de América Latina / Rafael Di Tella y William D. Savedoff, editores.

p. cm. Includes bibliographical references.
ISBN: 193100322X

1. Public hospital—Latin America. 2. Health facilities—Latin America—Corrupt practices. 3. Health care reform—Latin America. I. Di Tella, Rafael. II. Savedoff, William D. III. Inter-American Development Bank.

362.11 D534—dc 21

Diagnóstico: corrupción El fraude en los hospitales públicos de América Latina

©Banco Interamericano de Desarrollo, 2002

Portada: © 2001 PhotoDisc, Inc

Esta publicación puede solicitarse a:

IDB Bookstore

1300 New York Avenue, NW

Washington, DC 20577

Estados Unidos de América

Tel. (202) 623-1753, Fax (202) 623-1709

1-877-782-7432

idb-books@iadb.org
www.iadb.org/pub

ISBN: 1-931003-22-X

CONTENIDO

Prefacio	v
Capítulo 1.	
Un rayo de luz en la oscuridad	1
<i>Rafael Di Tella y William D. Savedoff</i>	
Capítulo 2.	
¿Cuenta la voz? La participación ciudadana y el control de la corrupción en los hospitales bolivianos	31
<i>George Gray-Molina, Ernesto Pérez de Rada y Ernesto Yáñez</i>	
Capítulo 3.	
Salarios, probabilidad de captura y sanción en los hospitales públicos de Venezuela	63
<i>María Helena Jaén y Daniel Paravisini</i>	
Capítulo 4.	
Transparencia y rendición de cuentas en los hospitales de Argentina	105
<i>Ernesto Schargrotsky, Jorge Mera y Federico Weinschelbaum</i>	
Capítulo 5.	
Demanda inducida y ausentismo en los hospitales peruanos	137
<i>Lorena Alcázar y Raúl Andrade</i>	
Capítulo 6.	
Impacto de las reformas de salud en las irregularidades de los hospitales de Bogotá	181
<i>Úrsula Giedion, Luis Gonzalo Morales y Olga Lucía Acosta</i>	
Apéndice	
Los estudios de Costa Rica y Nicaragua	221
Referencias	236
Colaboradores	247

AGRADECIMIENTO

Este libro nunca habría sido escrito de no haber sido por el interés y entusiasmo iniciales de James Spinner y Ricardo Hausmann, quienes nos estimularon a desarrollar una nueva manera de estudiar la corrupción. Rosina de Souza fue un elemento esencial del proyecto, al compartir la responsabilidad de coordinar la investigación y enriquecer nuestro trabajo con su dominio de los temas legales y su extenso conocimiento de los problemas relacionados con la corrupción. En su curso, el proyecto de investigación global se benefició de los comentarios y sugerencias de muchos colegas, incluso Antonio Ugalde, Gerard La Forgia, y los muchos participantes que ofrecieron retroalimentación y estímulo en varios seminarios efectuados en Washington y en México. Merecen mención especial las contribuciones de Jaime Chang, Gabriel Ortiz de Zevallos, y María Antonia Remenyi en el capítulo sobre Perú; de Damián Staffa, Diego Rabasa y Fernanda Martijena en el de Argentina; de Ángel Ayalón en el de Venezuela, y de Taty Apraez, Mario García, Lorena Hernández y Álvaro Muriel en el tema de Colombia. María Angélica Albino imprimió un impulso importante a este esfuerzo al sintetizar muchos de los resultados de los estudios de casos. Y Martha Chávez brindó una gran ayuda en la revisión de los textos. Debemos reconocimiento también a Norelis Betancourt, Raquel Gómez, Rita Funaro, Ron Weber, John Dunn Smith y Yoli Prado, como el equipo del ensueño que alejó de nuestros sueños las pesadillas administrativas y de publicación.

Dada la naturaleza de la investigación, no es posible agradecer aquí a todos los funcionarios públicos que nos dieron libre acceso a sus libros y oficinas. Sin embargo, sí podemos expresar nuestro reconocimiento a la Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires y, en particular, a Amanda Rubilar, Subsecretaria de Administración Estratégica, así como a Beatriz Londoño, ex Secretaria de Salud en Bogotá, por habernos brindado acceso a los archivos y a los hospitales que estaban bajo su supervisión. Deseamos agradecer también a los muchos otros funcionarios de gobierno y de hospitales, y a los entrevistados, sin quienes este libro no sólo habría sido imposible, sino también carente de todo valor. Ellos son quienes asumen cada día los riesgos de combatir las actividades corruptas que aquí se identifican y analizan. A ellos está dedicada esta obra, que esperamos pueda contribuir en alguna medida a hacer sus vidas más fáciles y a apoyar sus esfuerzos.

PREFACIO

Durante decenios los latinoamericanos se han quejado de la corrupción de sus gobiernos, pero no ha sido hasta tiempos recientes cuando ésta se ha convertido en un problema grave entre los gobiernos nacionales y en tema obligado en las reuniones cumbre internacionales. Cada vez es más claro que la corrupción constituye un obstáculo trascendental para el desarrollo social, para la creación de instituciones democráticas que funcionen de manera apropiada, y para el progreso económico. Y aún así, nuestra percepción de los factores que animan o desalientan a la gente a traicionar la confianza pública es muy limitada. Los estudios empíricos sobre corrupción no se iniciaron formalmente hasta el último decenio. En ellos se han inspeccionado parámetros generales de este fenómeno en un país determinado o se han examinado funciones específicas de los gobiernos, como la aplicación de impuestos, la administración de aduanas o el otorgamiento de concesiones o licencias.

El presente estudio de la Red Latinoamericana de Investigación avanza más allá de los esfuerzos anteriores en varios aspectos importantes. En primer lugar, examina la corrupción en una institución pública de gran trascendencia —los hospitales públicos. En segundo, genera un nuevo tipo de instrumento para medir la corrupción, al utilizar la información sobre los precios que los hospitales pagan por los suministros y compararlos entre establecimientos similares con el fin de detectar el pago de sobrepagos. Por último, vierte alguna luz sobre los tipos de políticas que podrían ser más útiles para reducir la corrupción, a saber: una mayor transparencia, la vigilancia y la penalización efectiva. Puesto que estas recomendaciones provienen de un contexto particular, sus implicaciones políticas resultan más precisas y prácticas que las que generan estudios más generales o extensivos.

Las exigencias por fortalecer la democracia y por hacer que los servicios gubernamentales funcionen en beneficio real de las poblaciones, son hoy más enérgicas que nunca. Al apoyar estas exigencias por medio de la investigación, el debate y una mayor transparencia, tal vez será posible crear una corriente que se oponga a la corrupción en nuestros países.

Guillermo Calvo
Economista Jefe
Banco Interamericano de Desarrollo

Página en blanco a propósito

CAPÍTULO 1

Un rayo de luz en la oscuridad

Rafael Di Tella y William D. Savedoff

En este capítulo se analizan las dificultades en la medición, análisis y combate de la corrupción, con especial atención a los problemas que se observan en los hospitales públicos de América Latina. Con base en siete estudios de casos de este tipo de abuso, identificados en hospitales, se postula la factibilidad de reunir, analizar y utilizar datos objetivos sobre corrupción para estudiar distintas formas de este fenómeno. También se estudia la manera en que esos datos pueden ayudar a diseñar programas anticorrupción. Luego se resumen los descubrimientos en torno a la cantidad y el tipo de abusos que se observan en los hospitales públicos latinoamericanos; abusos que agotan los recursos de los gobiernos o reducen la capacidad del sistema de salud para proveer la atención requerida. Por último, se identifican las características de la estructura de incentivos, rendición de cuentas y transparencia, que puede emplearse para reducir el alcance y los costos de la corrupción en estas importantes instituciones públicas.

Introducción

Corrupción. Esta palabra estuvo prácticamente proscrita de las publicaciones oficiales de América Latina hasta finales del decenio de 1990, cuando la lucha contra la corrupción se convirtió en un grito de guerra público. El signo más visible de este cambio se dio en 1996, cuando miembros de la Organización de Estados Americanos firmaron la Convención Interamericana Contra la Corrupción. Mandatarios tan diversos como Vicente Fox de México y Hugo Chávez de Venezuela han convertido la lucha contra la corrupción en el núcleo de sus programas políticos. Organizaciones multilaterales como el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y

el Banco Interamericano de Desarrollo han comenzado a señalar públicamente la corrupción como un obstáculo para el desarrollo, e incluso comenzaron a financiar operaciones encaminadas a reducir este problema en la administración fiscal, los sistemas de aduanas y el aparato judicial.¹ Sea cual fuere la razón de que los vientos políticos se dirigieran hacia este problema, ha proporcionado una excelente oportunidad para mejorar la aplicación de las leyes, la eficacia de la administración pública y la transparencia del debate público.

Sin embargo, el aprovechamiento de esta oportunidad requiere acciones prácticas que, para ser efectivas, deben fundamentarse en información. ¿Qué tanta corrupción existe? ¿Cuáles son los peores abusos? ¿Cuáles son las fuentes de corrupción y cómo pueden combatirse? ¿Cuál ha de ser el orden de prioridades para lograr una acción correctiva? Las respuestas a estas interrogantes requieren no sólo información, sino también labor de análisis. Por fortuna, la mayor atención que viene dedicándose a este fenómeno en los últimos años ha facilitado la recolección de datos que arrojan más luz sobre conductas que por su propia naturaleza tienden a mantenerse ocultas.

Los estudios empíricos acerca de la corrupción se han enfocado en general hacia aspectos referentes a los permisos, licencias o impuestos que administra el gobierno. El poder coercitivo que éste ejerce para vigilar las importaciones y exportaciones, regular la zonificación o elevar los ingresos del erario, se ve contrarrestado por los beneficios privados que los funcionarios pueden obtener al retrasar y alterar las decisiones a cambio de sobornos o cobro de comisiones subrepticias. Un aspecto no muy bien analizado en los estudios sobre corrupción, en particular en América Latina, es el de la atención de la salud. Los gastos en este sector representan más de 7% del producto interno bruto de América Latina, donde cerca de 3,5% del PIB se destina exclusivamente al sector público. Más de dos tercios de los gastos públicos se dedican a la construcción, mantenimiento y operación de hospitales públicos y a proveer servicios relacionados, dejando un amplio espacio para posibles actos de corrupción.

¹ Ejemplos recientes son varias operaciones de ayuda técnica del Banco Interamericano de Desarrollo que fueron aprobadas en 1998 y 1999, en particular: "Fortalecimiento de las Instituciones Supremas de Auditoría para la Intervención en Fraude y Corrupción", "Incorporación de la Tecnología de Información en la Adquisición Pública", y "Desarrollo y Transparencia Latinoamericanas", destinadas a promover la transparencia en las cuentas públicas de cinco países.

En este libro se abordan diversos problemas relacionados a través de estudios realizados en varios hospitales del sector público. En primer término, se demuestra la factibilidad de reducir este fenómeno mediante la obtención, análisis y aplicación de datos objetivos sobre corrupción. En segundo, se mide y caracteriza el abuso que se observa en los hospitales públicos de América Latina, el cual agota los recursos gubernamentales y merma la capacidad del sistema de salud para atender a las personas. Por último, se identifican las características de la estructura de incentivos, rendición de cuentas y transparencia que pueden emplearse para reducir el alcance y los costos de esta corrupción.

Es importante poner en claro que se trata apenas del primer paso para analizar un fenómeno muy complejo y abstruso. Las prácticas comunes de soborno o hurto suelen ser más fáciles y menos peligrosas de identificar que los casos específicos de ilícitos en gran escala. Debe distinguirse también entre las formas de actuación individual y aquellas actividades orquestadas que pueden catalogarse como verdadero crimen organizado. Puesto que los estudios de casos presentados se propusieron abordar el fraude y el mal uso de los fondos al interior de los hospitales, se ha excluido mucha de la corrupción relacionada con los ministerios e institutos que construyen, mantienen y operan estas instituciones; un tema que queda abierto para investigación futura. De hecho, las mediciones de la corrupción realizadas en estos estudios deben interpretarse a la luz de su carácter específico, y es necesario tener gran cautela para decidir si los parámetros utilizados sirven o no como aproximación hacia otros tipos de actividad ilegal que se verifiquen en el sector hospitalario o de la salud.

Conjeturas en la búsqueda de pruebas

La corrupción es un problema social importante. Así lo han reconocido desde hace mucho tiempo economistas y otros científicos sociales y, por lo menos desde Myrdal (1968), se ha escrito extensamente sobre el asunto. No obstante, la comprensión de las causas y consecuencias de la corrupción ha avanzado muy lentamente a lo largo de decenios. Cada vez que se propone una teoría para explicar algún aspecto del problema, su estela parece ir seguida de inmediato por otra que la contradice.

Un buen ejemplo de este péndulo en la formulación de teorías puede apreciarse en los esfuerzos por entender de qué manera la corrupción afecta

el desarrollo. No bien comenzaban a armar los investigadores el rompecabezas que los llevaría a explicar cómo la corrupción impide el desarrollo y reduce la tasa de crecimiento económico, aparecieron varias teorías opuestas según las cuales la corrupción en realidad favorecía el desarrollo. Algunos afirmaban, por ejemplo, que era una manera de otorgar bonificaciones a la burocracia, lo que hacía más eficiente al gobierno al brindarle incentivos para su desempeño. La idea de que la corrupción era un atajo para evitar la “tramitología” o papeleo burocrático, a menudo se resumía en el aforismo: “Pocas cosas afectan más a un país que una burocracia corrupta, y una de ellas es una burocracia honrada, molesta”.

El problema que sustentaba estos debates era la falta de medios para resolverlos. El estudio de la corrupción no satisfacía todos los criterios estándar que los eruditos establecen para poder considerarlo una “ciencia” (Blaug, 1980). Por ello, nada tiene de extraño que estos esfuerzos no lograsen cumplir con “el criterio de demarcación” que según Karl Popper separa a la ciencia de la no-ciencia. Después de todo, las teorías produjeron estatutos que podían, por lo menos en principio, falsificarse de manera empírica. El problema fundamental fue la falta de datos que guiaran la indagación científica. La escasa disponibilidad de datos sobre corrupción provocó que la comprobación de hipótesis fuera sustituida por argumentos retóricos.

Esta situación tan decepcionante persistió hasta que Mauro (1995) provocó una pequeña revolución al publicar el primer estudio empírico acerca de la corrupción. Su contribución consistió en introducir en la ciencia económica un repertorio de datos internacionales sobre corrupción que fue creado por Business International (BI), una empresa que más tarde pasó a ser subsidiaria de la Unidad de Inteligencia de la revista *The Economist*. Ese volumen de datos derivó de la información que la empresa recaudaba para obtener índices de riesgo para cada país. La “situación política” fue un índice de riesgo que BI había comenzado a utilizar hacia 1980, y el elemento “corrupción” era uno de sus aspectos. Los parámetros utilizados eran de naturaleza subjetiva. Se pidió a corresponsales radicados en cada país que describieran las condiciones locales, calificando con un número de 1 a 10 “el grado en que las transacciones comerciales implicaban pagos corruptos”. Todos los informantes deberían utilizar una metodología similar, y sus informes fueron reconfirmados en cuanto a comparabilidad, tanto a escala regional como en las oficinas centrales de BI. Puesto que esta información fue vendida en sumas considerables a inversionistas institucionales, había

Cuadro 1.1 Índice de corrupción en el comercio internacional (1980—83)

BI = 0	0 < BI < 1	1 < BI < 2	2 < BI < 4	4 < BI < 6	6 < BI < 9
Australia	Bélgica	Angola	Argentina	Argelia	Egipto
Canadá	Chile	Austria	Camerún	Bangladesh	Ghana
Francia	Dinamarca	Hong Kong	Rep. Dominicana	Brasil	Haití
Irak	Finlandia	Japón	Grecia	Colombia	Indonesia
Países Bajos	Alemania	Jordania	Italia	Ecuador	Irán
Nueva Zelanda	Irlanda	Nicaragua	Costa de Marfil	India	Liberia
Noruega	Israel	Sudáfrica	Kuwait	Jamaica	México
Singapur	U.K.	Uruguay	Malasia	Kenya	Nigeria
Suiza	Suecia	Zimbabwe	Perú	Corea	Tailandia
Estados Unidos			Portugal	Marruecos	Zaire
			España	Pakistán	
			Sri Lanka	Panamá	
			Taiwán	Filipinas	
			Trinidad y Tobago	Arabia Saudita	
			Turquía	Venezuela	

Fuente: Reproducido en Ades y Di Tella (1997).

Nota: El índice de corrupción de BI abarca 68 países, que se califican en una escala de 0 a 10, donde 10 indica corrupción máxima.

razones para creer que tenía algún valor. Dicho de otra manera, podía oponerse una demostración de preferencia manifiesta, en defensa del uso de datos subjetivos: el mercado estaba utilizándolos. Esos datos se consignan en el Cuadro 1.1.

Mauro (1995) utilizó estos datos para abordar la controversia en torno al efecto que ejerce la corrupción en el crecimiento. Demostró que dicha asociación era negativa. Además, dividió la muestra de países en dos grupos: uno con grandes cargas de papeleo burocrático y otro con pocos impedimentos burocráticos. Demostró luego que el efecto negativo estimado de la corrupción en el crecimiento y la inversión no variaba entre las dos submuestras, con lo que desmintió las afirmaciones de que el cohecho tuviera una función beneficiosa —que fuera “el lubricante de las ruedas del comercio”—, como aseguraban los especialistas en negocios.

A esto siguieron pronto otros estudios. Por ejemplo, Hines (1995) utilizó los mismos datos para evaluar el efecto que tenía en los negocios estadounidenses que operaban en el exterior, la Ley sobre Prácticas de Corrupción en el Extranjero (Foreign Corrupt Practices Act, FCPA). Se demostró que la FCPA era perjudicial a los intereses comerciales estadounidenses.

Otro estudio, realizado por Ades y Di Tella (1999), se ocupó en las causas de la corrupción. Se enfocó en una de las primeras preguntas que se plantearon los economistas que estudiaron este fenómeno: la participación de la competencia como factor limitante (Rose-Ackerman, 1978). Es decir, la corrupción no estará presente en un entorno absolutamente competitivo, puesto que no habrá ninguna ganancia excesiva que permita pagar sobornos.² En su estudio, Ades y Di Tella aplicaron índices subjetivos para demostrar que había pruebas en apoyo de la hipótesis de que la competencia reduce las oportunidades para la corrupción.

Además de la información de BI, Ades y Di Tella emplearon un segundo conjunto de datos, obtenido del Informe de Competitividad Mundial (World Competitiveness Report, WCR), una publicación comercial del Foro Económico Mundial, de Suiza. El conjunto de datos sobre corrupción del WCR proviene de una encuesta anual entre directivos de niveles medio y alto de las empresas más importantes de cada uno de los países cubiertos. Desde 1989 (resultados publicados primeramente en 1990) las indagatorias han incluido un inciso sobre corrupción en el cual se pide, a mucho más de mil ejecutivos de por lo menos 32 países, tasar “el grado en que prácticas impropias (como la corrupción) prevalecen en el ámbito público”. Una ventaja del WCR sobre los datos del BI es que interroga a personas con un conocimiento íntimo de las prácticas comerciales vigentes en cada uno de los países cubiertos. Sin embargo, la evidente falta de una instancia centralizada que consolide las respuestas de los entrevistados por el WCR podría ser un inconveniente en un estudio de sección o corte transversal, ya que deja lugar a dudas sobre la comparabilidad de los resultados entre países. Esta preocupación se alivia sólo parcialmente por el hecho de que los participantes en la encuesta representan compañías florecientes de orientación internacional.

² Bliss y Di Tella (1997) muestran que el número de competidores no es un indicador útil de competencia, porque el fenómeno en sí es endógeno. También deducen condiciones en las que la competencia “mata” a la corrupción.

Desde que los primeros estudios abrieron la compuerta, el campo se vio inundado de docenas de investigaciones que utilizan éstos y otros índices.³ Sin embargo, todas tienen una característica en común: la subjetividad. A fin de cuentas, estos datos sobre la corrupción en distintos países derivan de la valoración subjetiva que hace un individuo o grupo.

Al tiempo que los investigadores se empeñan en crear una proliferación de índices, también se ha producido movimiento entre las organizaciones internacionales, en particular a partir de la crisis asiática. Por ejemplo, en las cartas de intención que firma con los países miembros, el Fondo Monetario Internacional incorpora ahora, sistemáticamente, objetivos para reducir la corrupción. Éstos se resumen en la necesidad de que los países emprendan acciones para combatir el problema. Aun así, no ha faltado quien sostenga que los términos son demasiado imprecisos y dejan un margen considerable para que las prácticas corruptas continúen. En consecuencia, los críticos han pugnado por el uso de indicadores de avance, elementos similares a los índices que se han utilizado en los estudios sobre corrupción.

No obstante, la transición de la investigación a la práctica enfrenta un importante obstáculo potencial: los países en cuestión deben aceptar la participación; es decir, tienen que estar de acuerdo en que sus recursos y su acceso al crédito del FMI dependan de índices subjetivos. Resulta improbable que así ocurra. La experiencia reciente con el índice de corrupción agregada que generó y publicó Transparencia Internacional (TI) es muy reveladora. El índice de TI combina el promedio de varios índices subjetivos derivados de los llamados “sondeos de expertos” y otros parámetros de estudio. Conforme el índice ha visto incrementada su influencia, los gobiernos de países con “malas calificaciones” se han quejado clamorosamente de los métodos de recopilación. Habiendo escrutado el índice, algunas naciones —entre ellas Bolivia y Argentina— acusaron al TI de manipular la información y han amenazado con emprender acciones legales.

Una opción es confiar sólo en los índices más precisos. Cabe colegir que algunos parecen bastante más fiables que otros. Este es el caso, por ejem-

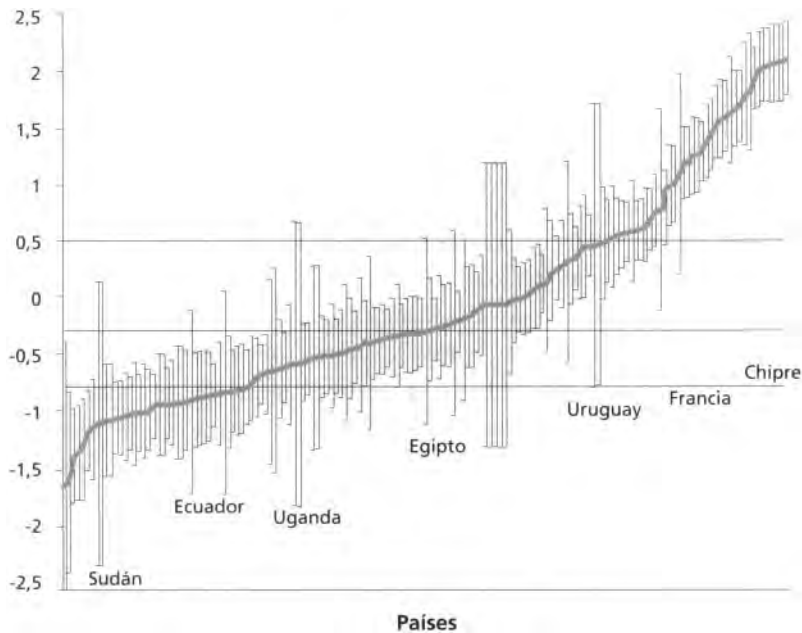
³ Véase también Wei (1997). Otros artículos en que se emplean datos subjetivos sobre corrupción son los de Mauro (1998), Tanzi y Davoodi (1997), Treisman (1998), Kaufmann y Wei (1999), Svensson (1999), La Porta et al. (1999), Alesina y Weder (1999), Gatti (1999), y Fisman y Gatti (2000).

plo, de las estadísticas reunidas por Peter Neuman y colaboradores en *Impulse*, una publicación comercial alemana. Los entrevistados son personas de negocios de Alemania (en general exportadores) que regularmente hacen tratos con los países que cubre la encuesta. En promedio, se entrevistó a 10 personas por cada país, con una norma mínima de tres entrevistados en cada uno. Es posible que la mayor ventaja de ese repertorio de datos haya sido el intento de refrenar la subjetividad consistente en pedir a los participantes que estimaran la comisión subrepticia que tendría que pagarse por hacer negocios en cada país, por cada trato (como porcentaje del valor de éste). Además de avanzar de una evaluación normativa a otra más cuantitativa, la homogeneidad del grupo de estudio (exportadores alemanes con experiencia práctica de negocios con cada país) reduce aún más la probabilidad de que los resultados se contaminen con ruido extraño. Los datos se publicaron en 1994 y cubren un total de 103 países.⁴

Otra opción consiste en tratar de mejorar los métodos que se utilizan para agregar índices múltiples. Ya que los datos provienen de muy diversas fuentes que no siempre concuerdan entre sí, es importante contar con un instrumento para medir la precisión de los datos de un país determinado. El método tradicional informa el promedio de cada país, más una medida de la desviación respecto de la media. Kaufmann et al. (1999) propusieron recientemente un nuevo método, basado en componentes importantes, como un recurso simple para agregar indicadores múltiples de corrupción. Su método depende de la ponderación de los distintos sondeos. Supóngase, por ejemplo, que los países A, B, y C se evalúan en sondeos x , y y z . Imagínese entonces que el país A se califica con la misma cifra de corrupción en x e y , pero recibe una calificación distinta de la compañía encuestadora z . El caso se repite en el país B, que califica igual en x e y , pero no en z . Entonces, a fin de medir el nivel de corrupción del país C, se tendería a descontar el veredicto de z ; es decir, se tendería a favorecer el consenso.

Los datos se muestran en el Gráfico 1.1, obtenido de Kaufmann et al. (1999). En el eje horizontal se ordenan los países según sus niveles estimados de corrupción. Las barras verticales alrededor de la estimación del país representan el intervalo de confianza de 90%. Los autores observan que, en

⁴ Ades y Di Tella (1997) aplican los datos al estudio de la intervención óptima para corregir fracasos de mercado (relacionados con la política industrial) cuando la corrupción burocrática es una fuente de preocupación.

Gráfico 1.1 Índice compuesto de corrupción

Fuente: Kaufmann et al. (1999).

general, estos intervalos son grandes. Hay dos razones. En primer lugar, algunos países aparecen en un número pequeño de sondeos, y las estimaciones basadas en pocas fuentes son un tanto escandalosas. En segundo, algunas fuentes de datos de corrupción son “mejores”, en el sentido de tener una razón más alta de señal a ruido (es decir, son fuentes más informativas que otras).

En el caso de grupos grandes de países, los intervalos de confianza se superponen, lo que quiere decir que no existe diferencia estadísticamente significativa entre sus puntuaciones de corrupción. En otras palabras, se produce confusión al concentrarse en clasificaciones muy precisas de los países. Los autores de este capítulo sugieren que sería más útil clasificar a los países conjuntándolos en un número pequeño de grupos (quizá tres).

En busca de datos más duros

Ante las dificultades que plantean los indicadores de ejercicio del poder, otro método posible consiste en abandonar los índices subjetivos e intentar la creación de parámetros más precisos de la corrupción, basados en datos duros. En un artículo de Goel y Rich (1989) se empleó el número de condenas judiciales por soborno aplicadas a servidores públicos a nivel estatal en Estados Unidos. Puesto que un indicador de este tipo combina la magnitud de la corrupción con el grado de aplicación de las leyes que la combaten, es improbable que este dato tenga la precisión requerida. En términos simples, los estados cuyas instituciones son ineficientes para descubrir, aprehender y sancionar penalmente a los funcionarios públicos deshonestos pueden parecer más “limpios” que aquellos con instituciones eficientes, aun cuando los primeros tengan mayor corrupción. Las objeciones a este indicador no se limitan al problema de que haya o no efectos fijos. Algunas de las dimensiones varían en el tiempo; quizás, en mayor grado las iniciativas anticorrupción. Tales acciones, que incluyen la intervención de cuentas o auditorías, suelen responder a motivos políticos y por ello tienden a cambiar con el tiempo. Además, la confianza en este indicador para valorar la profundidad del problema o dotar de eficiencia a las soluciones políticas, puede perderse fácilmente. Lo único que necesita un país para parecer más limpio es dejar de perseguir a sus delincuentes.

En otro método, el volumen de corrupción se deduce calculando “los residuos”, o sea lo que queda después de contabilizar las actividades legales o apropiadas. Por ejemplo, en un artículo clásico, Cagan (1958) estimó el tamaño de la economía informal en Estados Unidos, utilizando información de encuestas acerca de la posesión de efectivo, estadísticas del circulante total proporcionadas por el Banco de la Reserva Federal, y estimaciones de la razón entre actividad económica legítima y posesión de efectivo legítima. Si se admite que el ritmo de las transacciones (“la velocidad del dinero”) en la economía informal guarda alguna relación con el de la economía formal, puede deducirse la magnitud de las transacciones no comunicadas.

En su escrito, Lewis et al. (1996) demuestran cómo puede aplicarse un método de ese tipo al caso de los hospitales. Después de hacer un análisis cuidadoso del costo unitario por servicio en un hospital determinado, pudieron estimar lo que el gasto total debería ser, multiplicando esos precios unitarios por la cantidad de servicios proporcionados. El costo estimado de

los servicios fue 68% menor que el gasto real, lo que indicó que casi un tercio de los gastos totales no fueron contabilizados. Este exceso representó una combinación de malos manejos graves, desviación de fondos y hurto de materiales y suministros.

En un estudio con un grado similar de detalle (La Forgia, 1990), al comenzar cada día los investigadores contaban los medicamentos de alto valor en los almacenes del hospital, para establecer una línea base. La diferencia respecto del inventario del día siguiente se comparaba entonces con la cantidad de medicaciones que se habrían usado según las recetas emitidas. La diferencia representó una estimación de la magnitud de hurto, y era grande.

Dentro de esta amplia categoría de métodos que infieren de datos objetivos el grado de corrupción, están aquellos que examinan específicamente los precios de adquisición, en relación con el precio “real” o “legítimo”. No obstante, aun contando con este tipo de datos objetivos sobre los precios, la corrupción lleva inherente la dificultad para medirla. Cuando se cobran comisiones subrepticias o se cometen actos ilícitos en la compra de artículos grandes, poco solicitados, se producen pocas pruebas que permitan demostrar que se pagaron precios excesivos. Por ejemplo, cuando el jefe de adquisiciones del ministerio de defensa compra un submarino en un precio de millones de dólares, no se tiene mayor referencia para saber si se trató de un ultraje o si el funcionario consiguió una buena rebaja. La demostración del delito a menudo requiere procedimientos lentos y costosos. Y aun después de tales procesos, con frecuencia la situación permanece incierta cuando el equipo fue construido por encargo o intervienen otras consideraciones. Sin embargo, aun cuando lo anterior se aplica al caso de compras grandes y poco frecuentes, como la de un submarino que se compra y vende en “mercados estrechos”, cabe suponer que sería fácil medir la corrupción en el caso de compras regulares de productos relativamente pequeños y homogéneos, como las jeringas. En realidad, en tal situación la observabilidad de un precio del mercado, y con ello la mayor facilidad para detectar la corrupción, deberían hacer infrecuentes los abusos en estas compras.

A pesar de esa expectativa, los estudios de casos que se presentan en los capítulos siguientes demuestran que, de hecho, los precios que los diferentes hospitales pagan por insumos básicos, homogéneos, varían enormemente. Estas variaciones no son explicable por diferencias de calidad o de

las marcas de los productos comprados. Ni las explican los costos del transporte entre los hospitales y el proveedor, puesto que ambos establecimientos suelen situarse en la misma zona geográfica. Estas diferencias de precios persisten aun cuando se aplique control en el volumen de compra, la forma de pago, los términos del crédito o la fecha de compra. Una explicación de las diferencias podría ser el conocimiento de los agentes de compras de que tales transacciones no se revisan sistemáticamente. De hecho, investigaciones previas sobre la adquisición de insumos de hospitales públicos en Argentina, mostraron que los precios de aquéllos cayeron bruscamente cuando las autoridades de salud pública empezaron a vigilar el proceso de adquisiciones (Di Tella, 1997).

No obstante, también hay interpretaciones más benignas. Los precios están sujetos a muchas influencias distintas, y la explicación del proceso de su formulación es todavía muy deficiente. Es decir, los precios son indicadores “ruidosos”, y la información sobre corrupción que pueden contener se ve a veces enturbiada por la intervención de otros factores. Por ejemplo, en el capítulo 4 se demuestra que en cualquier hospital de Buenos Aires los precios variaban en el tiempo casi tanto como lo hacían entre varios hospitales en cualquier momento específico. Este tipo de “dispersión del precio de equilibrio” del lado del comprador es sorprendente. Sugiere que para usar los precios de los insumos como indicador de la corrupción debe aceptarse la presencia de niveles considerables de ruido.⁵ Esto no constituye un problema particularmente complejo si los datos se usan como variable dependiente, pero por otro lado sugiere actuar con cautela. Los autores no tienen noticia de ninguna documentación previa de este esquema teórico de dispersión de precios en lo referente a las compras, lo cual indica, ciertamente, que para entender mejor los precios pagados por insumos en el sector público es importante conocer la conducta de los precios que pagan por ellos las grandes organizaciones privadas.

Al igual que los otros enfoques señalados en esta sección, que confían en la información observable o pública para inferir la magnitud de la actividad ilegal, lo que en principio parece muy atractivo deja de serlo al examen más detallado. Estos índices tienden a ser útiles sólo en contextos determinados (p. ej., el caso del suministro de efectivo de Estados Unidos a una

⁵ La dispersión del precio de equilibrio se analiza en Reinganum (1979), Salop y Stiglitz (1977) y en otros estudios.

economía donde las transacciones no notificadas son, por todos conceptos, ilegales), costosos de obtener (p. ej., el caso de estimaciones detalladas de costos o del hurto), o a estar sujetos a interpretaciones encontradas (p. ej., los precios de adquisiciones).

Lo anterior sugiere que la distinción entre datos “duros” y “blandos” para medir la corrupción es un tanto artificial. De hecho, no es válido suponer que un índice basado en opiniones o percepciones derivadas de una encuesta sea automáticamente dudoso. Muchos de los datos de aplicación generalizada en economía provienen de encuestas, por ejemplo, las cifras de desempleo, ingresos y gastos familiares, y elasticidades de la demanda. Sin embargo, se ha criticado que los resultados de encuestas sobre corrupción suelen ser subjetivos, en el sentido de que sólo registran opiniones. Además, las respuestas aparecen a menudo en la forma de clasificaciones jerárquicas, lo que crea problemas de “cardinalidad” (¿significa lo mismo la diferencia entre el “2” y el “3” de la escala, que la diferencia entre “5” y “6”? ¿Una puntuación de “4” significa lo mismo para diferentes personas?). Algunos estudios abordan este problema aplicando preguntas más refinadas. Por ejemplo, el índice de los exportadores alemanes citado en la sección anterior hace uso de una pregunta cuantitativa (“En un trato con el país *x*, qué porcentaje del precio total debe pagarse en sobornos?”). También es verdad que índices diferentes pueden tener buena correlación entre sí, lo que sugiere alguna estructura en común, y esto les presta credibilidad a pesar de la relativa “subjetividad” o “blandura” de los indicadores.

En última instancia, la elección de uno u otro índice depende del uso que se pretenda darle, lo que determinará la importancia relativa que se asigne a su fiabilidad, precisión y costo. Por ejemplo, los índices de corrupción derivados de encuestas de opinión experta pueden ser más baratos y fáciles de obtener de fuentes existentes, pero también menos precisos. Tal vez sean más útiles también para la comparación entre países, al imponer algún grado de homogeneidad en los criterios y entre observadores. En cambio, los índices basados en la obtención de información registrada o por medio de cuestionarios refinados —que pretenden extraer información acerca de la colaboración del entrevistado en actos ilícitos— suelen ser costosos, aunque no siempre. Si bien, ciertamente, no son tan fáciles de conseguir, ofrecen mayor precisión para fundamentar políticas específicas en un sector o país particulares. Ante todo, la mejor opción es obtener los datos más pertinentes al problema. Los estudios de casos que se presentan en este volu-

men justifican la creación de nuevos índices complementarios de corrupción a partir de datos duros. Este enfoque promete abrir una nueva ventana hacia el entendimiento de la corrupción dentro de un sector particular, y brinda la oportunidad de probar la fiabilidad de los métodos más usuales para generar índices de corrupción.

Los casos

En lo que resta de este capítulo se reseñan siete estudios cuyo principal objetivo fue estimar y analizar las actividades ilegales que ocurren en los hospitales públicos⁶ de América Latina, cinco de los cuales se examinan en mayor detalle en el resto del libro. Cada uno de los siete estudios se efectuó en Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Nicaragua, Perú y Venezuela —países cuyos ingresos per cápita varían desde apenas unos US\$400 en Nicaragua hasta más de US\$8.000 en Argentina. El nivel de gastos en salud y la parte que representan del ingreso nacional también varían enormemente. En Nicaragua, los gastos totales en salud (tanto públicos como privados) fueron de apenas US\$35 por persona en 1995, si bien representaron 9,2% del PIB. Las cifras correspondientes a los otros países pueden encontrarse en el Cuadro 1.2.

La organización de los sistemas de salud en que operan los hospitales públicos de estos países también varía en grado considerable. El sistema de salud de Costa Rica es predominantemente público y está muy centralizado, aunque en años recientes se ha probado la descentralización y se ha concedido mayor autonomía a algunos hospitales. El sistema de salud de Argentina está muy fragmentado, de modo que existe una gran proporción de gasto privado y múltiples actores; por ejemplo, Obras Sociales (programas de seguridad social y salud que los sindicatos proporcionan a sus afiliados), ministerios de salud nacional y provinciales, y compañías aseguradoras.⁷

⁶ La selección de estos casos fue independiente de cualquier expectativa previa respecto a la magnitud de la corrupción. Más bien se basaron en un proceso de licitación competitiva que puso de relieve las mejores propuestas, independiente del país de origen.

⁷ Una apreciación global de la estructura de los sistemas de salud en América Latina podrá encontrarse en BID (1996) y OPS (1998). La información y datos sobre los sistemas latinoamericano y caribeño de salud puede ampliarse en Internet: <http://www.paho.org> y <http://www.americas.health-sector-reform.org>.

Cuadro 1.2 Datos representativos de cada país

País	PIB per cápita (US\$ 1995)	Gastos en salud Per cápita (US\$ 1995)	Parte del PIB (%)
Argentina	8.112	795	9,8
Bolivia	800	48	6,0
Colombia	1.918	140	7,3
Costa Rica	2.605	224	8,6
Nicaragua	380	35	9,2
Perú	2.327	128	5,5
Venezuela	3.013	229	7,6

Fuente: OPS (1998).

Para cada estudio de casos se pidió a los investigadores que identificaran los principales tipos de corrupción, abuso o actividad ilícita en hospitales públicos, que estimaran el costo de esa corrupción, y que demostraran la hipótesis de que las estructuras de incentivos, como participación en la propiedad, mecanismos de rendición de cuentas y requisitos de notificación, influyen en la magnitud y alcance de esos abusos. En todos los estudios se aplicaron encuestas a médicos, enfermeras y pacientes, para conocer sus percepciones sobre la corrupción en hospitales públicos. En algunos se prefirió concentrarse en sólo unos cuantos de éstos, como en el peruano, el nicaragüense y el de Costa Rica, mientras que en otros se sondeó una mayor variedad de establecimientos —aproximadamente 30 en los estudios de Venezuela, Argentina, Bolivia y Colombia. En algunos casos los investigadores aprovecharon las diferencias institucionales entre hospitales dependientes de ministerios, institutos de seguridad social y entidades privadas —como en Perú y Venezuela—, mientras que en otros se concentraron exclusivamente en hospitales públicos dependientes de los ministerios de salud. En cuatro casos —Argentina, Venezuela, Bolivia y Colombia— se obtuvieron datos sobre los precios de adquisiciones y se sometieron a análisis estadístico.

Debe recordarse que los estudios, por su propio diseño, se enfocaron en los tipos de actos ilegales que ocurren dentro de los hospitales. El libro no supone que la corrupción en estos establecimientos sea mayor ni menor que la que se registra en el sector salud en su conjunto. Además, los estudios no

pretendían hacer juicios normativos sobre los tipos de actividades que se identificaron. Los autores se concretaron más bien a observar, medir y ampliar nuestra comprensión de este problema social.

La credibilidad relativa de los hospitales públicos

La percepción general de la corrupción en los hospitales públicos es notablemente congruente a través de todos los países. Siempre que se preguntó a los entrevistados por el grado de corrupción en los hospitales públicos o en el sector salud, en comparación con otras instituciones en la sociedad, los servicios de salud pública fueron relativamente bien catalogados. En Costa Rica, los pacientes, médicos y enfermeras calificaron al Ministerio de Salud y a la Caja Costarricense del Seguro Social como entre las instituciones menos corruptas en la sociedad —y a la presidencia de la república y la policía de tránsito como las más corruptas. Este hallazgo se repitió en Bolivia, donde los hospitales se consideraron de lo menos corrupto (junto con la Iglesia y las escuelas) y la policía como lo más corrupto. Asimismo, en Argentina sólo una minoría afirmó que los hospitales públicos eran la institución más corrupta en el sector público.

Otro resultado frecuente fue que los pacientes siempre tuvieron al sistema de salud en un concepto más favorable que los médicos, quienes a su vez expresaron un concepto más favorable que las enfermeras. Cuando se les pidió calificar al seguro social costarricense en una escala de 1 a 10 (10 para lo más corrupto), los pacientes de Costa Rica le dieron una puntuación promedio de 6,1, a diferencia de 6,8 que le dieron los médicos y 7,6 las enfermeras. Sólo 39% de los pacientes entrevistados consideraron que la corrupción era “muy frecuente” en los hospitales públicos de Bolivia, en contraste con 55 y 60% de médicos y enfermeras, respectivamente. Asimismo, en Argentina, 24% de los médicos consideraron que la corrupción era mayor en los hospitales públicos que en el resto de sociedad, mientras que 35% de las enfermeras coincidía en esta percepción.

Abusos frecuentes

En términos generales, los estudios demostraron preocupaciones públicas por una amplia gama de prácticas ilícitas, entre las cuales destacan el hurto de suministros médicos, el ausentismo de médicos y enfermeras, los cobros ilegales por

Cuadro 1.3 Actividades ilegales y métodos estadísticos, por país

	Venezuela	Argentina	Bolivia	Perú	Colombia	Costa Rica	Nicaragua
Hurto	✓ modelo		✓			✓	✓
Ausentismo	✓ modelo	✓		✓		✓	✓
Honorarios ilegales			✓ modelo			✓	✓
Sobrepago por suministros	✓ modelo	✓ modelo	✓ modelo		✓ modelo		
Cesáreas injustificadas				✓ modelo			

Notas: La marca de "revisado" indica que se identificó un problema grave en los hospitales del país.

"Modelo" indica que se hizo análisis econométrico del problema.

servicios, el pago excesivo por insumos y servicios contratados, los favoritismos en nombramientos y ascensos, el uso desautorizado de instalaciones públicas para la práctica médica privada, el desvío injustificado de los pacientes a consultorios privados, y la inducción a intervenciones médicas innecesarias.

Aunque todos estos problemas fueron omnipresentes, su incidencia e importancia relativa variaron significativamente entre los diferentes estudios. En Argentina, Venezuela y Colombia, los puntos de preocupación principales fueron los sobornos y el peculado relacionados con la contratación de servicios y las adquisiciones. El hurto fue catalogado como problema relevante en Bolivia, Costa Rica, Perú y Venezuela. Se identificó remisión de pacientes a la práctica privada en la mayoría de los casos, pero sólo en Bolivia se lo clasificó como un abuso importante. En Bolivia y Argentina destacaron los cobros ilegales por brindar un mejor servicio, y el ausentismo se consideró un problema grave en Argentina, Venezuela, Colombia y Costa Rica.

A partir de estos resultados iniciales, en cada caso se seleccionaron luego algunos de los problemas más graves, para examinarlos a fondo. En el Cuadro 1.3 se reseñan las formas de actividad ilícita que se analizaron en cada caso, y también se indica cuáles se sometieron a análisis estadístico.

Hurto de suministros médicos

El hurto de suministros médicos fue catalogado como demasiado frecuente en Venezuela y Costa Rica. En Venezuela, incluso la observación casual de-

muestra cómo esta situación repercute en la calidad de los servicios de los hospitales públicos: es la familia del enfermo la que a menudo debe comprar por su cuenta los suministros médicos. Hasta dos tercios del personal hospitalario entrevistado sabía de casos en que se sustrajeron suministros médicos, y 64% estaba enterado del hurto de medicamentos. En promedio, el personal médico estimó que eran objeto de hurto entre 10 y 13% de todos los medicamentos y suministros.

En Costa Rica, 71% de los médicos y 83% de las enfermeras señalaron que en su hospital se había saqueado equipo o materiales. Para las enfermeras este hecho fue mucho más frecuente que para los médicos. Cerca de 80% de ellas consideraron que la frecuencia de hurto era “mucho” o “regular”,⁸ mientras que una proporción significativa de los médicos consideró que esta práctica era sólo ocasional (de “poca” frecuencia).

Hurto de tiempo

El ausentismo es un problema común que afecta la calidad y la oportunidad con que deben prestarse los servicios médicos. La investigación realizada en Venezuela estimó que los médicos especialistas y jefes de servicio incumplían con más de un tercio de las horas de servicio que tenían contratadas, mientras que los residentes y enfermeras pasaban ausentes aproximadamente 13 y 7% del tiempo, respectivamente. En Perú, las opiniones de médicos y enfermeras coincidían respecto al ausentismo entre el personal de hospitales públicos. Aproximadamente 12% afirmaba que era muy común, y casi 20% lo consideraron “común” (habitual). No obstante, se observó divergencia específicamente en las estimaciones del ausentismo de los médicos. Las enfermeras opinaban que éstos estaban mucho más tiempo ausentes que lo que ellos admitían. Un aspecto interesante fue que el nivel informado de ausentismo resultó insignificante sólo en uno de los cuatro hospitales peruanos de los que se obtuvieron datos, el del sector privado. Incluso en Costa Rica, país al que en general se le considera poseedor de uno de los mejores sistemas de salud de América Latina, se informaron cifras altas de ausentismo. Cerca de 65% de los médicos y 87% de las enfermeras indicaron que los

⁸Nota del editor: Las categorías fueron literalmente mucho, regular y poco, y así se transcriben aquí. En la edición en inglés aparecen estos equivalentes: “a lot”, “some” y “little”, respectivamente.

médicos incurrieran en ausencias laborales injustificadas. Y de esta submuestra, más de 80% indicaron que tales ausencias ocurrían “a diario” o “una o dos veces por semana”.

Aun cuando los médicos no estén técnicamente ausentes, pueden estar atendiendo a pacientes de su consulta privada durante tiempo público en instalaciones públicas, con lo que acaban cobrando el doble por sus servicios. Los médicos de Costa Rica estimaron que más de 20% de sus colegas incurrieran en esos actos, mientras que las enfermeras pensaban que por lo menos 50% de todos los médicos lo hacían. De estos entrevistados, más de la mitad afirmaron que ese uso desautorizado ocurría a diario o por lo menos una vez por semana.

Curiosamente, informantes clave señalaron que el ausentismo es un problema en Colombia y Argentina, pero los estudios efectuados en esos países indicaron cantidades relativamente modestas de tiempo de trabajo perdido. En Colombia, por ejemplo, se estimó que los médicos se ausentaban aproximadamente 5% del tiempo para el que estaban contratados. Esta evidente contradicción indica que, o bien los informantes clave (en gran parte directores de hospitales y jefes de personal) exageraron el problema en las entrevistas, o bien las encuestas menospreciaron seriamente la magnitud del ausentismo. A pesar de su frecuencia relativamente baja de ausentismo, el estudio colombiano cuantificó el costo de ese problema en los hospitales de Bogotá, y resultó ser de más de US\$1 millón al año.

Cobro por servicios gratuitos

Ha sido un principio rector de muchos sistemas latinoamericanos de salud pública, y un derecho a menudo inscrito en las constituciones nacionales, que los servicios de salud pública se proporcionen sin costo alguno. Por una variedad de razones, no ocurre así en la práctica. A veces el cobro se hace “necesario” para la compra de materiales que faltan en el almacén del hospital; otras, los hospitales imponen cuotas ilegales con el fin de compensar los bajos ingresos del personal y así poder retenerlo (o se le dan incentivos para que se presente a trabajar). En algunos contextos también es difícil distinguir entre las “propinas” —dádivas por gratitud y reciprocidad que se acostumbra en algunas culturas— y cuotas que se imponen a manera de trueque (*quid pro quo*). Esta sutil división entre el peculado y el regalo se aprecia particularmente en el estudio de Bolivia, en cuyas zonas rurales esos “honorarios” suelen pagarse en especie (p. ej., con gallinas).

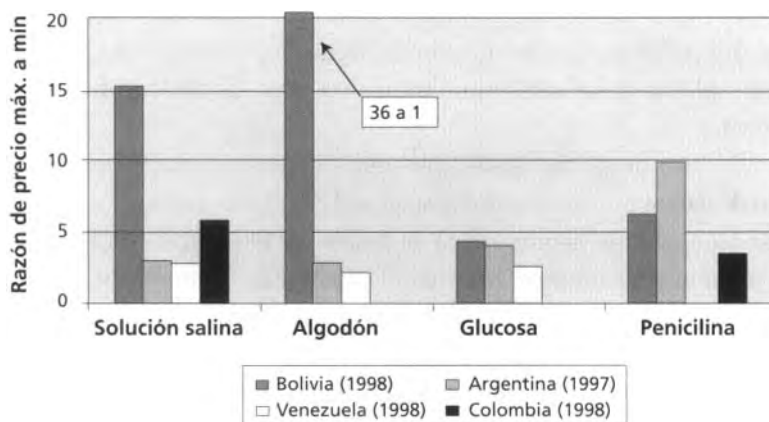
A pesar de esas atenuantes, la mayor parte de los honorarios pagados por servicios de salud pública son cobros ilegales, y cualquiera que sea su objeto o uso, carecen de la mínima transparencia necesaria para proteger a los pacientes. En Bolivia, el Plan Nacional de Salud Materno-Infantil fue instaurado por el gobierno para proporcionar en forma gratuita a la población, servicios de salud materno-infantil. Y sin embargo, 40% de los pacientes entrevistados en el estudio boliviano indicaron haber pagado cuotas por tales servicios. El pago promedio fue de 40 bolívares (aproximadamente US\$6,60). Irónicamente, a pesar del pago de honorarios ilícitos, dos tercios del total de pacientes opinaron que los hospitales públicos eran menos corruptos o tan proclives a la corrupción como otras instituciones de la sociedad. O bien esos pagos se consideraron una expresión auténtica de gratitud, o bien es que reflejan la aceptación preocupante de un ilícito menor.

El cobro de honorarios ilícitos no se limita a Bolivia. El estudio de Costa Rica también aportó pruebas convincentes de que tales prácticas son bastante comunes. Más de 85% de médicos y enfermeras declararon haberse enterado de casos en que los médicos hicieron cobros injustificados a los pacientes. De hecho, la mitad de los pacientes costarricenses afirmaron haber hecho pagos de hasta US\$35 por servicios médicos en establecimientos públicos, el precio promedio aproximado de una consulta en el sector privado.

Compras a sobreprecio: ¿incompetencia o hurto?

En cuatro de los casos —Argentina, Bolivia, Colombia y Venezuela— se reunió información de los archivos de hospitales acerca de medicamentos o suministros médicos homogéneos específicos. La variación entre hospitales es impresionante, a pesar de los mejores esfuerzos de las instituciones nacionales por negociar precios estándar o establecer topes. No fue posible explicar estas diferencias por variaciones en calidad, cantidad, términos de crédito, fecha de compra, tamaño del hospital ni fecha de caducidad. En cambio, los archivos demuestran un derroche considerable en adquisiciones, que sólo puede atribuirse a malos manejos o corrupción grave. La razón de alto a bajo de los precios de compra de solución salina, algodón, solución glucosada y penicilina varió desde apenas 3:1 hasta tanto como 36:1 en el caso de los precios pagados por el algodón en Bolivia (Gráfico 1.2).

Gráfico 1.2 Diferencias de precios de suministros médicos entre hospitales de cuatro países



El impacto neto de las prácticas de sobreprecio en el presupuesto público podría ser enorme. En Bogotá, Colombia, el pago a sobreprecio de siete medicamentos y suministros específicos se estimó en más de US\$2 millones por año —lo suficiente para cubrir los servicios médicos de otras 24.000 personas. En un estudio reciente efectuado en Guatemala se estimó que una nueva disposición que prohibía la compra centralizada por parte del ministerio de salud, arrojó ahorros de casi 50%. Esto hizo posible extender los servicios sanitarios básicos a 3,5 millones de personas que hasta entonces habían carecido de acceso a cualquier tipo de atención médica (Nieves et al., 2000).

Peligros para la salud materna

Sólo un estudio, en Perú, se propuso investigar si los médicos llevaban a cabo intervenciones médicas injustificadas y potencialmente peligrosas. Para ello se analizaron datos sobre partos por cesárea, y se encontró que éstas representaban 21 y 29% de todos los partos llevados a cabo en dos hospitales del ministerio de salud. En un nosocomio del seguro social y en una clínica privada, la proporción se disparó hasta 59 y 78% de todos los partos, respectivamente. Si las tasas tan altas de cesárea sorprenden, más impresionante resulta todavía la distribución de esta práctica. La investigación médica indica que la proporción de cesáreas requeridas desde el punto de vista

médico es bastante inferior a 10%. Además, se esperarían tasas más altas de cesárea entre las poblaciones de alto riesgo —las mujeres con más hijos, de bajo nivel socioeconómico, de menor escolaridad y con menos atención prenatal. Sin embargo, en la institución del seguro social y en la clínica privada, que atienden a clases socioeconómicas más altas, las cesáreas fueron más frecuentes.

Después de ajustar estadísticamente los datos de edad materna, el número de partos previos, la edad gestacional del recién nacido, y su peso natal, se demostró que la proporción de cesáreas se relacionaba positivamente con la remuneración esperada y con la comodidad (no se sabe si para el médico o para la madre). En particular, los médicos que tenían un cargo más seguro o que trabajaban para la clínica privada llevaron a cabo más cesáreas que aquellos con contratos renovables. Asimismo, después de ajustar otros factores, se observó que los médicos que tenían mayor control sobre sus planes de trabajo, los del Instituto del Seguro Social, programaban más operaciones cesáreas antes de vacaciones y fines de semana.

¿Sirve ser honesto?

Se supone en general que las personas que abrazan la profesión médica tengan alguna motivación social, que se guíen por el deseo de servir a otros, y que aquellas que así pasan al sector público lo hagan probablemente por un deseo de servir a las personas con menos posibilidades de acceder a la atención médica necesaria. ¿Entonces por qué hay tantas pruebas del mal uso de instalaciones públicas, de ausentismo y de hurto?

Después de documentar los tipos y magnitudes de corrupción, en los estudios se explora una variedad de vertientes para identificar los aspectos de administración, propiedad o disposiciones contractuales de los nosocomios, que podrían promover o desalentar las actividades ilegales. Al hacerlo, los estudios parten del supuesto de que esa conducta está regida por proveedores de servicios idealistas y que responde a lo que se ha publicado acerca de la elección racional. Conforme a este conjunto de hipótesis, la conducta burocrática es racional en el sentido de que sus agentes ponderan los costos y beneficios de la deshonestidad antes de actuar, y entonces adoptan la acción que les brinda la máxima utilidad esperada.

De acuerdo con Becker y Stigler (1974), se postula un proceso de toma de decisiones en el que cada burócrata sopesa la oportunidad de comportar-

se mal. Si estos individuos son honestos, se comportarán correctamente (desde el punto de vista de sus superiores), recibirán su sueldo y se sentirán satisfechos de haber hecho bien y honestamente su trabajo (w). Si, en cambio, optan por sustraer suministros, ausentarse o aceptar sobornos, entonces estarán jugando a la lotería. Con cierta probabilidad (θ), serán descubiertos y despedidos. Esto significa que deberán sufrir un castigo (P), que puede incluir costos morales; pero pueden conseguir un sueldo alternativo (w^0) que es lo que el sector privado o el sector informal les pagará. En la probabilidad complementaria ($1 - \theta$), el burócrata escapará de la detección y ganará su sueldo (w), además del valor del acto ilícito (B). La condición que asegura la honestidad burocrática se describe de la siguiente manera:

$$w > \theta(w^0 - P) + (1 - \theta)(w + B) \quad [1.1]$$

Esta formulación es útil porque permite clasificar en categorías sistemáticas y significativas los distintos mecanismos para influir en el nivel de corrupción. Cuando se cumplen las condiciones siguientes habrá incentivos para ser más honestos:

- ◆ Los sueldos en el sector público, respecto del privado, son más altos ($w - w^0$);
- ◆ La probabilidad de detección es más alta (θ);
- ◆ Las sanciones por deshonestidad son más altas (P), y
- ◆ Los beneficios potenciales son más bajos (B).

Nótese que el otorgamiento de prestigio a un servidor público reviste una importancia considerable, ya que es un medio relativamente “barato” de proporcionar un beneficio sin incrementar el salario (es decir, una suma que se añade a w). También es interesante reflexionar en la influencia que ejerce la probabilidad de detección (θ). Si θ es pequeña, entonces ningún sueldo o sanción, por altos que sean, podrá alterar la decisión del burócrata de ser corrupto. En el caso extremo de que la detección sea imposible, entonces $\theta = 0$, lo que reduce la ecuación de la siguiente manera:

$$w > w + B \quad [1.2]$$

En este caso los burócratas serían siempre corruptos, porque el valor de serlo, que aparece a la derecha de la ecuación, siempre será grande, y el

incentivo para estafar será muy fuerte. Uno quisiera pensar que los individuos son seres morales que aborrecen la conducta corrupta, se descubran o no esos actos, y que tal aversión pesa más que la atracción de B . De ser así, la corrupción no ocurriría. Sin embargo, la magnitud de las prácticas corruptas pone de manifiesto los riesgos de fundamentar las políticas en esperanzas de ese tipo, incluso en sectores como el de la salud, donde la motivación social se supone bastante alta. Por consiguiente, un elemento necesario en la política pública es alguna probabilidad positiva de que se detecten los abusos.

Muchos factores influyen en esa probabilidad de detección (θ). La facilidad para medir los insumos y productos hará más factible la detección. Cuando se cuenta con comparaciones con otros individuos o agentes, como ocurre en los desembolsos para adquisiciones, se facilita descubrir casos de sobreprecio que pueden indicar corrupción. Así, resulta evidente la importancia de los mecanismos para recopilar y procesar información. Y para que éstos funcionen, las personas que reúnen y analizan la información necesitan incentivos para influir en los problemas que revelan. Por esta razón, los sistemas con una variedad de mecanismos de monitoreo y supervisión tienden a resultar más eficientes en reducir la corrupción. En los servicios de salud esto puede lograrse creando canales para que se ejerzan la comunicación y la acción, a través de comités o juntas locales de salud, los propios pacientes, miembros de la comunidad y las autoridades regionales.

Las sanciones relacionadas con el hecho de ser descubierto entran en dos categorías: el castigo en sí (multas o la cárcel) y la pérdida de ingresos (cuando w supera a w^0). La penalización es débil en muchos países, por la lentitud característica de los procesos judiciales. También será menos eficaz si hay antecedente de impunidad o de sentencias menores. Los salarios de eficiencia —ingresos mayores que lo que el individuo podría esperar si fuese despedido— pueden ser un fuerte disuasivo de la estafa, pero se requiere una amenaza creíble de que la detección motivará el despido.

Si se restringen tanto la autoridad discrecional con que cuenta el individuo en el trabajo como su ámbito de actividad, quizá pierdan atractivo los beneficios posibles de los actos ilegales. Un gerente con un presupuesto pequeño, material escaso y poco poder para hacer nombramientos y despedir al personal, tiene menos oportunidad de hacerse de utilidades mal habidas, que el que tiene grandes flujos financieros y gastos y control sobre nombramientos del personal. El balance en este caso consiste en que una reducción demasiado intensa de la autoridad discrecional puede estar destinada al fra-

caso si significa la incapacidad de proporcionar en forma eficiente los servicios que exige la política pública o de responder de una manera creativa a necesidades heterogéneas. Por consiguiente, los sistemas bien organizados tienden a delegar la mayor responsabilidad posible dentro de las restricciones que impone la capacidad para vigilar y supervisar las acciones de los subalternos.

El análisis que se proporciona en los estudios de casos justifica algunas afirmaciones preliminares sobre los factores que más alientan o desalientan las actividades ilegales.

Al principio se tenían pocas pruebas de que los sueldos altos de funcionarios de adquisiciones se vincularan con menos corrupción. En Argentina se analizó un índice de corrupción basado en los precios de los insumos, en que el sueldo de los funcionarios de adquisiciones se empleó como factor explicativo.⁹ El coeficiente resultó insignificante. En Colombia, un procedimiento similar demostró que el sueldo del jefe de adquisiciones guardaba relación negativa con los precios pagados en general (es decir, incluyendo compras tanto competitivas como directas). No obstante, el sueldo mostró un vínculo positivo con los precios cuando se analizaron sólo las compras directas —sobre las que el funcionario de adquisiciones tiene el mayor poder autónomo (discrecionalidad) y la menor vigilancia. En Venezuela, un análisis similar reveló que los salarios más altos se asociaban con niveles también más altos de corrupción. Los autores de ese estudio consideran que este hallazgo sorprendente confirma opiniones expresadas por los informantes clave en el sentido de que los individuos corruptos se valen de sobornos para conseguir plazas que ofrecen oportunidades de beneficio ilícito. El sueldo alto es simplemente otro aspecto de la corrupción, que combina nombramientos, pagos y peculados. Esto contradice los resultados de otros estudios según los cuales la paga promedio en el conjunto del sector público guarda una relación inversa con la corrupción agregada (p. ej., Van Rijckeghem y Weder, 1997).

El estudio argentino sugiere incluso que la impunidad puede ser el factor que más contribuye a la corrupción en hospitales públicos. Cuando en Argentina se hizo el experimento de publicar información sobre los pre-

⁹ Para ser precisos, la variable fue el sueldo de eficiencia; es decir, la diferencia entre el sueldo actual del funcionario y el sueldo que podría esperar en otro empleo dentro del mercado laboral. Véase el capítulo sobre Argentina (Cap. 4) en este volumen.

cios de las adquisiciones, con el consecuente mayor riesgo de detección, tales precios se derrumbaron en grado impresionante, incluso antes de darse a conocer por primera vez la información. Sin embargo, seis meses después había reaparecido la amplia variación en los precios de las adquisiciones, probablemente porque los funcionarios encargados notaron que la información sobre precios no se estaba utilizando para sancionar a nadie en la práctica. La impunidad convierte a la detección de delitos en un disuasivo inútil.¹⁰

El estudio venezolano también demuestra que la baja probabilidad de detección y castigo se correlaciona con precios más altos de las adquisiciones. La inquietante relación con los sueldos parece menos sorprendente ahora. Como se señaló, ningún salario será suficiente para lograr la honestidad mientras la probabilidad de detección y sanción sea nula.

Este resultado del análisis venezolano acerca del hurto, fue corroborado en un análisis comparable del ausentismo. Para los médicos, la baja probabilidad de ser descubiertos y el bajo potencial de castigo parecieron tener una influencia relevante en el ausentismo. Sin embargo, entre las enfermeras sólo la probabilidad de sanción fue significativa, no la magnitud del castigo.

En Bogotá, Colombia, los investigadores pudieron distinguir entre los médicos que tenían contratos “permanentes” conforme al código de servicio civil, lo que les concede importante estabilidad en el trabajo, y aquellos que son “contratados” bajo el reglamento normal de servicio privado que hace más fácil la aplicación de sanciones o el despido por parte de los patrones. La frecuencia bastante más alta de ausentismo entre los médicos permanentes respalda la conclusión de que la credibilidad de la detección que lleva a las sanciones es un factor crítico para disuadir de la corrupción.

Los resultados obtenidos en Perú también son congruentes con este acento en la importancia de la detección y la sanción. Entre los entrevistados de la muestra, más de la mitad de los médicos atribuyeron el ausentismo a los beneficios que el clínico podría recibir al trabajar en otro lugar durante las horas de trabajo contratadas. Pero una parte considerable también indi-

¹⁰ Esto trae a colación la famosa declaración de Adhemar de Barros cuando se postuló para gobernador de São Paulo, Brasil, durante el decenio de 1950. Su lema de campaña era: Roubo mas faço (“robo pero hago”). Un tributo a la transparencia.

có que la baja probabilidad de detección y sanción era un factor significativo (cerca de una quinta parte).

El estudio de Bolivia, en el capítulo 2, ayuda a afinar este enfoque en la detección y sanción. Sus autores distinguen dos formas de exigir cuentas: la de “voz o salida”, y el control jerárquico. La primera forma se refiere a mecanismos que permiten a clientes o pacientes: a) proporcionar retroalimentación significativa a los proveedores de servicios y tener alguna expectativa de respuesta (voz), o b) sancionar a los proveedores llevándose su “asunto” a otra parte (salida). La segunda categoría, los controles jerárquicos, se refiere a mecanismos formales de monitoreo y vigilancia que se instauran dentro de la organización vertical particular de un servicio.

En Bolivia, la Ley de Participación Popular transfirió la responsabilidad de los hospitales a los municipios y creó consejos o juntas ciudadanas para la vigilancia y administración de los hospitales locales. Al mismo tiempo, el gobierno federal continuó transfiriendo recursos y vigilando a los hospitales. Gray-Molina y colaboradores demuestran que ambas formas de buscar la rendición de cuentas tienen un impacto estadísticamente significativo en cuanto a reducir los cobros ilegales y el pago de sobrepagos por suministros y fármacos. Dada la naturaleza dispersa de estos hospitales, tal vez no parezca extraño que los mecanismos de voz —señalados por la presencia y actividad de una junta local de hospitales— tuvieran un impacto más poderoso que los controles jerárquicos, los cuales fueron medidos según la contratación fuera o no competitiva o el personal fuera o no objeto de vigilancia o supervisión.

No obstante, en Colombia los investigadores encontraron que el único factor que mostró correlación estadística con precios más bajos de las adquisiciones fue la existencia de controles contables sobre los suministros, y la percepción, por parte del personal médico, de que existía una vigilancia efectiva. Por lo contrario, los indicadores de autoridad discrecional y autonomía (como la proporción de médicos a contrato temporal o la actividad de la junta local de hospitales) fueron insignificantes. Se deduce que, si se da una autoridad discrecional importante, habrá de requerirse que haya una rendición de cuentas efectiva.

Uso de índices duros y blandos para definir la situación

Un objetivo de estos estudios fue demostrar que los datos objetivos de corrupción pueden recopilarse y analizarse provechosamente. Puesto que la

información sobre precios de adquisiciones demostró considerable eficacia para analizar los correlatos de la corrupción, ¿qué ventajas ofrecen los indicadores “duros” en comparación con los “blandos”, de mayor uso?

Sólo el estudio boliviano analizó explícitamente la relación entre los niveles de actividad ilegal medidos por los precios excesivos de las adquisiciones y los medidos a través de encuestas de opinión. Sin embargo, los investigadores encontraron una correlación significativa positiva entre el nivel de precios de las adquisiciones y la calificación de los niveles de corrupción en los hospitales por parte de los entrevistados. El coeficiente de correlación fue de 0,55, con una fuerte significación estadística. Aunque se extrajo de un solo estudio, este dato ofrece alguna corroboración de los índices subjetivos, lo que sugiere que son indicadores fiables, si bien ruidosos, de la corrupción. Las medidas o parámetros más objetivos —como los generados en este libro— probablemente no desplazarán, ni tienen por qué hacerlo, a los índices de encuestas de opinión. En cambio, los nuevos indicadores deben proporcionar más recursos para penetrar el ruido de la superficie y analizar un fenómeno que en gran medida está oculto.

Resumen

Ninguna sociedad, gobierno o servicio público está completamente exento de actos delictuosos. Aun así, se ha visto que algunos logran controlar las actividades ilícitas mejor que otros. En los albores de este nuevo siglo, el combate a la corrupción ha pasado a ser tema de debate público en América Latina. Para aprovechar esta oportunidad, los políticos y los estrategas de la política pública deben tener acceso a la información que necesitan para enfocar la atención en las violaciones más graves a la confianza pública y diseñar las estrategias y mecanismos que disuadan de la conducta corrupta. Se trata de un desafío esencial para los hospitales públicos y el sector salud en general, porque estas instituciones manejan cantidades grandes de recursos administrativos, proporcionan servicios que son de trascendencia crítica, y contribuyen en gran medida a conservar la confianza en las instituciones públicas.

Los estudios que se presentan en este volumen ofrecen recomendaciones pertinentes para impedir los abusos en hospitales públicos, pero también los que se cometen en otras áreas de la política pública. Indican que:

- ♦ Al incrementar los sueldos no se impedirá la corrupción si no se producen sanciones creíbles;
- ♦ Aumentar la probabilidad de detección es probablemente el instrumento más poderoso con que se cuenta para reducir la corrupción en hospitales públicos, a condición de que se le vinculen algunas consecuencias;
- ♦ La detección y la penalización podrán fortalecerse no sólo a través de controles jerárquicos, sino también por mecanismos de voz y salida (p. ej., las juntas locales de hospitales y la competencia); y
- ♦ La propiedad, mecanismos de pago y otros incentivos institucionalizados influyen en el grado de actividad ilícita.

Los estudios de casos de los capítulos siguientes no constituyen el final de la historia. Más bien son apenas el comienzo. Demuestran que el desafío de combatir la corrupción puede afrontarse en circunstancias difíciles y peligrosas, que puede usarse información objetiva para valorar y corroborar conceptos derivados de estudios, y que el análisis puede generar recomendaciones políticas que incidan en la conducta de los gobiernos. Ciertamente, es imposible dejar las cosas como están, ya que esto implica un riesgo muy alto.

Página en blanco a propósito

¿Cuenta la voz?

La participación ciudadana y el control de la corrupción en los hospitales bolivianos

George Gray-Molina, Ernesto Pérez de Rada y Ernesto Yáñez

En Bolivia, la Ley de Participación Popular transfirió la responsabilidad de los hospitales a los gobiernos de los municipios y creó juntas locales —con miembros de la comunidad— para vigilar y administrar esas instituciones. Al mismo tiempo, el gobierno nacional continuó transfiriendo recursos y fiscalizando los gastos de los hospitales. En este capítulo, los autores demuestran que ambas formas de lograr una buena rendición cuentas tienen un impacto estadísticamente significativo en reducir los cobros ilegales y el pago de sobrepagos por suministros y medicamentos. Los mecanismos de voz, que se manifiestan por la presencia y actividad de juntas locales de hospitales, tuvieron un impacto más poderoso y amplio que los controles jerárquicos, medidos en términos de si la contratación era o no competitiva y si el personal era o no objeto de supervisión.

Introducción

El alcance y los determinantes de la corrupción han sido estudiados escasamente en Bolivia. Aunque de manera sistemática se denuncian casos de latrocinio público, padrinazgo, clientelismo y nepotismo en declaraciones políticas del gobierno —y se han citado en informes de ayuda económica internacional— pocas pruebas contundentes han mostrado los costos o efectos de las prácticas de corrupción pública. La reciente oleada de reformas estatales que se ha extendido por toda la región, destaca la importancia de “poner en orden a las instituciones” al cambiar la forma en que la política pública se formula, se implanta y se vigila (Burki y Perry, 1998; Graham y

Naim, 1998; Picciotto y Wiesner, 1998). En Bolivia, los reformistas han ubicado a la descentralización y la participación ciudadana en el núcleo mismo de sus programas de reforma política (Burki, Perry *et al.*, 1998; Peterson, 1997; Campbell, 1997). Durante los últimos cinco años, la estructura fundamental de la prestación de servicios sociales se ha renovado radicalmente para amplificar la voz ciudadana e incrementar la rendición de cuentas pública. A pesar de tan ambiciosos esfuerzos, la actuación del sector público parece todavía muy heterogénea y sometida a intereses particulares (Gray-Molina y Molina, 1997; Gray-Molina, 1997). ¿Cómo se explica este indecoroso expediente de “éxito” y “fracaso” que se observa en el medio?

En este capítulo se analizan los factores institucionales que atañen a la rendición de cuentas pública y la corrupción, con especial atención a la estructura de incentivos que tienen ante sí los proveedores y usuarios de servicios de salud. Las reformas de Participación Popular y Descentralización Administrativa llevadas a cabo en 1994 en Bolivia, constituyen una oportunidad especial para comparar los efectos de los incentivos institucionales, con la ejecución de las políticas. En el presente estudio se analiza la eficacia de los controles jerárquicos y los factores de voz y salida de Hirschman, para refrenar la corrupción pública a nivel municipal. Con base en datos reunidos de 30 hospitales municipales, este trabajo aborda el caso boliviano de la prestación de servicios de salud y propone un marco conceptual para analizar la corrupción. Empleando datos “duros” y “blandos”, obtiene un perfil típico de los abusos e investiga los factores que determinan su frecuencia. Los resultados obtenidos de encuestas de opinión se correlacionan luego con los que generan los datos duros, para establecer su eficacia relativa. El estudio concluye con una breve exposición de los resultados y un comentario de sus implicaciones en el análisis de la transparencia y la corrupción en la región.

El sector salud en el contexto boliviano

El sector salud de Bolivia explica una parte importante de los gastos en servicios sociales, que alcanzaron US\$284 millones en 1998, equivalentes a US\$44 per cápita o 4,7% del PIB (Cárdenas y Darrás, 1997). Las cuotas de los usuarios (35%) constituyen la mayor fuente de financiamiento del sistema, seguidas de los fondos del sector privado (34%), la cooperación internacional (14%) y subsidios gubernamentales directos (13%). Los gastos se dividen en tres partes: 38% se dedica a servicios del sector privado, 33% a

Cuadro 2.1 Indicadores seleccionados del sistema de salud en Bolivia, por región

	Nacional	Urbano	Rural
Cobertura del sector público (%)			
Partos	42	62	21
Atención prenatal	53	68	36
Planificación familiar	18	25	7
Inmunización	37	44	28
Mortalidad			
Lactantes (por 1,000)	75	69	106
Niños (por 1,000)	116	104	162
Madres (por 100,000)	390	274	524
Incidencia de enfermedad (por 1.000 niños menores de cinco años)			
Infecciones respiratorias agudas	19	19	17
Enfermedad diarreica aguda	20	11	29

Fuentes: Instituto Nacional de Estadística (1992 y 1994).

los servicios del seguro social y 29% a los servicios del sector público. Esto contrasta con el financiamiento de los servicios para la población. Según datos del censo más reciente, la mayor proporción proviene de fondos gubernamentales (44%, de lo cual 30% se dedica a proveedores del sector público y 14% al sistema de seguridad social). Los fondos privados representaron otro 30%, mientras que 24% no informa ninguna cobertura de salud formal (INE, 1992).

Los fondos de salud aplicados al sector público son bajos respecto de la norma regional y se concentran principalmente en zonas urbanas. La mortalidad, en particular la infantil y la materna, está entre las más altas de América Latina, a pesar de logros importantes en los años recientes. En Bolivia, los diferenciales urbano-rural continúan planteando un desafío relevante a los mayores fondos del sector público destinados a inmunización, planificación familiar y atención pre y posnatal. La neumonía, la diarrea y otras enfermedades infecciosas explican la proporción más grande de muertes de lactantes y niños (Cuadro 2.1).

La descentralización y la participación popular

La prestación de servicios de salud ha experimentado importantes cambios en Bolivia desde la instauración de las reformas de Participación Popular y Descentralización Administrativa. El marco fundamental para la prestación de servicios de salud consiste ahora en repartir la responsabilidad entre cuatro niveles públicos distintos:

- ♦ *Gobierno central.* El ministerio de salud es el organismo de la rama ejecutiva encargado de la formulación de políticas nacionales en el sector salud. El ministerio se encarga de diseñar y vigilar la aplicación de las estrategias nacionales de salud de mediano y largo plazo. También administra un repertorio de programas nacionales (para la prevención de cólera, paludismo, tuberculosis y otras enfermedades epidémicas) financiados a través de cooperación internacional y aplicados por oficinas prefecturales descentralizadas o por organismos voluntarios privados. Las transferencias intergubernamentales del nivel nacional al local para la inversión en salud pública son administradas por el Fondo de Inversión Social, dependiente del ministerio de la presidencia. En años recientes, el ministerio de salud se ha concentrado casi exclusivamente en la formulación de políticas (decretos y reglamentos sectoriales) y ha trasladado la responsabilidad de su aplicación a nivel de las prefecturas y municipios. El gobierno central administra hoy cerca de 90% de los gastos en salud recurrentes (principalmente sueldos), pero sólo 30% de la inversión pública total en el sector.
- ♦ *Prefecturas.* El gobierno central delega las responsabilidades y recursos administrativos en nueve prefecturas. Estas jurisdicciones de nivel departamental manejan las nóminas y administran programas nacionales que se elaboran y financian en el nivel central. Tienen una función esencialmente pasiva en la formulación de políticas y hacen las veces de mediadores entre los municipios y el gobierno central.
- ♦ *Gobiernos municipales.* Estas entidades tienen responsabilidad administrativa y fiscal en la conservación de la infraestructura y el equipo de los centros de salud de primer y segundo nivel. Los centros de nivel I son establecimientos de sanidad y salud comunitaria,

mientras que los de nivel II son hospitales de servicios básicos que supervisan la práctica médica general, quirúrgica, pediátrica y ginecoobstétrica. Los municipios representan ahora cerca de 70% de las nuevas inversiones públicas en infraestructura y equipo de salud, así como 10% de los gastos recurrentes (principalmente servicios de mantenimiento).

- ♦ *Instituciones submunicipales.* Además de la distribución formal de responsabilidades y recursos entre los niveles central, prefectural y municipal, la Ley de Participación Popular considera el establecimiento de Direcciones Locales de Salud (DILOS) en cada municipalidad. Cada DILOS es un consejo participativo de planificación e inspección que vigila los centros de salud de primer y segundo niveles. Está constituido por tres actores clave: grupos de usuarios de la comunidad, funcionarios municipales y funcionarios de salud de las prefecturas. Aun cuando estas juntas han llevado tiempo en formarse, los informes los describen como más eficaces que los comités de vigilancia que se han establecido para el ejercicio de la voz ciudadana y la fiscalización de funciones municipales generales (Giussani y Ruiz, 1997; Gray-Molina y O'Neill, 1998).

La introducción de donativos intergubernamentales para los programas de aplicación local ha significado un cambio relevante en el patrón de financiamiento de los servicios de salud. El programa más importante es el Seguro Materno-Infantil (que en adelante se llamará aquí "Seguro"), el cual proporciona atención prenatal gratuita a las mujeres, atención posparto para madres y lactantes y atención médica básica (p. ej., tratamiento de neumonía y diarrea) para los niños menores de seis años. El Seguro es financiado por una contribución municipal obligatoria de 3% de su presupuesto y por donativos del gobierno central para el pago de personal, suministros y medicamentos. Desde su fundación en 1996, el Seguro ha sido líder en la expansión de los servicios de salud, en particular en las regiones rurales. Un estudio reciente (Dmytraczenko, 1998) demuestra aumentos de 70% en el número total de consultas prenatales, 31% en el de partos atendidos profesionalmente en instalaciones de salud, 266% en el tratamiento de neumonía y 86% en el tratamiento de diarrea. Las principales mejoras en cobertura se han registrado en instalaciones de niveles I (centros de salud) y II (hospitales básicos), administrados por los municipios (Cuadro 2.2).

Cuadro 2.2 Cobertura del Programa del Seguro Materno-Infantil (1995–1997)

	1995	1996	1997	Aumento 1995–97 (%)
Total de partos	27.622	28.087	36.362	31,6
Nivel III: hospitales generales	24.902	24.535	30.949	24,3
Nivel II: hospitales básicos	2.619	3.365	4.691	89,4
Nivel I: centros de salud	101	187	432	327,7
Consultas prenatales	61.149	73.390	104.310	70,6
Nivel III: hospitales generales	47.393	55.557	75.394	59,1
Nivel II: hospitales básicos	10.911	14.133	23.401	114,5
Nivel I: centros de salud	2.845	3.700	5.515	93,8
Neumonía (niños < 6)	1.682	2.446	6.165	266,5
Nivel III: hospitales generales	670	596	1.511	125,5
Nivel II: hospitales básicos	812	1.406	3.856	374,9
Nivel I: centros de salud	200	444	798	299,0
Diarrea (niños < 6)	13.885	17.657	25.811	85,9
Nivel III: hospitales generales	5.432	5.871	12.313	127,1
Nivel II: hospitales básicos	6.456	7.986	9.487	46,9
Nivel I: centros de salud	2.006	3.800	4.011	100,0

Fuente: Dmytraczenko (1998).

Hacia una mejor comprensión del problema

En general [...], se llama corrupción al uso del oficio público para el beneficio privado, en el sentido de que un funcionario (el agente) a quien el público (su jefe o principal) le confía la realización de una tarea, comete, para su enriquecimiento privado, algún tipo de malversación que es difícil de vigilar para el principal (Bardhan, 1997:1321).

Partiendo de la definición de Bardhan, en esta sección se abordan los tipos de corrupción que se descubrieron en este estudio de hospitales municipales: cobros informales a los usuarios, compra a sobreprecio de insumos médicos homogéneos, ausentismo, hurto de suministros médicos y uso de instalaciones públicas con fines privados. Se esboza un modelo analítico

básico para caracterizar la estructura de los incentivos que se presentan a proveedores y usuarios del sistema de salud, y se explican los orígenes del abuso y la manera en que puede abordarse. En este modelo se distinguen dos aspectos que influyen en la conducta de los proveedores: los relacionados con los controles administrativos jerárquicos y los referentes a la rendición de cuentas ante los usuarios y la comunidad local.

Problemas operativos

El método que se emplea aquí deriva del modelo básico de principal-agente. Según éste, el agente puede emprender acciones que no vayan en el mejor interés del principal si las dos partes tienen objetivos distintos e información diferente sobre los servicios que se han de proporcionar. En una situación así, el agente puede desentenderse, o bien, abusar de su posición. El principal cuenta con dos recursos para reducir el problema: métodos de monitoreo y penalización, y procedimientos de contratación que establezcan incentivos para el agente que mejor induzca los resultados que busca el principal (Pratt y Zeckhauser, 1985). Como señalaran Banerjee (1997) y Bossert (1997), el problema operativo fundamental se complica en el contexto de la toma de decisiones descentralizada, en particular en países en vías de desarrollo. Típicamente, las políticas de descentralización extienden el margen de elección “formal” e “informal” de maneras que eluden al modelo básico de principal-agente.

Una forma de explicar esa diferencia consiste en aplicar el concepto de margen de decisión. Según Bossert (1977: 12):

“Margen de decisión” [se define] como la variedad de opciones eficaces que las autoridades centrales (el principal) permiten utilizar a las autoridades locales (los agentes). Este espacio puede estar demarcado formalmente por leyes y reglamentos. Define “las reglas del juego” específicas para los agentes descentralizados. El margen de decisión real (o “informal”) puede definirse también por una falta de aplicación de estas definiciones formales que permite a los funcionarios de niveles más bajos “torcer las reglas”.

Este modelo modificado de principal-agente permite rastrear los problemas operativos (de ejecución) a través de niveles distintos de la toma de decisiones (prefectural, municipal, del proveedor de servicios) y en térmi-

nos de funciones distintas (finanzas, organización de servicios, recursos humanos) dentro de cada nivel. Por ejemplo, mientras que el margen efectivo de decisiones del municipio en cuanto a contrataciones o despidos de personal puede ser limitado, el margen de decisión para la adquisición de equipo puede ser amplio. Asimismo, en el caso de las relaciones jerárquicas, es posible advertir cómo el alcance efectivo de la vigilancia pública podría ser débil al nivel municipal, pero fuerte al nivel de las clínicas o establecimientos de salud. Aun cuando a veces el margen de decisión tiende a promover oportunidades beneficiosas para innovaciones en la política sobre la práctica local, en otros puede en verdad ampliar el alcance de la toma de decisiones corrupta, irresponsable o arbitraria. La naturaleza de este equilibrio se aclarará más adelante, en el contexto de casos particulares de toma de decisiones locales.

Problemas de voz y salida

Cuando los proveedores locales tienen algún grado de autonomía y quienes usan sus servicios pueden aun exigirles cuentas, entonces estos usuarios — que de hecho ejercen la vigilancia local— pueden en realidad hacer más eficaces los sistemas jerárquicos de control administrativo sobre los proveedores de servicios públicos. Algunos analistas han concebido este mecanismo promotor de la responsabilidad como un problema de “voz” y “salida” (Hirschman, 1970; Paul, 1994; Picciotto, 1997). Es decir, los usuarios tienen dos recursos para ejercer presión y proporcionar retroalimentación con respecto a su satisfacción con los servicios públicos que reciben. Pueden comunicarse directamente con los proveedores por medio de quejas, sugerencias y protestas (voz), o bien, retirar su apoyo al buscar otras opciones (salida). En general, los investigadores han defendido que ese poder que tiene el público para exigir responsabilidad se eleva al máximo cuando los usuarios ejercen el recurso de la expresión. La voz tiene eficacia máxima cuando no hay ninguna barrera informativa, legal o institucional que impida su uso y la salida es inaccesible. Sin embargo, en la práctica tales limitaciones prevalecen en países en vías de desarrollo, en particular para las personas pobres de regiones rurales. ¿Cómo pueden superar los grupos de usuarios estos obstáculos a la fiscalización eficaz de los servicios públicos?

Paul (1992) considera cuatro estrategias posibles para amplificar la voz en el caso de una provisión dispersa y monopólica del servicio público a

las poblaciones pobres: la primera, crear grupos de vigilancia independientes (como los defensores de derechos [*ombudsmen*]) que tengan acceso directo a los archivos y fuentes de información oficiales; la segunda, establecer juntas participativas en el ámbito de los gobiernos locales, que permitan a los grupos de usuarios extender el alcance de su acción colectiva; la tercera, fomentar la unión con ONG y con las iglesias para promover mecanismos externos de vigilancia; y la cuarta, introducir audiencias públicas o referendos para que las quejas puedan ventilarse abiertamente. Cabe confiar en que las estrategias de voz de abajo hacia arriba (o ascendentes) promuevan la rendición de cuentas pública al poner de manifiesto problemas operativos relacionados con la acción oculta. Sin embargo, el modelo de “voz > rendición de cuentas > respuesta de desempeño”, se fundamenta en la premisa de que los mecanismos ascendentes ocasionan respuestas políticas descendentes que de nuevo introducen los problemas operativos analizados antes. Si la voz es o no eficaz constituye finalmente una cuestión empírica, que debe evaluarse caso por caso.

Modelo analítico

Aquí se propone un modelo analítico simplificado para explicar los problemas operativos que caracterizan a la provisión de servicios públicos. Aunque “la corrupción” no puede observarse directamente, sí puede serlo la forma en que los precios de los servicios varían respecto de lo esperado. El modelo aborda estas variaciones explicando, en primer lugar, las características individuales y de los municipios; en segundo, la discrecionalidad administrativa efectiva a nivel municipal (libertad de acción en la contratación y administración de personal) y, en tercero, el grado de voz o expresión que ejercen los usuarios de servicios (representado por el grado de activismo de los ciudadanos y las juntas de salud). La decisión de incurrir en prácticas de corrupción pública puede planearse en términos de la estructura de incentivos que tienen ante sí los malhechores potenciales. Si cabe suponer que un funcionario público puede aumentar al máximo su ingreso esperado, entonces:

$$E(Y) = (1 - p)(Bc + W) + p(Cc) \quad [2.1]$$

donde $E(Y)$ es el ingreso esperado, Bc es el beneficio esperado generado por la corrupción, W es el salario, Cc es la sanción esperada por haber sido sorprendido, y p , la probabilidad de ser descubierto.

La probabilidad de detección puede plantearse en términos de los incentivos institucionales que se le presentan al malhechor potencial:

$$p = p(\text{Voz, Discrecionalidad}) \quad [2.2]$$

En este modelo, la voz y la discrecionalidad administrativa son características observadas del ambiente de la toma de decisiones en los municipios. La voz contiene a la corrupción al incrementar la probabilidad de detección y con ello disminuir el ingreso esperado de las malas acciones. Los controles jerárquicos contienen la corrupción por dos vías, ambas sujetas a problemas operativos. La primera mira hacia atrás, refrenando el poder discrecional con que los agentes actúan; la segunda mira hacia el frente, indicando la credibilidad de los controles jerárquicos si se descubren actos corruptos.

Se supone que la voz tiende a ser eficaz en el caso de prácticas que afectan directamente a los usuarios del servicio (como el soborno), mientras que los controles jerárquicos tienden a ser importantes en las prácticas relacionadas con la acción oculta (como el hurto en pequeña escala). Se espera también que los factores de voz y discrecionalidad interactúen en toda una gama de resultados. En teoría, cuatro situaciones posibles son pertinentes a nuestro análisis (Cuadro 2.3). Aun cuando dos de ellas (voz alta con escasa discrecionalidad y voz baja con amplia discrecionalidad) son inequívocas en cuanto a sus efectos en la rendición de cuentas, las otras dos tienden a revestir interés máximo, porque hacen posible evaluar el peso diferencial de la voz y las interacciones jerárquicas.

La evidencia en los hospitales municipales

Este estudio se basa en datos de una encuesta realizada en hospitales municipales en noviembre de 1998. Se investigaron 30 hospitales de 24 municipios en lo referente a cobros informales, fijación de precios de insumos y opiniones sobre ausentismo, hurto de suministros y equipo, y uso impropio de instalaciones públicas.¹ La muestra se seleccionó en dos etapas: en primer lugar, se clasificó a los municipios según un índice de discrecionalidad administrativa, según lo informado en el Censo de Gobiernos Municipales

¹ La encuesta fue realizada por Encuestas y Estudios, filial de Gallup Polls en Bolivia.

Cuadro 2.3 Hipótesis sobre los resultados basada en la voz y la discrecionalidad

	Voz	
	Débil	Fuerte
Discrecionalidad administrativa:		
Estrecha	+/- Rendición de cuentas Depende de incentivos operativos: Proveedor de servicios "pasivo" Usuario de servicios "pasivo"	+ Rendición de cuentas Incentivos ascendentes y descendentes fuertes para la rendición de cuentas pública
Amplia	- Rendición de cuentas Incentivos ascendentes o descendentes débiles para la rendición de cuentas pública	+/- Rendición de cuentas Depende de los incentivos para los agentes: Proveedor de servicios "activista" Usuario de servicios "activista"

de 1997. Los sistemas de "gran" discrecionalidad fueron definidos por la ausencia de: 1) un sistema de contratación competitivo, 2) un sistema de planificación de inversión, y 3) un sistema de auditoría interna. Los municipios de "gran" discrecionalidad fueron definidos por la presencia de uno o más de estos índices. En segundo, 12 municipios con "gran" discrecionalidad y 12 con "poca" discrecionalidad fueron seleccionados para sondear tres conjuntos de municipios situados en los alrededores de las ciudades de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz. La muestra final comprendió 30 hospitales municipales. De las instituciones examinadas, 28 eran hospitales municipales de nivel II encargados de cuatro áreas de atención de la salud: medicina general, cirugía, pediatría y ginecología. Dos hospitales eran de nivel III, en el cual se prestan servicios más especializados (las características generales de la muestra se reseñan en el Cuadro 2.4).

Aunque la muestra sólo cubre alrededor de una sexta parte de todos los hospitales de nivel II, en ella están representados casi dos tercios de las enfermeras, la mitad de los médicos y un tercio de la capacidad de camas de los hospitales de servicios básicos del país.

Los datos de encuesta referentes a los hospitales de la muestra se obtuvieron de cuatro fuentes distintas: pacientes (301 observaciones), enferme-

Cuadro 2.4 Características de los hospitales de servicios básicos (nivel II) en Bolivia

	Hospitales de nivel II	Camas disponibles	Médicos	Enfer- meras	Personal admin.
Universo	188	2.985	434	689	433
Muestra	30	853	220	405	173
El Alto	1	52	18	14	12
Achacachi	1	15	5	8	8
Patacamaya	1	4	3	11	1
Viacha	1	30	4	20	3
Montero	1	56	9	20	8
Punata	1	32	9	11	14
Quillacollo	1	27	7	10	7
Capinota	1	22	5	6	4
Sipe Sipe	1	16	2	7	1
Tiquipaya	1	12	1	2	0
Copacabana	1	12	2	4	2
Pucarani	1	9	3	10	4
Sacaba	1	6	4	4	3
Ayo Ayo	1	10	1	0	2
Mineros	1	6	3	11	7
Batallas	1	12	3	5	2
San Carlos	1	47	5	11	7
El Torno	1	14	1	6	1
Yapacani	1	3	1	0	0
Cotoca	1	18	4	5	3
Buena Vista	1	12	3	7	2
La Paz*	3	189	57	72	32
Cochabamba*	3	96	32	81	24
Santa Cruz	3	153	38	60	26

Fuentes: Censo Municipal, Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación, y Ministerio de la Hacienda (1999); Secretaría Nacional de Salud—DOSSME (1997).

Nota: En La Paz y Cochabamba, también se muestreó un hospital de nivel III (servicios generales), junto con dos de nivel II (servicios básicos).

ras (60 observaciones), médicos (55 observaciones) y administradores de hospitales (24 observaciones). Los datos administrativos y de participación ciudadana del Censo Municipal de 1998 sirvieron también para construir variables explicativas en los controles jerárquicos y los de voz y salida.

Percepciones sobre la corrupción

Se reunieron tres tipos de percepciones sobre este problema. En primer lugar, se pidió a pacientes, médicos y enfermeras que calificaran a varias instituciones del sector salud y otros sectores, en una escala que iba de lo menos a lo más corrupto. A partir de esa información, que incluía evaluaciones de los pacientes acerca de su propio sitio de trabajo, puede compararse el desempeño de una variedad de instituciones del sector público. En segundo, se pidió a los mismos grupos que evaluaran un conjunto de prácticas corruptas, la mayoría de las cuales se referían a servicios de salud. Por último, se pidió a médicos y a enfermeras que calificaran la frecuencia de prácticas corruptas dentro de su propio lugar de trabajo. Esta parte comprendió su evaluación de ausentismo, hurto y mal uso de instalaciones públicas para beneficio privado. Para medir si la incidencia estaba ascendiendo, descendiendo o estable, se pidió a pacientes, médicos y enfermeras que compararan entre la corrupción pasada y la presente en el sector salud.

Los resultados de la comparación entre el sector salud y otros, por parte de pacientes, enfermeras y médicos, se resumen en el Cuadro 2.5. Se observa un patrón general con respecto a las comparaciones entre los grupos: la policía y las aduanas se perciben como las instituciones más corruptas, mientras que la Iglesia, escuelas y hospitales públicos se juzgan como los menos corruptos. En una escala de 1 (nunca corrupta) a 5 (siempre corrupta), los pacientes califican con 1,83 la corrupción relacionada con la Iglesia, 2,62 la de escuelas públicas y 2,63 la de los hospitales públicos.

El desglose de las comparaciones por grupo indica que los pacientes consideran a la policía y las aduanas como las instituciones más corruptas y la Iglesia y los hospitales públicos como las menos. Por otro lado, a diferencia de los pacientes, los médicos consideran más corruptas a la policía, las aduanas y la presidencia. El ministerio de salud es calificado con 2,64 por las enfermeras, 2,84 por los pacientes y 3,48 por los médicos. El ministerio es considerado como “siempre” corrupto por 18% de los médicos, 17% de las enfermeras y 6% de los pacientes, mientras que la submuestra

Cuadro 2.5 Frecuencia percibida de corrupción en instituciones bolivianas (%)

¿Con qué frecuencia hay corrupción en ... ?	Nunca	Poco	Algo	Mucho	Siempre	Sin respuesta	Total	Calif. promedio
Según los pacientes:								
Presidencia	1,7	4,7	10,3	33,9	24,6	24,9	100	4,00
Aduanas	1,0	3,7	9,0	29,6	38,9	17,9	100	4,24
Corte suprema	3,3	7,0	9,6	25,3	25,3	29,6	100	3,88
Gobierno municipal	2,7	6,3	16,9	31,2	28,6	14,3	100	3,89
Servicios públicos	7,0	17,9	19,9	15,0	8,6	31,6	100	3,00
Escuelas públicas	14,6	19,6	32,9	11,0	3,3	18,6	100	2,62
Policía	1,7	3,0	11,0	24,3	47,8	12,3	100	4,29
Iglesia católica	38,6	15,3	12,0	5,7	1,0	27,6	100	1,83
Ministerio de salud	10,0	17,9	24,6	14,3	6,0	27,2	100	2,84
Hospitales públicos	15,3	25,6	19,9	11,6	7,3	20,3	100	2,63
Según los médicos:								
Presidencia	7,3	1,8	7,3	29,1	40,0	14,6	100	4,08
Aduanas	0,0	0,0	1,8	32,7	58,2	7,3	100	4,60
Corte suprema	1,8	3,6	21,8	34,6	30,9	7,3	100	3,96
Gobierno municipal	0,0	5,5	12,7	38,2	40,0	3,6	100	4,17
Servicios públicos	5,5	14,6	25,5	18,2	18,2	18,2	100	3,35
Escuelas públicas	20,0	21,8	30,9	5,5	7,3	14,6	100	2,51
Policía	1,8	3,6	7,3	21,8	61,8	3,6	100	4,43
Iglesia católica	38,2	21,8	18,2	1,8	1,8	18,2	100	1,86
Ministerio de salud	3,6	9,1	34,6	21,8	18,2	12,7	100	3,48
Hospitales públicos	9,1	30,9	36,4	16,4	1,8	5,5	100	2,69
Según las enfermeras:								
Presidencia	0,0	0,0	13,3	30,0	33,3	23,3	100	4,26
Aduanas	3,3	0,0	6,7	23,3	50,0	16,7	100	4,40
Corte suprema	0,0	3,3	16,7	26,7	30,0	23,3	100	4,09
Gobierno municipal	0,0	3,3	23,3	20,0	46,7	6,7	100	3,48
Servicios públicos	6,7	13,3	30,0	6,7	16,7	26,7	100	3,18
Escuelas públicas	20,0	20,0	23,3	10,0	3,3	23,3	100	2,43
Policía	6,7	0,0	6,7	20,0	50,0	16,7	100	4,28
Iglesia católica	53,3	16,7	3,3	3,3	0,0	23,3	100	1,43
Ministerio de salud	23,3	13,3	23,3	16,7	6,7	16,7	100	2,64
Hospitales públicos	16,7	23,3	33,3	13,3	13,3	0,0	100	2,83

Fuente: Encuesta de Hospitales Municipales. (Encuestas y Estudios, 1998.)

Notas: Los porcentajes no suman 100 a causa del redondeo. "Calificación promedio" es un promedio ponderado, donde 1 = "nunca", 2 = "poco", 3 = "algo", 4 = "mucho", 5 = "siempre", y "sin respuesta" se descarta.

Cuadro 2.6 Incidencia percibida de prácticas corruptas en el sector público (%)

¿Con qué frecuencia ocurren estos actos?	Nunca	Poco	Algo	Mucho	Siempre	Sin respuesta	Total	Calif. promedio
Según los pacientes:								
Sobornos (papeleo)	1,3	5,6	18,3	33,6	26,3	15,0	100	3,91
Obras públicas municipales	2,0	6,0	20,9	26,3	20,3	24,6	100	3,75
Hurto en los municipios	2,3	8,3	21,6	24,3	20,9	22,6	100	3,68
Ausentismo municipal	4,7	12,0	23,9	17,9	9,6	31,9	100	3,23
Sobornos (hospitales)	16,3	20,3	20,9	17,3	6,0	19,3	100	2,71
Según los médicos:								
Sobornos (papeleo)	0,0	1,8	14,6	38,2	43,6	1,8	100	4,26
Obras públicas municipales	1,8	5,5	18,2	30,9	36,4	7,3	100	4,02
Hurto en los municipios	0,0	14,6	14,6	27,3	25,5	18,2	100	3,77
Ausentismo municipal	3,6	12,7	34,6	23,6	9,1	16,4	100	3,26
Sobornos (hospitales)	25,5	21,8	21,8	18,2	7,3	5,5	100	2,57
Según las enfermeras:								
Sobornos (papeleo)	0,0	6,7	0,0	43,3	33,3	16,7	100	4,24
Obras públicas municipales	0,0	6,7	16,7	26,7	30,0	20,0	100	4,00
Hurto en los municipios	0,0	6,7	16,7	33,3	16,7	26,7	100	3,82
Ausentismo municipal	6,7	33,3	10,0	23,3	13,3	13,3	100	3,04
Sobornos (hospitales)	40,0	16,7	3,3	20,0	3,3	16,7	100	2,16

Fuente: Encuesta de Hospitales Municipales. (Encuestas y Estudios, 1998.)

Notas: Los porcentajes no suman 100 a causa del redondeo. "Calif. promedio" es un promedio ponderado, donde 1 = "nunca", 2 = "poco", 3 = "algo", 4 = "mucho", 5 = "siempre", y "sin respuesta" se descarta.

más grande de entrevistados (25% de pacientes, 35% de los médicos y 23% de enfermeras) valoran al ministerio como "a veces" corrupto. Dado el contexto boliviano, resulta especialmente pertinente la percepción del desempeño de los gobiernos municipales. Fueron calificados con 4,17 por los médicos, 3,89 por los pacientes y 3,48 por las enfermeras, y considerados "siempre" corruptos por 29% de los pacientes, 40% de los médicos y 47% de las enfermeras, lo que pinta un cuadro relativamente desolador después de las reformas de descentralización.

También se pidió a los entrevistados que tasaran la frecuencia de prácticas corruptas dentro del sector público (véase Cuadro 2.6). Se juzgaron muy frecuentes los sobornos relacionados con el papeleo burocrático (pun-

tuaciones promedio, 4,26 de médicos, 4,24 de enfermeras y 3,91 de pacientes), seguidos de la corrupción en obras públicas (puntuaciones de 4,02; 4,00 y 3,75, respectivamente) y hurto de suministros y equipo en los municipios (puntuaciones de 3,77; 3,82 y 3,68, respectivamente). Los médicos son en general más críticos que los pacientes respecto a la corrupción del sector público. Hasta 44% de aquéllos opinan que los sobornos por papeleo burocrático ocurren “siempre”, en comparación con 33% de las enfermeras y 26% de los pacientes. Además, 36% de los médicos señalan que la corrupción en obras públicas ocurre “siempre”, en comparación con 30% de enfermeras y 20% de pacientes. Las acciones corruptas menos frecuentes, según los entrevistados, son los sobornos en hospitales (puntuaciones de 2,57 por los médicos, 2,16 por las enfermeras y 2,71 por los pacientes) y el ausentismo en los municipios (puntuaciones de 3,26; 3,04 y 3,23, respectivamente). Las frecuencias más altas de “sin respuesta” provienen de los pacientes (32% en ausentismo municipal, 25% en corrupción en obras públicas) y de las enfermeras (27% en hurto en los municipios).

También se pidió a médicos y enfermeras que evaluaran la frecuencia de actos corruptos dentro de sus sitios de trabajo (véase Cuadro 2.7). Las prácticas más frecuentes identificadas por ambos grupos fueron el hurto de suministros de hospitales, la remisión de pacientes a la práctica privada y los cobros por reprogramar las citas para procedimientos. Los médicos dieron a la reprogramación de procedimientos una puntuación de 4,27, seguida de 4,17 al hurto de suministros y 4,04 a la remisión indebida a consultorios privados. Cerca de 49% de los médicos consideran que “siempre” ocurre el cobro por reprogramar procedimientos, seguido de 44% que valoró de igual modo el hurto de suministros. Los médicos consideran menos corrupta la adquisición de suministros médicos (puntuación de 3,22). Las enfermeras, por su parte, consideran como lo más frecuente el hurto de suministros (puntuación de 4,44), seguido de la remisión indebida de pacientes a la práctica privada (puntuación de 4,17). En opinión de las enfermeras, la adquisición de suministros médicos es menos corrupta (puntuación de 2,88), seguida de la de servicios de limpieza (puntuación de 3,52). Las frecuencias más altas de “sin respuesta” por parte de los médicos se refirieron a las preguntas de hurto de suministros (25%) y adquisiciones para la construcción (24%) y, por parte de las enfermeras, las preguntas sobre adquisición de suministros (43%) y reprogramación de procedimientos (37%).

Por último, se pidió a los entrevistados señalar si la corrupción en el

Cuadro 2.7 Percepciones de la incidencia de prácticas corruptas en hospitales públicos (%)

¿Con qué frecuencia ocurren estos actos?	Nunca	Poco	Algo	Mucho	Siempre	Sin respuesta	Total	Calif. promedio
Según los médicos:								
Adquisiciones:								
limpieza	5	9	18	9	40	19	100	3,84
construcción	7	13	18	11	7	24	100	3,50
abasto de alimentos	9	7	22	11	31	20	100	3,59
suministros	9	16	22	13	20	20	100	3,22
Reprogramación de								
procedimientos	0	5	15	16	49	15	100	4,27
Desvío a consulta privada	2	9	11	27	38	13	100	4,04
Hurto de suministros	2	9	7	13	44	25	100	4,17
Según las enfermeras:								
Adquisiciones:								
limpieza	16	7	7	3	37	30	100	3,52
construcción	7	10	7	23	23	30	100	3,66
abasto de alimentos	7	7	17	7	33	30	100	3,76
suministros	17	7	13	7	13	43	100	2,88
Reprogramación de								
procedimientos	7	7	3	7	40	37	100	4,05
Desvío a consulta privada	7	0	13	13	47	20	100	4,17
Hurto de suministros	3	7	7	17	50	17	100	4,44

Fuente: Encuesta de Hospitales Municipales. (Encuestas y Estudios, 1998.)

Notas: los porcentajes no suman 100 a causa del redondeo. "Calif. promedio" es un promedio ponderado, donde 1 = "nunca", 2 = "poco", 3 = "algo", 4 = "mucho", 5 = "siempre", y "sin respuesta" se descarta.

sector salud era mayor o menor que en otras instituciones sociales, y establecer si se había incrementado durante los pasados cinco años, después de la aplicación de las reformas de descentralización (véase Cuadro 2.8). La mitad de los pacientes respondieron que la corrupción es menos frecuente en el sector salud que en cualquier otra parte en sociedad y 42% también consideran que la frecuencia ha disminuido. Cuando se preguntó si la corrupción del sector salud era mayor o menor que la presente en su propio sitio de trabajo, el mayor grupo de pacientes (44%) prefirió no contestar.

Cuadro 2.8 Corrupción del sector salud en comparación con otros sectores y en el tiempo (%)

¿Cómo es la corrupción actual del sector salud comparada con . . . ?	Mayor	Igual	Menor	No hay	No sé	Total
Según los pacientes:						
Otras instituciones sociales	4,0	21,6	50,2	0,0	24,3	100
Su sitio de trabajo	5,9	17,7	32,9	0,0	43,5	100
Hace cinco años	13,6	22,6	41,5	0,0	22,3	100
Según los médicos:						
Otras instituciones sociales	23,6	1,8	63,6	7,3	3,6	100
Hace cinco años	36,4	20,0	34,6	5,5	3,6	100
Según las enfermeras:						
Otras instituciones sociales	0,0	6,7	73,3	13,3	6,7	100
Hace cinco años	16,7	23,3	36,7	10,0	13,3	100

Fuente: Encuesta de Hospitales Municipales. (Encuestas y Estudios, 1998.)

Nota: los porcentajes no suman 100 a causa del redondeo.

Casi dos tercios de los médicos juzgaron que la corrupción es abrumadoramente menos frecuente en el sector salud que en otras partes de la sociedad y se dividieron de manera uniforme en cuanto a si la corrupción se ha acrecentado o ha disminuido durante los pasados cinco años. Cerca de 7% consideraron que el sector salud estaba absolutamente libre de corrupción. Las enfermeras son aún más optimistas. Cerca de 73% dice que la corrupción del sector salud es menos frecuente que en otras instituciones sociales. La mayor submuestra de enfermeras (37%) consideró que la corrupción del sector salud había disminuido en los pasados cinco años.

Las opiniones revisadas en esta sección retratan un cuadro comparativamente benigno de corrupción en el sector salud. La mayoría de los entrevistados sugiere que éste es uno de los tres menos corruptos de una lista de otras diez instituciones públicas y privadas. Cuando se les pidió evaluar la frecuencia de actos corruptos en el sector público, la mayoría de los entrevistados calificaron de muy frecuente la corrupción relacionada con el papaleo burocrático y con las obras públicas. Dentro del propio sector salud,

médicos y enfermeras señalan como lo más destacado el hurto de suministros médicos, la remisión indebida de pacientes al sector privado y los cobros por reprogramar procedimientos. Por último, la mayoría de los entrevistados considera que la corrupción relacionada con la salud ha disminuido durante los últimos cinco años. Los pacientes son particularmente optimistas sobre las mejoras recientes. En términos más generales, 65% de los médicos, 72% de pacientes y 80% de las enfermeras piensan que la corrupción en el sector salud presenta niveles más bajos o iguales que otras instituciones sociales.

Determinantes de los cobros informales

La “informalidad” de los cobros informales es difícil de conceptuar, ya no se diga de medir. Puesto que no todos los cobros informales son inmorales o ilegales (algunos pueden complementar el tratamiento médico comenzado en otra parte; otros pueden considerarse como propinas *ex post* por servicio), este análisis se dirige hacia aquellas formas que son ilegales y están explícitamente proscritas por la legislación existente y por reglamentos administrativos del Seguro Materno-Infantil. Se reunió información sobre cobros informales relacionados con la hospitalización, cirugía, medicamentos, materiales y suministros, estudios de laboratorio, radiografías y otros servicios cubiertos por el Seguro. Al restringir el análisis a este subconjunto, la variable dependiente medirá sólo los cobros informales ilegales y, por consiguiente, no captará otras formas de cobros subrepticios (bajo la mesa) que pueden esquivar la distinción entre las normas éticas y las reglas y reglamentos formales. Los autores estiman que este indicador está infravalorando la magnitud de los pagos informales que hacen los pacientes a los proveedores de servicios.

El dato más importante es que cerca de 40% de los pacientes examinados (112 de 281) informaron estar haciendo pagos ilegales en alguno de los tres subprogramas del Seguro. Cerca de dos tercios de los entrevistados consideraron a los hospitales menos o igualmente propensos a la corrupción que otras instituciones en la sociedad, por lo que este resultado lleva a suponer un grado alto de tolerancia al soborno en pequeño. En otras palabras, si 40% de los entrevistados pagaban sobornos y aún así consideraron que los hospitales eran menos corruptos que otras instituciones sociales, el dato debe reflejarse muy débilmente en esas otras instituciones.

¿Sirve la voz ciudadana para prevenir la corrupción? El análisis supone que esa voz debe refrenar la corrupción al incrementar la probabilidad de que los cobros ilegales sean descubiertos, aumentando así el costo esperado de la malversación. También es de esperar que los controles jerárquicos que descubran y sancionen la corrupción refrenarán la criminalidad pública. En principio, los controles jerárquicos pueden analizarse a muchos niveles de agregación (controles hospitalarios y municipales auditorías a ministerios y a contralores, tribunales de justicia administrativos y civiles, y así sucesivamente). Este estudio se enfoca exclusivamente en los controles jerárquicos de nivel municipal relacionados con la administración del hospital local.

Se introdujeron otras tres características técnicas para probar si factores jerárquicos o de voz y salida podían explicar los cobros informales ilegales (véase Cuadro 2.9). La primera especificación es una regresión de cuadrados mínimos ordinarios (OLS, *ordinary least squares*) que mide el impacto de las variables jerárquicas y de voz en la cantidad cobrada, después de someter a control las características individuales y del ámbito municipal. Los segundos controles de regresión de OLS respecto a heteroscedasticidad (aplicando errores estándar potentes) y por el sesgo de agregación (agrupando observaciones individuales en los agregados municipales) causado por el uso de datos multinivel agrupados en la misma regresión. La tercera especificación es una regresión de tipo tobit (modelo con variable dependiente limitada) que controla la censura de cota inferior de los cobros ilegales. Cabe suponer que es mejor especificar el tobit para comprobar la relación empírica, porque una combinación de voz y controles jerárquicos podría ofrecer más protección que la necesaria contra la corrupción, y no por ello los cobros ilegales disminuirían a menos de 0.

Las especificaciones de OLS hacen suponer tres resultados principales. En primer lugar, el nivel de pobreza del municipio y las horas de espera del paciente se correlacionan significativamente con los cobros informales. Es decir, cuanto más alta sea la tasa de pobreza tanto más bajo será el cobro, y cuanto más sean las horas de espera tanto más alto será también aquél. En segundo, después de controlar las características individuales y de los municipios, el activismo de las juntas ciudadanas de salud, representado por la participación de los DILOS comunitarios en el planeamiento municipal conjunto, se correlaciona en grado significativo con cobros más bajos. Aunque las variables, tanto de voz como de salida,

Cuadro 2.9 Determinantes de los pagos informales ilegales

	(1)		(2)		(3)	
	OLS	P > t	OLS ajustado	P > t	Tobit censurado	P > t
Variables de control						
Tasa de pobreza en municipios	-1,23	0,017	-1,23	0,003	-6,68	0,000
Al paciente le han dicho del Seguro	-0,17	0,523	-1,79	0,080	-0,37	0,537
El paciente esperó más de 4 horas	27,20	0,000	27,20	0,004	59,54	0,000
Controles jerárquicos						
Contratación competitiva en municipios	-3,32	0,716	-3,32	0,789	-54,42	0,021
Supervisión de empleados municipales	-15,37	0,223	-15,37	0,164	-14,41	0,668
Voz y salida						
Voz: los DILOS son activos en el proceso de planificación anual	-26,91	0,002	-26,91	0,004	-144,82	0,000
Salida: competencia de otros proveedores	-0,01	0,000	-0,00	0,000	-73,27	0,063
Constante	12,11		12,11		183,90	
Núm. de observaciones	281		281		281	
Agregados	0		24		11	
Seudo-R ²	0,134		0,159		0,045	

Fuente: Encuesta de Hospitales Municipales. (Encuestas y Estudios, 1998.)

Notas: la variable dependiente son los pagos informales (en bolívares) informados por las pacientes que recibieron servicios en el Seguro Materno-Infantil, incluidos los pagos en el hospital por servicios en internación, cirugía, medicamentos, materiales y suministros, estudios de laboratorio y radiografías. Se descartan cuotas voluntarias y pagos fuera del hospital. La tasa de pobreza del municipio se mide por el índice de necesidades básicas.

son estadísticamente significativas, sólo la primera muestra un coeficiente que no es despreciable. Después de someter a control un conjunto de factores individuales y municipales, la existencia de una junta ciudadana activa en aspectos de salud impide cobros informales por Bs (bolívares) 26 (cerca de US\$4,33). El tercer resultado es que las variables de control jerárquico (un sistema de contratación competitivo y un sistema de supervisión del personal) guardan una correlación negativa con cobros informales, aunque son menos significativas que las variables de voz y sa-

lida. Los controles jerárquicos parecen menos importantes para refrenar la corrupción que estas últimas variables.

El modelo tobit corrobora los resultados de regresión de OLS, pero sugiere que el impacto de las variables de voz y salida es mayor una vez que se controla la censura de cota inferior. Después de controlar un conjunto de características individuales y municipales, el activismo de las juntas ciudadanas (DILOS) explicaría Bs 144 menos de cobros informales (unos US\$24). El acceso a un proveedor privado de servicios de salud también disminuye en un promedio de Bs 73 (US\$12) la cantidad de cobros informales. Conforme al modelo tobit, una variable de control jerárquico —un sistema de contratación competitivo— es útil como disuasivo de la corrupción, mientras que el otro —un sistema de administración de personal— se mantiene estadísticamente no significativo.

Todas las características técnicas sugieren que las variables de voz y salida guardan una relación negativa significativa con los cobros informales, una vez que se tienen en cuenta variables de control, tanto jerárquicas como de otro tipo. Según lo sugiere la investigación reciente sobre voz y salida, la opción de voz tiende a ser más significativa cuando los usuarios de servicios entran en contacto directo con sus proveedores, lo que incrementa la probabilidad de detección (Bossert, 1997). La trascendencia de la opción de salida señala también la importancia de la competencia para reducir la corrupción en el sector público (Ades y Di Tella, 1997; Ades y Di Tella, 1995). Cuando los proveedores públicos enfrentan la competencia de proveedores privados y dependen de la recuperación de los costos por usuario para el financiamiento recurrente, la salida eleva eficazmente el costo del incumplimiento. ¿Qué tan eficaz es la opción de voz? Mientras que el promedio de los cobros informales es de Bs 40 (US\$6,67) por cada usuario de servicios, un mecanismo de voz puede explicar Bs 27 (US\$4,50) por cada usuario (unos dos tercios del promedio). La encuesta de pacientes beneficiarias del Seguro Materno-Infantil sugeriría que la opción de voz es un disuasivo poderoso de los cobros informales ilegales.

Determinantes del sobreprecio de insumos

El análisis de precios de los suministros constituye un recurso más directo para medir el grado de conducta corrupta o particularista en el sector salud. Se recabaron los precios de cuatro insumos relativamente homogéneos y de

Cuadro 2.10 Variaciones en los precios de suministros médicos pagados por los hospitales bolivianos (bolívares, 1998)

	N	Min.	Max.	Media	Varianza
Solución glucosada al 5%	24	2,04	8,75	6,39	3,75
Solución salina normal	18	1,20	18,50	7,64	6,02
Algodón absorbente	16	0,80	28,60	15,64	65,24
Alcohol etílico	13	1,30	8,00	5,39	3,11

Fuente: Encuesta de Hospitales Municipales. (Encuestas y Estudios, 1998.)

Nota: El tipo de cambio aproximado en 1998 era de US\$1 = Bs 6.

uso común: solución de glucosa al 5%, solución salina normal, algodón absorbente y alcohol etílico.² Aunque los precios de los insumos son establecidos nominalmente por el ministerio de salud, muestran variaciones amplias (Cuadro 2.10). Si bien el precio oficial de la glucosa, por ejemplo, se ha fijado en Bs 5 por litro, los recibos oficiales de 24 municipios muestran una diferencia de precios de bajo a alto de Bs 2,04 a Bs 8,75. Parte de esta variación se debe tal vez a prácticas de sobreprecio a nivel municipal. Para probar esta hipótesis y evaluar los determinantes de las variaciones en los precios, se aplicaron regresiones alternativas a la razón entre los precios reales pagados por hospitales y los precios oficiales de los suministros. Para los propósitos del análisis econométrico, se utilizaron las diferencias de precios de la glucosa, porque se tenían más datos sobre este artículo que sobre otros.

Dos regresiones de OLS permiten medir los efectos de las características del administrador y de la presencia o ausencia de controles jerárquicos y de voz ciudadana, en los precios de suministros (Cuadro 2.11). Las variables que mejor explican la variación de estos precios se relacionan con las características personales del administrador del hospital (cargo, escolaridad) y los recursos de voz (los DILOS).

Cuando el administrador lleva más tiempo en su puesto, la razón entre los precios reales y los oficiales tiende a ser más baja. Es posible que los administradores más experimentados sepan negociar mejor los precios o

² Los precios se copiaron de recibos oficiales proporcionados por los administradores de hospitales municipales. Luego se estandarizaron para obtener unidades de análisis comparables.

respetar mejor las políticas. De otra manera, en un contexto de administración politizada y de gran discrecionalidad, una mayor antigüedad en el puesto podría ser indicativa de una mayor seguridad en el cargo y de prácticas institucionalizadas de corrupción.

Sin embargo, los resultados sobre escolaridad suponen problemas mayores. Al controlar otros factores, el modelo revela que la escolaridad se correlaciona positivamente con el sobreprecio. El signo positivo sugeriría que los administradores con alta escolaridad tienen mayor probabilidad de cometer fraude y son quizá más eficientes para ocultar los abusos. Si esto fuera verdad, sugiere que, dada la estructura actual de incentivos, las políticas encaminadas a la contratación de administradores más calificados promoverían, más que refrenar, la corrupción en el sector público.

¿Son los problemas operativos el elemento impulsor que lleva a este resultado? Aun cuando se esperaba que la supervisión del personal y el acceso a los centros de distribución locales tuvieran una correlación negativa significativa con el pago de sobreprecios de los insumos, los resultados respecto a estas variables de control jerárquico no fueron concluyentes. La supervisión del personal mostró sólo una correlación débil con la práctica de sobreprecio y la presencia de un centro local de distribución de insumos no fue significativa en absoluto. La única otra variable significativa, en correlación negativa, fue la voz (DILOS). La presencia de una junta ciudadana de salud activista es, de hecho, el disuasivo más importante del pago de sobreprecios por insumos. La voz ciudadana explica cerca de 40% de la variación entre los precios reales y los oficiales. Otras variables de control no fueron significativas para explicar variaciones en los precios de los insumos.

¿Qué función cumplen los mecanismos de voz en cuanto a reprimir el fraude oculto? Al controlar las características del administrador y las variables de control jerárquico, las estimaciones indican que los mecanismos de voz son notablemente eficaces. El activismo ciudadano explica cerca de 40% de la variación entre los precios oficiales y los precios de compra. Dados los bajos niveles de valor significativo de las variables de control jerárquico, quizá la pregunta más pertinente será: ¿qué tanto contribuyen los controles administrativos a refrenar y castigar las acciones corruptas? El análisis sugiere responder con reservas. Aun cuando las variables de control jerárquico no guardan correlación significativa con la disuasión de los actos corruptos, la antigüedad del administrador en el puesto resulta tener una correlación significativa negativa con el sobreprecio. En la medida en que la antigüedad en

Cuadro 2.11 Determinantes de los precios de suministros

	(1)	<i>P</i> > t	(2)	<i>P</i> > t
Variables de control				
Antigüedad del administrador (años)	-0,014	0,007	-0,015	0,010
Escolaridad del administrador (años)	0,016	0,033	0,016	0,039
Tasa de pobreza del municipio	-0,006	0,242	-0,005	0,416
Variables jerárquicas				
Sistema de supervisión del personal	-0,345	0,202	-0,372	0,103
Centro de distribución municipal			0,092	0,674
Variables de voz y salida				
DILOS activo en el proceso				
de planificación anual	-0,426	0,040	-0,404	0,064
Comité de supervisión activo en				
el proceso de planificación anual			0,203	0,345
Constante	2,057		1,932	
Núm. de observaciones	24		24	
R ² ajustada	0,303		0,270	

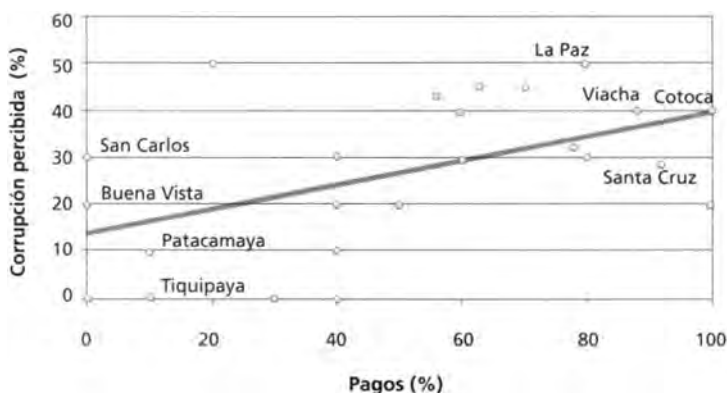
Fuente: Encuesta de Hospitales Municipales. (Encuestas y Estudios, 1998.)

Notas: La variable dependiente es la razón entre el precio pagado por los hospitales y el precio oficial de la solución de glucosa al 5%, el primero estandarizado por volumen de compra y el segundo proporcionado por el ministerio de salud. La tasa de pobreza del municipio se mide por el índice de necesidades básicas.

el puesto representa la estabilidad institucional, los factores que promueven la estabilidad del empleo pueden considerarse disuasivos adicionales de las prácticas corruptas. El bajo valor de R^2 en ambas especificaciones sugiere también que queda mucho por explicar en este modelo, incluidos los disuasivos políticos y administrativos de la corrupción al trascender el nivel local (controles prefecturales o del ministerio rector).

Comparaciones entre datos duros y blandos

En muchos de los estudios sobre transparencia y rendición de cuentas se han analizado datos derivados de encuestas y sondeos de opinión pública.

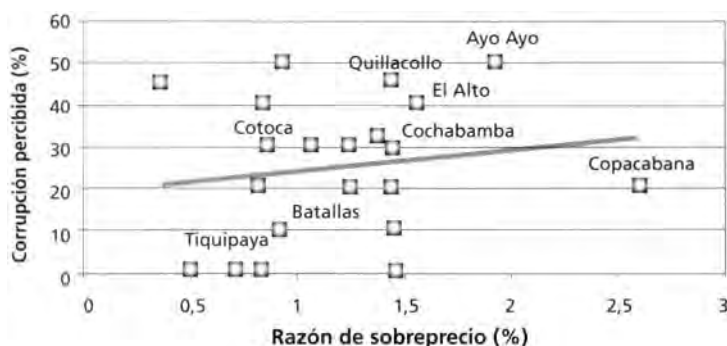
Gráfico 2.1 Correlación entre los pagos informales y la corrupción percibida

Notas: "Corrupción percibida" se refiere a la proporción de usuarios de servicios que consideraron la corrupción hospitalaria como mayor o igual que en cualquier otra parte de los sectores público o privado; "pagos" se refiere a la proporción de usuarios de servicios que informaron hacer pagos informales ilegales.

Pocas investigaciones han recopilado datos empíricos acerca del alcance y determinantes de la corrupción; aún menos han comparado ambos tipos de datos dentro de la misma muestra. Esta subdivisión compara los índices "duros" y "blandos" de la corrupción en los municipios. Los que presentan niveles altos de corrupción, según se reflejan en los cobros informales y el sobreprecio de insumos, se comparan con aquellos donde la corrupción fue considerada alta en encuestas de usuarios de los servicios.

La correlación entre cobros informales y la corrupción percibida es positiva en un grado significativo (0,551). En términos generales, la percepción de que los hospitales son más (o igual de) corruptos que otras instituciones de los sectores público o privado se correlaciona positivamente con una mayor incidencia de cobros informales. La mayor incidencia de corrupción real y percibida se observa en las capitales de los estados y en municipios relativamente grandes; las más débiles, en municipios rurales pequeños (Gráfico 2.1). ¿Cómo se explica este patrón? Una posibilidad es que las percepciones y actos de corrupción son muy sensibles a la escala de provisión de servicios de salud. Aunque los hospitales de la presente muestra tienen aproximadamente el mismo tamaño, las pruebas sugieren que los más gran-

Gráfico 2.2 Correlación entre el sobreprecio de insumos y la corrupción percibida



Notas: “Corrupción percibida” se refiere a la proporción de usuarios de servicios que consideraron la corrupción hospitalaria como mayor o igual que en cualquier otra parte de los sectores público o privado; “razón de sobreprecio” se refiere a la razón entre el precio real pagado y el precio oficial de la solución de glucosa al 5% (ajustada en volumen).

des presentan una incidencia más alta de corrupción, tanto real como percibida. Una segunda posibilidad es que el mercado de los cobros informales —en contraste, por ejemplo, con el mercado de hurto o sobreprecio de insumos— sea más sensible al efecto de “hospital grande”. Esto explicaría las diferencias considerables que se aprecian entre los cobros informales en hospitales de un solo médico (donde son muy infrecuentes) y las organizaciones jerárquicas de niveles múltiples (donde son más significativos). Los problemas operativos, reforzados por el tamaño, podrían ser los principales culpables.

Una correlación más débil, pero también positiva (0,214), se encontró entre el sobreprecio de insumos y la corrupción percibida. La opinión de que los hospitales son por lo menos tan corruptos como otras instituciones de los sectores público o privado se correlaciona positivamente con el grado de variaciones en los precios de la glucosa y la solución salina normal. La distribución de la corrupción real y percibida no es tan dependiente del tamaño del hospital como lo son los cobros informales. Los resultados sobre corrupción real y percibida están dispersos por igual para los hospitales grandes y los pequeños (Gráfico 2.2). ¿Cómo explicar este resultado? Según se

estableció en la sección anterior, la naturaleza oculta del abuso sugiere que la administración competente del personal, las licitaciones públicas y las auditorías son más importantes que el tamaño del hospital como factores disuasivos de la práctica de sobreprecio. El contraste más pertinente, en este caso, se produce entre las administraciones municipales de gran discrecionalidad y a menudo politizadas y las que no tienen estas características.

¿Qué puede concluirse de estas comparaciones de datos duros y blandos? Las correlaciones positivas sugieren que las percepciones de corrupción generalmente reflejan las pruebas duras disponibles acerca de la corrupción en el sector público. Sin embargo, cabe advertir que, en el caso de servicios en los que los usuarios participan directamente, la correlación es más alta que cuando los actos apoyados en la discrecionalidad pasan inadvertidos. Como se sugirió, el uso de la voz ciudadana probablemente se correlacionará con percepciones públicas de perversidad. Cuanto mayor sea la percepción de corrupción, tanto más probable será que los ciudadanos hagan uso de los mecanismos de voz y de vigilancia de la provisión de servicios públicos. En términos más generales, las comparaciones de datos duros y blandos resultan tranquilizadoras. Los análisis basados en sondeos y encuestas de opinión pública son, en este renglón, congruentes con las pruebas disponibles sobre prácticas corruptas: a mayor corrupción, mayor percepción de ésta.

Conclusiones

En este capítulo se ha abordado el alcance y los determinantes de la corrupción en el sector de salud pública de Bolivia. Se ha definido la corrupción en su sentido amplio, para significar el uso o la apropiación de recursos públicos para beneficio privado. La política de transparencia, rendición de cuentas y corrupción ha adquirido gran notoriedad, pero pocos esfuerzos empíricos se han dedicado a conocer los mecanismos institucionales que restringen o alientan las prácticas de corrupción pública. En este análisis de los hospitales municipales de Bolivia se ha empleado un modelo simple para explicar los posibles efectos de controles jerárquicos (principalmente administrativos) y mecanismos de voz (basados ante todo en el mercado) en la corrupción que se registra en el ámbito de los hospitales.

¿Qué tan significativa es la corrupción del sector salud en Bolivia y

qué factores explican las prácticas de corrupción pública? La encuesta entre pacientes, médicos y enfermeras de 30 hospitales municipales demostró que las percepciones de la corrupción en el sector salud califican bien en comparación con otras instituciones de los sectores público y privado. La mayoría de los entrevistados opina que los hospitales públicos están entre las instituciones menos corruptas, junto a las escuelas públicas y la Iglesia católica. Cuando se les pidió evaluar la frecuencia de actos corruptos en el sector público, la mayoría de los entrevistados identificó la corrupción relacionada con el papeleo administrativo y las obras públicas como la más frecuente. Dentro del sector salud en sí, médicos y enfermeras señalan el hurto de suministros médicos, la remisión indebida de pacientes y el cobro por reprogramar procedimientos como muy destacados. Por último, la mayoría de los entrevistados considera que la corrupción en el sector salud ha disminuido en los últimos cinco años. Los médicos se muestran más críticos de la corrupción del sector salud, mientras que los pacientes lo son menos. Esta valoración descriptiva sienta las bases para un análisis de los determinantes de la corrupción dentro del sector de salud pública.

En primer término, se examinaron el alcance y los determinantes de los cobros informales a los proveedores de servicios. A pesar del cuadro relativamente optimista que ofrece la opinión pública, el estudio demuestra que cerca de 40% de los pacientes hicieron pagos informales ilegales a los administradores y proveedores de servicios del Seguro Materno-Infantil. Al controlar los niveles de pobreza de los municipios y las horas de espera de los pacientes, cuatro variables resultaron significativas para explicar las variaciones en los cobros dentro de especificaciones distintas: el grado de activismo de la junta ciudadana local de salud (-), la existencia de otros proveedores de salud en el sector privado (-), la vigilancia administrativa del personal de salud (-) y las prácticas competitivas de contratación (-). Los mecanismos de voz y salida son disuasivos muy importantes de los cobros informales ilegales en el ámbito local. Los estudios publicados sobre el recurso de la voz han puesto de relieve el efecto que la competencia en la provisión de servicios puede ejercer en el desempeño institucional (Paul, 1994; Picciotto, 1997). El presente capítulo sugiere que el recurso de la voz se evalúa mejor si se mantienen fijos los controles jerárquicos más convencionales sobre la responsabilidad de las cuentas públicas. La competencia entre los proveedores de servicios públicos y privados tiende a ser de máxima eficacia para incrementar el costo del incumplimiento cuan-

do los proveedores públicos dependen de la recuperación de los costos por usuario para financiar el servicio.

En segundo lugar, se analizó el alcance y los determinantes del pago de sobrepuestos por insumos en el caso de suministros médicos homogéneos y ampliamente disponibles (solución de glucosa al 5%, solución salina normal, algodón absorbente y alcohol etílico). Los resultados mostraron que, incluso en un sondeo pequeño que abarcó 24 municipios, los precios estandarizados de suministros médicos varían en grado significativo. Al controlar los niveles de pobreza de cada municipio, el análisis de un solo insumo (glucosa al 5%) demostró tres determinantes significativos de la variación de precios: escolaridad del administrador (+), antigüedad en el trabajo (-) y activismo de las juntas de salud (-). En menor grado, la existencia de un sistema de supervisión del personal también refrena la práctica de sobrepuesto (-). El recurso de la voz tuvo una influencia clave en refrenar esta práctica y representó un diferencial de 40% entre los precios oficiales y los de compra. Las pruebas sugieren también, tentativamente, que los regímenes administrativos que promueven las prácticas competitivas y supervisadas de contratación y administración tienden más a reducir el sobrepuesto que los regímenes que se basan en el padrinazgo político y prácticas arbitrarias.

En tercer lugar, se compararon parámetros duros y blandos de la corrupción en el ámbito municipal. Los resultados mostraron correlación positiva entre las percepciones públicas de la corrupción y una incidencia más alta de cobros informales y compra de insumos a sobrepuesto. Cuanto mayor era la corrupción, tanto mayor también resultaba la percepción de ésta. Los niveles altos, reales y percibidos de corrupción tendieron a concentrarse en los municipios más grandes. Los más pequeños, en particular rurales, mostraron niveles bajos de ambos índices. La correlación fue también más alta en el caso de los servicios en que los usuarios participan directamente, que en el de actos de una gran discrecionalidad que pasaban inadvertidas. Como se sugirió, el uso de la voz ciudadana probablemente se correlacionará con la percepción pública de perversidad. Cuanto más percibida sea la corrupción, tanto más probable será que los ciudadanos hagan uso de los recursos de voz y vigilen la provisión de los servicios públicos.

¿Cuáles son las implicaciones de estas observaciones en términos de transparencia, rendición de cuentas y corrupción en el sector de salud pú-

blica? Desde una perspectiva analítica, la medición de las prácticas de corrupción pública debe distinguir entre las instituciones para explicar las peculiaridades de los diversos tipos de conducta corrupta. En el caso boliviano, las características de descentralización y participación pública en el sistema de provisión de servicios de salud se evaluaron a través de un modelo que aplica controles en las limitaciones jerárquicas y las variables de voz y salida. Cuando se compararon las percepciones de grupos distintos respecto a diferentes tipos de prácticas, la propia definición de corrupción fue cuestionada. Aunque no se puso a prueba con los datos disponibles, es probable que el umbral que tiene el público para reconocer la corrupción en pequeño sea relativamente alto en Bolivia. Aun cuando casi 40% de los pacientes consultados reconocían haber hecho algún pago informal (ilegal) de uno u otro tipo, más de dos tercios de pacientes, enfermeras y médicos calificaron al sector salud como igual o menos corrupto que otras instituciones de los sectores público y privado. Sólo 19% de los pacientes, 18% de los médicos y 27% de enfermeras consideraron que la corrupción hospitalaria era generalizada (que los actos corruptos se realizaban “gran parte” o “todo” el tiempo).

Desde una perspectiva de política pública, el presente capítulo ha abordado el asunto específico de la voz ciudadana y la rendición de cuentas públicas. ¿Cuándo sirve la voz como disuasivo de la corrupción en el sector público? Los autores han encontrado que la voz sirve tanto para poner al descubierto el soborno (cuando implica directamente al ciudadano) como para coartar la práctica de comprar a sobreprecio los insumos (caracterizada por fraude oculto dentro de la burocracia del sistema de salud). En ambos casos, la voz requiere el activismo de juntas ciudadanas de salud, representado por la participación de las juntas en la planificación anual, la distribución del presupuesto y la vigilancia participativa. En el caso del soborno, la opción de “salida”, que se manifiesta por la existencia de proveedores de servicios de salud privados, también mostró correlación significativa con la disuasión de la corrupción.

¿Qué tan bien funcionan en realidad los controles jerárquicos que se espera impidan (*ex ante*) y sancionen (*ex post*) la conducta corrupta? A diferencia de la voz, no se obtuvieron pruebas coherentes de que los controles jerárquicos refrenen la corrupción. En el caso del soborno, sólo una variable jerárquica resultó significativa (prácticas de contratación competitiva, al 5%); en el del sobreprecio, prácticamente ninguna (supervisión del personal, al

10%). Las pruebas sobre controles jerárquicos no son concluyentes y la duda se agrava ante el hecho de que ambos modelos explican sólo una proporción pequeña de variación en las variables dependientes clave elegidas. El débil ajuste también puede significar que se omitieron factores políticos y administrativos (a escala prefectural o nacional) que explicarían el impacto general de los controles jerárquicos en la disuasión de los actos corruptivos.

La participación de los ciudadanos en los servicios públicos tiene muchos efectos por encima y más allá de controlar la corrupción; por ejemplo, fomentar el respaldo a los principios democráticos; promover un sentido de propiedad con respecto a la política pública; crear una sociedad más incluyente, y extender la distribución del poder. No obstante, este estudio ha mostrado también que, en términos muy prácticos, el fortalecimiento de la voz ciudadana, el establecimiento de transparencia y el incremento de la rendición de cuentas, pueden reducir el fraude y el abuso. En este sentido, una mayor participación ciudadana está en el núcleo de los esfuerzos por dotar de mayor eficiencia al ejercicio del poder. La voz no es meramente una expresión de libertades básicas; es también un recurso de las instituciones para refrenar la corrupción que deteriora la prestación de servicios sociales.

Salarios, probabilidad de captura y sanción en los hospitales públicos de Venezuela

María Helena Jaén y Daniel Paravisini

Tres tipos de corrupción se han señalado como los más frecuentes en los hospitales públicos de Venezuela: el cobro de comisiones en la compra de insumos médicos, el hurto o sustracción de materiales y medicamentos, y el ausentismo de médicos y enfermeras. El análisis de estas actividades ilegales a través del modelo tradicional de criminalidad y teoría de la agencia, permitió evaluar el impacto del diseño institucional en la corrupción. En particular, la probabilidad de captura y sanción contribuyó en buena medida a explicar el hurto y el ausentismo. La probabilidad de detección y sanción se relaciona a su vez con la existencia de controles administrativos y con la independencia de los directores de hospitales para la administración de recursos humanos, respectivamente. Contrario a lo que se esperaba, el nivel salarial pareció no tener efecto en el hurto y, a lo sumo, se relacionó con prácticas de sobreprecio en la compra de insumos. Debido a que el modelo basado en la teoría de agencia no permitió explicar las diferencias en los sobreprecios pagados en las compras, parece necesario desarrollar un modelo más refinado para el estudio del fraude, que incorpore la posibilidad de colusión entre los administradores y sus subalternos o agentes.

Introducción

En Venezuela existe una percepción generalizada de que la corrupción está afectando sensiblemente el desempeño hospitalario y la calidad de los servi-

cios de salud que brindan los hospitales públicos. Altos funcionarios gubernamentales de salud y directores de hospitales expresan su inquietud por el grado que han alcanzado las actividades ilegales, y se preocupan por las condiciones que hacen que las mismas se mantengan. En el presente capítulo se abordan esas preocupaciones, analizando la relación entre la estructura de incentivos vinculada al diseño institucional de los hospitales públicos, y la corrupción, definida como “las actividades ilegales que reducen la eficiencia económica de los hospitales”.¹ En particular, se busca responder a la pregunta de si la probabilidad de detección y castigo, junto con la magnitud de las penas impuestas, afectan el grado de corrupción en los hospitales públicos, reduciendo así su eficiencia en la asignación y utilización de los recursos disponibles. La identificación de estos incentivos es un insumo clave para la formulación de políticas y la creación y promoción de instituciones que las pongan en práctica.

Por supuesto, las actividades ilegales en el gobierno no se limitan a los hospitales públicos. De hecho, cada día se denuncian actos de corrupción en muchas esferas de la vida venezolana, y la percepción pública de la extensión de ese abuso contribuyó a la derrota de los partidos tradicionales del país en las elecciones recientes. No obstante, causan especial preocupación las actividades ilegales que se observan en los hospitales públicos, cuya actuación puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte.

El cobro de comisión en las compras de suministros médicos, el hurto de materiales y medicamentos y el ausentismo entre médicos y enfermeras se consideran las prácticas ilegales más comunes y problemáticas en los hospitales públicos de Venezuela. En este capítulo se muestra que existen evidencias claras de una relación entre los mecanismos institucionales destinados a descubrir, revelar y castigar la actividad ilegal, y el grado de corrupción, además de identificar los instrumentos administrativos que son deficientes o inexistentes en la gestión de los hospitales públicos.

El sistema de salud de Venezuela y los hospitales públicos

El sistema de salud venezolano presenta una organización y una dinámica de funcionamiento muy complejas. Está integrado por los sectores público

¹ Definición adaptada de Mauro (1997), para quien las prácticas corruptas en el sector público son aquellas “actividades ilegales que reducen la eficiencia del gobierno”.

y privado, y lo conforman múltiples entes públicos que cumplen las funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios. Estas instituciones son: el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME), el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA), así como gobiernos de estados y alcaldías.

Una amplia variedad de actores no gubernamentales, que en términos generales pueden clasificarse en dos grupos, complementa la estructura pública. Las aseguradoras comerciales y los proveedores privados de servicios de salud cubren los estratos sociales más altos, mientras que las organizaciones no gubernamentales (ONG), las cooperativas sin fines de lucro y las fundaciones caritativas sirven a aquellos que carecen de cualquier otra cobertura o que tienen acceso a los servicios públicos pero prefieren no usarlos.

Como parte del proceso de descentralización que se puso en marcha a fines del decenio de 1980,² se instauró un sistema intergubernamental de salud que dividió las responsabilidades en niveles nacional, estatal y local (González, 1997a y 1997b). En el proceso, los estados han asumido competencias que solían ser exclusivas del gobierno central. Por ley, el MSDS y los gobiernos estatales que han asumido jurisdicción en la atención de la salud deben ofrecer sus servicios a las personas que carezcan de seguro de salud público o privado, las cuales constituyen entre 30 y 40% de la población. El IVSS cubre alrededor de 37% de ésta, y proporciona cierto tipo de seguro público a trabajadores de la economía formal y a sus familias. El resto de la población queda bajo la protección de otras formas de seguro público, como

² La transferencia de servicios del MSDS comenzó en 1989, con la promulgación de la Ley Orgánica de Descentralización y Transferencia de Competencias del Poder Público, y con la elección directa de los gobernadores estatales. Las negociaciones de transferencia se iniciaron ese mismo año en algunas entidades, de modo que cinco estados habían firmado los acuerdos al concluir 1993. El 22 de junio de 1998, el ministerio adscribió al gobierno del Distrito Federal más de nueve hospitales y 56 centros de consulta externa. En octubre de 1998 se habían establecido otros 16 acuerdos de descentralización, con los estados de Falcón, Anzoátegui, Carabobo, Aragua, Bolívar, Zulia, Mérida, Trujillo, Táchira, Sucre, Lara, Monagas, Miranda, Nueva Esparta, Apure y Yaracuy. Se han firmado acuerdos de administración conjunta con los estados de Barinas, Cojedes, Guárico y Portuguesa. Delta Amacuro solicitó la transferencia y está aún pendiente.

IPASME e IPSFA, pero muchos también compran una póliza por su cuenta, pagan servicios del sector privado, o bien, acuden al apoyo de proveedores no lucrativos. Aunque en teoría esta red tan diversa de establecimientos de salud cubre todos los niveles de atención, también los centros capacitados para atender casos más complejos proporcionan servicios básicos. Esto genera problemas de accesibilidad y equidad, puesto que los ambulatorios —centros de salud sin hospitalización— no tienen la capacidad de resolución adecuada, y las personas que buscan atención consideran los hospitales como su mejor opción para atenderse.

En 1996, un informe del MSDS (1997 y 1998) señalaba una tasa de ocupación de 63,6%, con una estancia intrahospitalaria promedio de 5,3 días y una tasa de rotación de camas —índice de rendimiento— de 44,3 pacientes por cama. En 1997 la tasa de ocupación cayó hasta 60,7%, con una estancia promedio de cinco días y una tasa de rotación casi inalterada de 44,7. Datos publicados por el IVSS (1998) mostraron que las tasas de ocupación de sus hospitales de nivel I estaban entre 70 y 80%, y las correspondientes a los niveles II, III y IV, entre 75 y 85%.³ La estancia promedio varió de tres a cuatro días en el servicio de gineco-obstetricia, y de 10 a 14 en los demás (pediatría, medicina y cirugía). En promedio, ambas instituciones emplearon cinco profesionales de salud por cama, una cifra más alta que la norma internacional, de dos a cuatro profesionales. Estas cifras globales concuerdan aproximadamente con las obtenidas en el estudio del Banco Mundial (1992), basado en datos de 1987 y 1988. Sin embargo, dicho trabajo también demostró una diferencia mucho mayor entre hospitales de distinto

³ De acuerdo con la normativa legal vigente, los hospitales tipo I prestan servicios básicos de nivel primario y secundario de medicina, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría, tienen entre 20 y 60 camas y están ubicados en poblaciones de hasta 20.000 habitantes, con un área de influencia de hasta 60.000 habitantes. Los tipo II prestan, además de los servicios básicos primarios, secundarios y algunos terciarios, los de cardiología, psiquiatría, dermatología, venereología y neumonología, traumatología, oftalmología y ORL; tienen entre 60 y 150 camas y están ubicados en poblaciones mayores de 20.000 habitantes, con un área de influencia de hasta 100.000 habitantes. Los tipo III prestan atención médica integral en los tres niveles clínicos, tienen entre 150 y 300 camas y están ubicados en poblaciones mayores de 60.000 habitantes, con un área de influencia de hasta 400.000 habitantes. Finalmente, los tipo IV, también prestan atención médica integral a todos los niveles, cuentan con más de 300 camas y cubren a una población mayor de 100.000 habitantes, con un área de influencia superior al millón de habitantes. Para una descripción completa de la clasificación de los hospitales, véase República de Venezuela (1983).

nivel de complejidad, al señalar que la ocupación de los hospitales generales de niveles I y II era menor de 30%. Por otro lado, el número de visitas de urgencia a los hospitales y servicios de consulta externa fue mucho mayor que el de visitas preventivas, el cual no alcanzó a 60% de la población susceptible de ser atendida. En cirugía, las intervenciones urgentes predominaron sobre las programadas (Jaén *et al.*, 1997).

Lo anterior concuerda con la hipótesis de distorsiones en el funcionamiento de la red de servicios de salud y, por tanto, en el patrón asistencial, puesto que la mayor parte de la población es atendida en el ámbito hospitalario, sin distinción de la gravedad o complejidad del problema de salud.

Destacan tres factores como causas probables del mal desempeño de los hospitales: financiamiento, diseño institucional y sistema de rendición de cuentas (responsabilidad) aplicable al personal de salud. En el presente capítulo se sugiere la hipótesis de que variables institucionales, como los sistemas de incentivos y rendición de cuentas, son las que tienen el peso más significativo en la determinación de la baja eficiencia hospitalaria. Sin embargo, antes de someter a prueba esa idea debe analizarse si la posibilidad más obvia —una menor asignación de recursos hospitalarios— es la clave del deterioro de los servicios públicos.

Aunque los gastos de salud del gobierno han disminuido con rapidez en los últimos años, el gasto total en el sector es todavía más alto que en otros países latinoamericanos.⁴ Venezuela está entre los líderes en cuanto al porcentaje de recursos del sistema de salud que se asignan a los hospitales (Barnum y Kutzin, 1993). Un análisis de la tendencia del gasto muestra que entre 1990 y 1997 la parte del presupuesto nacional dedicada a la salud disminuyó de 13,3 a 9,3%. Estimaciones para el año 1996 muestran que el porcentaje del PIB destinado al gasto total en salud (incluyendo gasto público y consumo privado), se ubica en aproximadamente 6,6%, siendo el público de 1,9% y el privado de 4,7%. En el período de 1980 a 1997, el gasto público en salud promedió aproximadamente 2% del PIB (Salvato, 1998). Entretanto, el gasto privado de los hogares en servicios médicos y de hospitalización

⁴ En 1990, según datos de la Organización Panamericana de la Salud, Venezuela gastó US\$220 por persona en servicios de salud. En el mismo año, el promedio del gasto en salud per cápita fue de US\$105 en América Latina y de US\$1.860 en países desarrollados. Estas estimaciones corroboran que los gastos totales y per cápita en salud en Venezuela son más altos que en otros países de la región andina, como Colombia, con US\$82,20 per cápita, Ecuador, US\$78,60, Perú, US\$41,30, y Bolivia, con US\$39,00 (OPS [PAHO], 1994).

se desplazó en dirección opuesta, con un incremento sustancial entre 1984 y 1995.⁵

La mayor parte del presupuesto del MSDS se va en gastos de personal. En el período de 1989 a 1995, más de 72% de los fondos correspondían a pago de nóminas, cifra que se elevó a 79,3% en 1995. Del gasto total en nómina, el 52% se dedicaba al pago de personal no médico, obrero y administrativo (Jaén *et al*, 1997; Salvato, 1998). Hasta 30% de los recursos totales del MSDS se emplearon en la administración central, sistemas no asistenciales y programas de salud pública. Del resto, 71% se asignó a la red hospitalaria, 17% a la atención primaria y el 12% restante a otros gastos administrativos (Consortio Hospitalario de Catalunya, 1997). Según el Banco Mundial (1992), entre 1980 y 1990 el porcentaje estimado del gasto del MSDS en hospitales varió de 80% en el primer año hasta un máximo de 86% en 1983 y 1984, antes de descender a 71% en el último año de la serie. El IVSS (1998) informa una tendencia similar, en la que 74% de su presupuesto fue destinado a los hospitales en 1990.

Si Venezuela gasta más en salud que otros países latinoamericanos y la mayor parte de ese flujo va a los hospitales, entonces la disponibilidad de recursos no parece ser la única ni la más importante causa del deterioro de los servicios. Por tanto, ¿es el diseño institucional de los hospitales públicos venezolanos la principal causa de la ineficiencia en la administración y uso de los recursos financieros existentes, y lo que resta capacidad a los directores de hospitales para rendir cuentas y mejorar el desempeño? El estudio del Banco Mundial (1992) indica que los hospitales públicos, o no poseen ningún sistema de control administrativo o están muy limitados. Es más, en estos hospitales la autonomía presupuestaria está muy restringida, los sistemas de contabilidad de costos son precarios o inexistentes, y subsiste la práctica muy difundida de hacer cobros directos o indirectos a los pacientes sin normas que la regulen. La discrecionalidad en la contratación de servicios externos está limitada, porque el MSDS, el IVSS y los gobiernos estatales controlan casi todas las decisiones desde el nivel central. Además, la contratación de empleados por los propios hospitales del MSDS es poco frecuente,

⁵ La distribución de los gastos públicos y privados en salud no refleja la cobertura real. El gasto público, con todas sus limitaciones, protege a una gran proporción de la población, mientras que 80% de la cobertura privada se concentra en los cuartiles de más altos ingresos (Salvato, 1998).

y representa sólo 5% de los presupuestos de los hospitales del IVSS. Asimismo, la dirección de los hospitales ejerce poco control en la compra de suministros, medicamentos y equipos médicos, porque también esta actividad se concentra principalmente en la capital del país. Existe una iniciativa incipiente para transformar los hospitales en entidades autónomas, y algunos gobiernos estatales han aprovechado los nuevos poderes derivados del proceso de descentralización para promover activamente esta nueva forma de administración. En consecuencia, están creándose nuevos planes institucionales y estructuras de incentivos que podrían reducir los actos de corrupción en los hospitales.

Otro de los factores mencionados que incide significativamente en la rendición de cuentas al interior de los hospitales es el control limitado que los hospitales públicos tienen de sus recursos humanos, lo que podría dar lugar a un número excesivo de empleados o sobreempleo.⁶ Los sindicatos y sociedades profesionales han reunido el poder suficiente para socavar la capacidad y la autonomía de los funcionarios públicos en la administración de sus recursos humanos. Los reglamentos laborales se formulan al nivel más alto de gobierno, con poca o ninguna intervención de las administraciones de los hospitales públicos. Las negociaciones laborales en el sector salud se han convertido en un ejercicio perverso entre fuerzas desiguales. Después de un ritual de amenazas y acciones conflictivas, el gobierno y los sindicatos finalmente se ponen de acuerdo comprometiendo recursos económicos que el gobierno no posee, con lo cual se postergan los problemas subyacentes, hasta que el nuevo acuerdo inevitablemente se desploma.

El sistema de contrato colectivo que rige las relaciones laborales en este sector se fundamenta en el valor tradicional de estandarizar las condiciones de trabajo para todos los trabajadores de iguales niveles jerárquicos, lo que socava cualquier esfuerzo por introducir innovaciones en materia salarial, como sería una paga acorde a la productividad. Por último, la ma-

⁶ La razón médicos-habitantes creció constantemente entre 1970 y 1995, de 8,6 a 20,4 por cada 10.000, el doble de la razón de 10 por 10.000 que recomienda la OMS (WHO). El aumento en la proporción de enfermeras tituladas fue menor, de 4 por 10.000 en 1970, a 8,4 por 10.000 en 1995. Diecisiete de los 27 países latinoamericanos tienen una razón de 10 o menos médicos por 10.000. Venezuela está entre aquellos con un excedente de médicos, junto con Uruguay y Argentina, donde había 36,8 y 26,8 médicos por 10.000 habitantes, respectivamente (PAHO, 1992).

por parte de los hospitales públicos no tiene poder en aspectos cruciales de la administración de personal, como la selección, contratación y despido de profesionales y trabajadores. Estas funciones están reservadas a los niveles administrativos más altos, donde los sindicatos y sociedades profesionales pueden ejercer fuerte presión. Por consiguiente, la mayor parte de los hospitales tiene capacidad limitada para castigar las actividades irregulares, lo cual, a su vez, crea un clima de impunidad, que favorece toda suerte de prácticas corruptas.⁷

En este marco financiero, institucional y de administración de los recursos humanos, existe una percepción generalizada de que uno de los problemas clave que afecta el desempeño hospitalario son las prácticas impropias de gestión. Durante el desarrollo de esta investigación se hizo una ronda de consulta a actores informados: siete funcionarios que han ejercido o están ejerciendo funciones de alto nivel en el sistema de salud —ex ministro, director de red de salud, directores de salud en los estados, entre otros— y un conjunto de entrevistas a nueve directores de hospital y tres proveedores de equipos médicos.

Estos actores identificaron tres áreas de corrupción que tienen grandes repercusiones en el funcionamiento de los hospitales: el pago de sobrepagos (para cobrar una comisión ilegal) en la compra de insumos médicos quirúrgicos y medicamentos; el hurto de insumos y medicamentos, y el ausentismo laboral. Ellos asocian estas prácticas con los bajos salarios y una capacitación profesional deficiente; con debilidades institucionales (fallas en los sistemas de información, supervisión, control, registro, seguridad, y la falta de sistemas para medir el desempeño); con la existencia de varios principales para la toma de decisiones, y la interferencia de las sociedades profesionales y sindicatos en la administración del personal de salud; con la impunidad (la percepción de una baja probabilidad de detección o “captura” y castigo o “sanción”); con el consentimiento o aceptación social de las distintas formas de corrupción; y con una falta de compromiso con las instituciones y pérdida de valores entre el personal de salud.

⁷ Los autores agradecen a José Ramón Padilla, profesor del Instituto de Estudios Superiores de Administración de Caracas, quien aportó esta sección sobre rendición de cuentas para el personal de salud.

Determinantes teóricos de la corrupción

Como se mencionó en la introducción, en este capítulo se define la corrupción como “aquellas actividades ilegales que reducen la eficiencia económica de los hospitales”. Otras definiciones, como “el abuso del poder público para el beneficio privado”, que emplea Tanzi (1998), o “la venta de propiedades del Estado por funcionarios públicos para su beneficio privado”, de Shleifer y Vishny (1993), añaden el beneficio personal como factor motivador del acto de corrupción. Sin embargo, en el caso de los hospitales, el impacto de tales irregularidades en la provisión de servicios de salud es de mucho mayor trascendencia que el hecho de que las actividades lleven, o no, al enriquecimiento personal. Por consiguiente, en este capítulo se hará mayor hincapié en los efectos de la corrupción en el desempeño de los hospitales. Con base en las premisas de las teorías económicas sobre la relación agente-principal y el crimen (Becker, 1968; Becker y Stigler, 1974), en el presente trabajo se analiza cómo el diseño y los incentivos institucionales pueden desalentar las prácticas corruptas, o bien, animar a ellas de modo que impidan una distribución y utilización eficiente de los recursos.

A partir de esas premisas la corrupción puede interpretarse como una desviación de las acciones de los agentes respecto de los intereses del principal (Bardhan, 1997). En términos más complejos, puede visualizarse como una cadena de relaciones entre agentes que cometen actos corruptos y principales que descubren y castigan esos actos. Marjit y Shi (1998) van más allá incluso, e introducen la posibilidad de que también los principales sean corruptos y, por consiguiente, capaces de negociar y pactar con los agentes que incurrir en actos ilegales.

En el presente estudio se postula una cadena de relaciones entre principales y agentes que comienza con los ciudadanos y termina con el personal hospitalario que provee los servicios de salud. Se parte de la premisa de que los funcionarios públicos elegidos son agentes de la ciudadanía y representan los intereses del pueblo a través de la formulación y aplicación de políticas públicas. A su vez, los directores que administran los hospitales públicos son agentes que están subordinados a esos funcionarios elegidos. Por último, la provisión de servicios hospitalarios es responsabilidad de médicos, enfermeras y otros profesionales de salud, y del personal administrativo que trabaja a las órdenes del director del hospital. Las rela-

ciones entre todos los principales y agentes de esta cadena están estipuladas en “contratos”, representados por reglas y procedimientos formales e informales. La conducta final de los agentes recibe la influencia de este conglomerado de relaciones, reglas y procedimientos que en conjunto constituyen lo que se llama “el diseño institucional”.

El diseño institucional da forma a la conducta del agente a través de incentivos que están integrados a su relación con el principal. Los incentivos implícitos en el diseño institucional tienen por objeto ajustar los intereses de los agentes a los del principal. Es decir, un buen sistema de incentivos premiará de la mejor manera a los agentes cuando logren los objetivos que aquél establece.

Cuando el diseño institucional no genera un conjunto de reglas o incentivos que hagan coincidir los intereses de principales y agentes, estos últimos, actuando racionalmente en su propio beneficio, no necesariamente ejercerán el nivel de esfuerzo que requiere el compromiso con su superior. La razón es que éste puede medir el esfuerzo del agente sólo de manera indirecta, mediante la observación de resultados, que son medidas “ruidosas” del esfuerzo real (Macho Stadler y Pérez Castrillo, 1994; Rasmusen, 1996).

Desde esta perspectiva, las actividades ilegales en los hospitales serán más comunes cuando el personal hospitalario actúa conforme a sus propios intereses, sopesando los beneficios de las conductas apropiadas e impropias. Si se comportan con propiedad, podrán aspirar a recibir su sueldo. Si actúan indebidamente, podrán esperar beneficios de la actividad ilegal, pero también enfrentarán cierta probabilidad de ser descubiertos y castigados (a veces hasta con la pérdida del trabajo). Así, en el grado de esfuerzo del personal influirá la diferencia que resulta de restar a beneficio potencial de las acciones corruptas y el monto de su salario, lo que aquél ganaría en formas distintas de empleo. Es decir, la conducta recibirá la influencia del carácter del contrato de trabajo, que a veces incluye bonificaciones por esfuerzo, productividad o rendimiento. También incide en ella la actitud del agente hacia los riesgos.

Este marco de referencia da lugar a varias hipótesis respecto de cómo el diseño y los incentivos institucionales pueden afectar el grado de corrupción al influir en las utilidades esperadas. En particular, el beneficio esperado de la corrupción, y por consiguiente el nivel de ésta, serán más altos siempre que: 1) el ingreso esperado de la corrupción sea mayor, 2) la

probabilidad de ser descubierto y castigado sea menor, o 3) los castigos sean menores.

El diseño institucional de un hospital influye en el grado de corrupción por cuanto afecta la utilidad o beneficio que puede esperarse de las actividades ilegales. Esto se debe a que determina el ingreso esperado del individuo, la probabilidad de detección y de castigo tras la detección, y la magnitud esperada de cualquier castigo aplicable.

El ingreso esperado se ve modificado por el ingreso potencial y las oportunidades para incurrir en la corrupción, que se incrementan con el volumen y el valor de las compras o transacciones en que el agente participa, y con una mayor discrecionalidad en la toma de decisiones concedida a éste.

En la probabilidad de detección o captura influye el grado de control y supervisión que el principal puede ejercer en los agentes en cuanto al uso de recursos financieros, suministros médicos y tiempo de trabajo. Los jefes ejercen control y vigilancia a través de una variedad de mecanismos que dependen del tipo de conducta que desean modificar. Esos mecanismos comprenden la creación de sistemas para supervisar la asistencia al trabajo y el uso de materiales e insumos médicos, los controles en los precios de compra, los sistemas para medir el desempeño en el uso de insumos físicos y humanos, y la inclusión de usuarios —ciudadanos— para que vigilen, presionen o incluso administren el establecimiento.

La probabilidad de detección se relaciona también con elementos que no están bajo el control directo de los principales; por ejemplo, la probabilidad de ser descubierto aumenta cuando los compañeros ejercen un control fuerte, cuando existe control entre pares. Los jefes pueden estimular la presión positiva de los compañeros por medio de esquemas de remuneración basados en el desempeño del equipo, pero el resultado también depende del grado en que cada uno de los miembros del grupo considere aceptable o no la corrupción.

La probabilidad de castigo o sanción depende de una capacidad efectiva de los principales para aplicar castigos una vez que se descubre la conducta irregular. Esta capacidad se debilita cuando el director del hospital no tiene control directo sobre las políticas y decisiones de pagos, contratación y despidos del personal hospitalario. A los directores de hospitales les faltará esa libertad de acción cuando son los sindicatos y las sociedades profesionales las que tienen el poder de contratar personal o de vetar los despidos. También ocurre cuando las decisiones contractuales referentes al pago de

las nóminas se toman a niveles superiores al del director del hospital, de modo que éste se ve impedido de establecer sanciones efectivas.⁸

En general, cuando los agentes de la organización respondan a las órdenes de múltiples directivos, será más difícil para cualquier principal controlar la conducta de sus agentes. La multiplicidad de órdenes vuelve difusas sus responsabilidades, debilita los esfuerzos por medir su desempeño e impide establecer sanciones eficaces contra la conducta indeseable.

La magnitud del castigo o de la pena varía según el tipo de falta o delito. Dependiendo de la gravedad y el tipo de conducta punible, las sanciones pueden variar desde advertencias verbales en el caso más leve, hasta el despido o la acusación judicial en el más grave. Cuando la pena consiste en el despido, el valor del castigo es la diferencia entre la paga que aquél recibía por su trabajo en el hospital y la cantidad que puede esperar de un empleo distinto. Cuanto mayor sea esta diferencia, tanto más alto será el costo del despido.

En la escala de las relaciones principales-agentes, el escalón siguiente describe cómo cumple el director del hospital su papel de agente de funcionarios gubernamentales más altos. En esta relación influye el diseño institucional externo del hospital; en otras palabras, su organismo rector o de adscripción.

En el grado de corrupción entre administradores de hospitales (directores, supervisores y jefes de área) inciden también los factores analizados antes: ingreso esperado, magnitud del castigo, probabilidad de detección y probabilidad de castigo. También en este caso, el ingreso esperado depende del ingreso y las utilidades potenciales de incurrir en actos de corrupción. Los incentivos para emprender actividades ilegales también serán más altos cuando el administrador o director supervise compras o recursos más grandes, y cuando la discrecionalidad sea mayor (*ceteris paribus*).

En el ámbito de la administración de hospitales, las probabilidades de detección y castigo se relacionan con la información que puedan tener los altos funcionarios de las acciones de los administradores, y con su capacidad para castigar la conducta impropia. La falta de control sobre la asignación de recursos, la multiplicidad de directivos que emiten órdenes

⁸ La probabilidad de que se apliquen sanciones depende también de la sensibilidad y transparencia con que actúen las autoridades, en particular las judiciales. Puesto que estos factores afectan igualmente a todos los hospitales, no explican las diferencias en los niveles de corrupción que ocurren entre ellos ni y al interior de cada uno.

divergentes y el grado de burocracia (el número de relaciones operativas o de agencia) existente entre el principal supremo (la ciudadanía) y la administración del hospital, reducen la probabilidad de poder asignar responsabilidades, lo que incrementa las oportunidades para la corrupción que se le presentan al agente.

Estos factores no implican que una administración más autónoma de los hospitales genere siempre mayor corrupción. Cuando la autonomía se complementa con mejores sistemas de control y rendición de cuentas aplicables al principal (funcionarios o ciudadanos elegidos), la administración se torna más flexible y puede responder a los incentivos para aplicar los recursos de manera tal que favorezcan los intereses del principal. Sin embargo, si se concede mayor discrecionalidad a los agentes sin modificar al mismo tiempo los aspectos de ejercicio del poder, vigilancia y rendición de cuentas, pueden en realidad agravarse las desviaciones de la conducta del agente (es decir, la corrupción).

Características de los hospitales venezolanos de la muestra

El modelo de corrupción se aplicó de manera empírica a una muestra de 22 hospitales venezolanos. Los datos utilizados en el estudio se obtuvieron de fuentes secundarias de información, archivos de los hospitales, entrevistas con informantes clave y una encuesta al personal de salud de los hospitales. Los hospitales de la muestra se sitúan en tres estados de la Región Central de Venezuela que están entre las principales entidades federales del país en términos de desarrollo socioeconómico —medido por el índice de desarrollo humano—, y entre las primeras seis en cuanto a número de habitantes (aproximadamente 6 millones de personas, lo que representó 25% del total nacional en 1997). Los hospitales están ubicados en 10 zonas urbanas, de 20.000 a 4.000.000 de habitantes cada una.

Los hospitales se escogieron de manera que ilustraran la variedad de adscripción institucional, niveles de complejidad y variada tipología legal presentes en Venezuela. De los 22 hospitales, 20 son públicos, dependientes del MSDS (3), del IVSS (3), del Ministerio de Defensa (1), de gobiernos estatales con acuerdos de descentralización (10) y de gobiernos estatales sin tales acuerdos (3), en tanto que los dos hospitales restantes funcionan como establecimientos privados independientes. La muestra abarca todo el espectro de complejidad organizacional de los hospitales generales (niveles I, II,

III y V),⁹ pero no de los de especialidades (p. ej., psiquiátricos u obstétricos). Los hospitales tienen cinco tipos distintos de calidad legal: algunos son empresas de capital privado, mientras que otros constituyen fundaciones públicas, dependencias de gobierno, instituto autónomo con personería jurídica y servicio autónomo sin personería jurídica. La selección de los hospitales dependió también de la buena disposición para participar en el estudio por parte de directores de salud de las tres entidades federales y directores de hospitales. Una descripción completa de las características de los hospitales de la muestra puede encontrarse en Jaén y Paravisini (1999).

Aunque la muestra representa casi toda la gama de hospitales en términos del tipo de organismo rector, grado de complejidad y forma legal, los resultados de la investigación podrán extrapolarse, pero con cautela. La muestra puede considerarse representativa de los tres estados particulares en que la investigación tuvo lugar, pero no del país en su conjunto.¹⁰ No obstante, explica la situación de un número importante de hospitales dentro de los estados que fueron estudiados, ya que éstos constituyen 8,4% de los hospitales públicos y 15,2% de las camas hospitalarias del país.

Determinantes del sobreprecio

Los informantes indicaron que la práctica corrupta de pagar a sobreprecio suministros y medicamentos era un problema generalizado. Sin embargo, es difícil medir directamente en qué grado se realiza esta práctica en cada hospital o según cada comprador particular. A partir de la premisa de que las variaciones en los precios de compra entre hospitales para un mismo producto pueden estar relacionadas con el cobro de comisiones, se reunió información sobre las compras mensuales efectuadas, por cada hospital, de ciertos productos durante la primera mitad de 1998, en un total de 249 observaciones.¹¹ Luego se realizó un análisis empírico para aplicar control sobre distintas explicaciones de los diferenciales de precio, a saber: variaciones

⁹ La clasificación de los establecimientos se detalla en la nota 3.

¹⁰ La red hospitalaria del sector público comprende 239 establecimientos, mientras que el sector privado consta de 344 hospitales. El sector público financia unas 35.000 camas de hospital, mientras que el privado tiene casi 21.000.

¹¹ En algunos casos, la frecuencia de compra es menor que uno por mes. En otros, los productos seleccionados no se compraron directamente. Por consiguiente, el número de observaciones por hospital varía entre 1 y 24, con un promedio de 12.

en las condiciones de crédito, descuentos por volumen, eficiencia de procedimientos administrativos en la gestión de compras, diferencias en los costos de transporte (que dependen de la distancia entre el hospital y los centros de distribución), o capacidad de los proveedores de ejercer algún poder monopólico.

La variación en los procedimientos de compra entre distintos hospitales es especialmente importante. En 12 de los 20 hospitales públicos se ha nombrado un comité de adquisiciones, integrado por dos a nueve miembros. En los 22 hospitales se realiza comparación de precios, cuando es posible. Once están sujetos a la Ley de Licitaciones de Venezuela; seis no la aplican porque son hospitales privados o porque compran cantidades inferiores al límite legal, mientras que cinco simplemente no la cumplen. Ocho hospitales se basan en informes históricos de los precios de compra, y en cinco existe alguna forma de participación de la comunidad. Tres hospitales informaron no haber sido sometidos a ninguna auditoría el año anterior, mientras que el resto señaló haberla tenido entre una y cuatro veces.

Para elegir los productos que se investigarían, se aplicó el criterio propuesto por Di Tella (1997): homogeneidad y comparabilidad. En otras palabras, se escogieron productos que no tuvieran variaciones de especificación técnica en cuanto a requisitos médicos, del proveedor o de la marca. Se eligieron cuatro de ellos: solución fisiológica de cloruro de sodio al 0,9% en bolsas de 500 ml, algodón hidrófilo en rollos de 500 g, solución glucosada—dextrosa—al 5% en bolsas de 500 ml, y penicilina cristalina en ampollas de 1 millón de UI.

El primer paso para evaluar la relación entre la variación de precios y la práctica de sobreprecio consistió en observar el comportamiento de los precios y las cantidades de compra entre hospitales. Los precios reales de compra de cada producto varían enormemente. Las variaciones son mayores entre hospitales, pero en algunos casos el precio del mismo producto varía también dentro de un mismo hospital, a través del tiempo (Cuadro 3.1). También es importante la variación en las cantidades de compra, en particular entre hospitales, lo cual puede reflejar diferencias en la capacidad (número de camas) y complejidad (tipo de servicios) de los hospitales de la muestra.

Evidentemente, la variación en las cantidades de compra es bastante amplia, lo que podría explicar en buena parte las diferencias de precio, tanto entre hospitales como dentro de cada uno de ellos. La cantidad puede afec-

Cuadro 3.1 Intervalo (rango) de precios pagados y cantidades compradas

	Total	Entre hospitales	Dentro de los hospitales
Coeficiente de variación de los precios reales pagados			
Solución fisiológica	30,8	27,7	11,6
Algodón	23,2	23,9	11,8
Dextrosa -Solución glucosada al 5%	31,6	30,6	9,4
Penicilina	29,1	31,7	9,5
Coeficiente de variación de las cantidades de compra			
Solución fisiológica	147,5	147,6	40,3
Algodón	145,6	121,3	39,8
Dextrosa Solución glucosada al 5%	117,2	100,1	44,3
Penicilina	140,7	147,2	39,7

Notas: Se excluyeron hospitales que hicieron sólo una compra durante el periodo de estudio. El coeficiente de variación es la razón entre la desviación estándar y el promedio.

tar el precio cuando las compras grandes se hacen acreedoras a descuentos por volumen, o cuando la categoría de comprador mayor se asocia con la idea de un hospital que tiene un poder importante, el poder de mercado del hospital. Conforme a ambas interpretaciones, las cantidades más grandes en cada compra y las cantidades de compra globales de cada producto se relacionarían con precios más bajos.

Para probar esta relación, se formuló un índice de precios ponderado por las cantidades de cada producto, empleando todos los datos disponibles, con el fin de que los datos de precios fueran comparables entre todos los artículos. Para obtener el índice se dividió el precio real de cada producto por el precio real ponderado con cantidades de todas las compras del producto. La fórmula para calcular el índice de precios de cada producto es:

$$P_{t,h}^i = \frac{p_{t,h}^i}{\frac{\sum_{t,h} p_{t,h}^i \cdot q_{t,h}^i}{\sum_{t,h} q_{t,h}^i}} \quad [3.1]$$

donde P es el índice de precios ponderado del producto i en el hospital h en el momento t ; p es el precio real pagado, y q la cantidad de compra. El índice

de precios será mayor que 1 cuando el precio real del producto sea mayor que su precio ponderado promedio, y menor de 1 en caso contrario.

Una regresión de este índice de precios por compra se aplicó como variable independiente, contra las cantidades de cada compra.¹² También para esta variable se formuló un índice destinado a comparar las cantidades de distintos productos comprados. El índice de cada producto es la relación entre la cantidad de compra y el promedio de las cantidades de compra, de acuerdo con la fórmula siguiente:

$$Q_{t,h}^i = \frac{q_{t,h}^i}{\frac{\sum_{t,h} q_{t,h}^i \cdot q_{t,h}^i}{n^i}} \quad [3.2]$$

donde Q es el índice de cantidad en las compras del producto i en el hospital h en el momento t , q es la cantidad comprada, y n^i el número de observaciones por cada producto. El índice de cantidad se asemeja al índice de precios en que es mayor de 1 cuando la cantidad de compra es mayor que la cantidad promedio de ese producto comprada por todos los hospitales en el periodo de estudio, y menor de 1 en el caso contrario.

Los resultados de la Regresión 1 muestran que las cantidades de compra son importantes para explicar las variaciones observadas en los precios (Cuadro 3.2). Como es de esperar, las cantidades de cada compra (Q) guardan una relación inversa significativa con los precios. Las cantidades mayores se relacionan con precios unitarios más bajos. Sin embargo, las variaciones en cantidades explican por sí solas menos de 6% de la variación de precios. Cuando se incluyen variables dicotómicas o ficticias (*dummies*) para medir los efectos fijos relacionados con cada hospital, el índice de cantidad pierde su importancia (véase la Regresión 2 en el Cuadro 3.2), y el poder explicativo

¹² Las cantidades suelen considerarse endógenas a los precios en un contexto de análisis de demanda y oferta. Ese carácter endógeno daría lugar a estimaciones sesgadas de los coeficientes. Sin embargo, la demanda de insumos en los hospitales públicos de Venezuela es impulsada casi exclusivamente por la oferta de servicios de salud por parte del hospital, que a su vez está determinada por la demanda. La cantidad de insumos comprados está determinada por la demanda de servicios al hospital (por los cuales no se cobra) y, por tanto, es exógena a los precios de los insumos.

Cuadro 3.2 Variación de los precios entre hospitales, controlado por cantidades

Variable	Regresión 1		Regresión 2	
Cantidad	-0,072	-3,88	0,017	0,78
Constante	1,21	44,63		
Efectos fijos de los hospitales:				
1			1,49	22,07
2			1,10	15,88
3			1,15	19,18
5			0,82	4,68
6			0,92	3,14
7			1,00	12,05
8			0,69	6,04
9			1,47	19,44
10			1,15	17,13
11			1,68	24,38
12			1,27	16,33
13			1,09	12,00
14			0,65	3,00
15			1,24	7,31
16			0,77	8,56
17			0,99	10,31
18			0,99	9,01
19			0,98	9,99
20			0,99	13,94
21			1,02	8,21
22			0,99	10,59
N	249		249	
R ²	0,057		0,426	

Notas: La variable dependiente es el índice de precios que se describe en el texto. “Cantidad” es el índice de cantidad según se explica en el texto. La constante se excluyó de la segunda regresión, porque de otro modo la inclusión de todas las variables dicotómicas (*dummies*) del hospital ocasionaría una dependencia lineal de las variables independientes. Se omitió el hospital 4 porque no fue posible obtener información de precios. Las cursivas indican estadísticas *t*; las negritas, coeficientes que son significativos al nivel de 10 por ciento.

de la regresión (según se mide por la R^2) aumenta en grado impresionante, hasta 0,43. En resumen, las variaciones de precios guardan una relación más fuerte con diferencias entre los hospitales que con volúmenes de compra distintos.

El índice de cantidad pierde relevancia en la Regresión 2, porque el índice en sí es fuertemente dependiente del hospital de que se trate. Las variaciones de cantidad podrían ser consecuencia de una característica específica del hospital, como capacidad, complejidad, tipo, ubicación o volumen de los servicios ofrecidos. De hecho, las cantidades parecen depender principalmente de la capacidad (tamaño) del hospital, puesto que la correlación entre el índice de cantidad y el número de camas por hospital es bastante alta (0,77). Por consiguiente, el tamaño del hospital es una variable de control importante en cualquier análisis de cantidades o precios de compra.

Para medir la influencia del diseño institucional en la variación de precios observada, se construyó un índice de precios de compra para cada hospital, teniendo en cuenta todos los productos, como variable dependiente. Los índices de precios de los cuatro productos mostraron una fuerte correlación (Cuadro 3.3), con una excepción: el algodón. La razón de esta divergencia es incierta, por lo que en los análisis subsecuentes se utilizaron dos índices de precios. El primero es un promedio simple de los índices de los precios de compra correspondientes a todos los productos por cada hospital; mientras que el segundo es el mismo promedio simple, con exclusión del algodón.

Cuadro 3.3 Correlaciones de precios de los suministros de cuatro hospitales

	Algodón	Dextrosa glucosa al 5%	Penicilina	Solución fisiológica
Algodón	1,00			
Dextrosa Solución glucosada al 5%	-0,02	1,00		
Penicilina	0,40	0,74	1,00	
Solución fisiológica	-0,06	0,82	0,79	1,00

Notas: Los coeficientes de correlación significativos se muestran en negritas. Las definiciones de los suministros del hospital pueden verse en el texto.

Cuadro 3.4 Diseño institucional y factores de control, indicadores y fuentes

Factores	Indicadores	Fuente
Variables de control:		
Complejidad y tamaño del hospital	Número de camas	Información disponible en el hospital
Control financiero	Retrasos en los pagos	Archivos del hospital
Variables institucionales:		
Probabilidad de detección	Percepción de la probabilidad de detección	Encuesta
Probabilidad de sanción	Relación percibida entre el número de casos sancionados y el número de casos investigados	Encuesta
Monto de la pena	Salario de eficiencia; diferencia entre el salario del jefe de compras del hospital y su costo de oportunidad en el mercado laboral	Archivos de los hospitales e información del mercado laboral

Notas: “Retrasos en los pagos” se refiere al número promedio de días que el hospital tarda en pagar una factura después de recibir la mercancía. El salario de eficiencia representa el costo de oportunidad de la paga recibida en el trabajo actual, en comparación con la paga potencial en el mercado laboral. El salario sombra se derivó de la regresión estándar del salario. Se emplearon datos de la Encuesta de Hogares por Muestreo de 1995 (Oficina Central de Estadística e Informática), con una muestra nacional de 16.784 familias, para estimar el impacto que ejercen la escolaridad, los años de experiencia y el género, en el salario de las personas que perciben ingresos. Para los fines del presente estudio, los coeficientes de esta regresión se utilizaron para estimar el salario que cada persona podría esperar según sus características personales. El salario de eficiencia es la diferencia entre esa paga posible y la que recibe el empleado en el hospital.

Se construyó un modelo de regresión en el que los índices de precios de cada hospital fueron la variable dependiente y las variables institucionales, las variables explicativas. Estos factores del diseño institucional comprenden la probabilidad de detección y castigo, y la magnitud de las sanciones posibles. Se incluyeron también dos variables de control. La primera controla el efecto de la capacidad y la complejidad del hospital, y la segunda considera la posibilidad de que la variación de los precios entre hospitales se relacione con el costo financiero de obtener crédito por parte de los proveedores. En el Cuadro 3.4 se resumen las variables independientes de la regresión.

Cuadro 3.5 Determinantes de los precios de compra en los diversos hospitales

Variables	Índice de precios, excluido el algodón				Índice de precios, incluido el algodón			
Camas (x 10 ⁻³)	-0,47	-2,05	-0,43	-2,37	-0,35	-1,85	-0,31	-2,00
Pago retrasado (días x 10 ⁻³)	3,70	1,55	-0,96	-0,40	1,10	-0,66	-1,10	-0,77
Probabilidad percibida de detección (x 10 ⁻³)	1,40	0,52			1,50	0,65		
Salario de eficiencia del agente de compras (x 10 ⁻⁷)	3,42	2,08			2,34	1,71		
Salario de eficiencia x probabilidad de detección (x 10 ⁻⁹)			6,44	2,21			4,66	1,96
Constante	1,07	6,42	1,27	9,43	1,09	8,16	1,21	11,60
N	20		20		21			
R ² ajustada	0,32		0,30		0,16			0,20

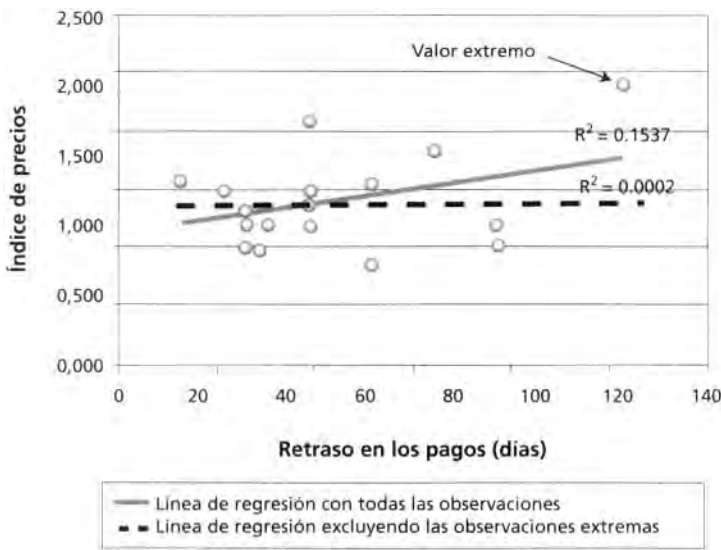
Notas: Las cursivas indican estadísticas t; las negritas, coeficientes que son significativos al nivel de 10 por ciento.

En el Cuadro 3.5 se muestran los resultados de las regresiones cuando se usan las dos variables dependientes (con y sin algodón). La probabilidad de castigo no se incluyó entre las variables independientes dentro de la regresión, porque muchos hospitales no señalaron ningún caso de investigación por cobro de comisión. Puesto que la probabilidad de sanción está condicionada a la detección, la inexistencia de ésta en más de 40% de los hospitales hizo imposible estimar ese efecto.

En ambas regresiones, los efectos estimados de la percepción de probabilidad de captura y del crédito efectivo no son significativos. No queda claro si esto se debe a la ausencia de un efecto o a problemas en la medición. La probabilidad percibida de que se detecte cobro de comisión se derivó de la información obtenida de un gran número de entrevistados que no participaban directamente en el proceso de compras (médicos, enfermeras y jefes de servicio), lo cual pudo introducir un error de medición. También es posible que la forma específica de plantear las preguntas referentes a la detección fuera defectuosa e indujera respuestas confusas.

Un aspecto llamativo e inesperado es que los retrasos en los pagos no hayan tenido repercusión mensurable, considerando que el periodo varió

Gráfico 3.1 Índice de precios por hospital, según el retraso en los pagos



de 15 a 120 días entre los hospitales de la muestra. Durante la primera mitad de 1998, cuando se registró la información sobre precios, la inflación anualizada fue de 32% y las tasas de préstamo estuvieron por encima de ese valor. Se esperaría que las diferencias en los tiempos de pago reflejasen el costo del dinero. El Gráfico 3.1 muestra que no hay ninguna relación de ese tipo, después de excluir un hospital particular que retrasó sus pagos por un promedio de 120 días y tuvo un índice de precios de casi el doble del promedio de los otros hospitales. Si esta experiencia se deja de lado, no hay ninguna relación clara entre el crédito y las diferencias de precios entre hospitales.

En el Cuadro 3.5, el efecto estimado del tamaño del hospital (medido por el número de camas) es significativo, como se esperaría de los resultados previos. Además, la magnitud de los castigos también es un factor explicativo de la variación en los precios, con relevancia estadística. Cuando se excluyen los precios del algodón, los resultados son aún más definitivos, con una R^2 ajustada de 0,32. Los signos de los coeficientes son estables. No hay ningún problema de heteroscedasticidad, y los residuos se distribuyen en forma normal. El signo de la variable del volumen de compras de un hospital fue el esperado: cuanto más grande es el volumen, tanto más bajos los precios.

Por otro lado, la magnitud del castigo tiene un efecto inesperado. Su

medición se basa en el salario de eficiencia del gerente de compras y el coeficiente es de signo positivo, lo que indica que cuando se paga a los funcionarios de compras por encima de lo que recibirían en otras opciones de empleo, también son más altos los precios que el hospital paga por los suministros.¹³ Este dato contradice la hipótesis inicial de que un castigo mayor disuadiría de la corrupción.

Una posible explicación de este hallazgo sorprendente se refiere a la baja probabilidad de que este tipo de corrupción sea detectado. En comparación con los otros tipos de actos indebidos, la probabilidad percibida de detección es en promedio mucho más baja en los casos de cobro de comisión (31,1%) que en los de sustracción o hurto (47,8%) o de ausentismo (72,1%). Además, la probabilidad de castigo es tan baja que algunos de los hospitales de la muestra no llevan ningún registro de los castigos que se aplican por este tipo de infracción. Por esa razón, resultó imposible construir un indicador adecuado de este factor. Con una probabilidad de captura baja y una probabilidad de sanción cercana a 0, es de esperar que la variable asociada con el tamaño de la pena no influya sobre el nivel de corrupción.

Otra explicación sería que el fraude se presta a la connivencia o colusión entre principales (administradores de hospitales) y agentes (funcionarios de compras), ante todo por la estrecha relación entre los directores de hospitales y sus gerentes de compras.¹⁴ La correlación positiva entre el salario de eficiencia y el pago excesivo por suministros podría ser consecuencia de acuerdos colusorios entre los administradores y compradores para sacar provecho económico del hospital. En otras palabras, el hecho de recibir un ingreso superior al costo de oportunidad y beneficiarse de la comisión son mecanismos que pueden servir a los agentes corruptos para incrementar sus ingresos.

Varias piezas de evidencias apoyan esta hipótesis. En primer lugar, menos de 15% de los directores de hospitales estuvieron de acuerdo en que ocurre cobro de comisión en los hospitales públicos. No obstante, la dispersión de los datos de precios y la percepción de los otros informantes clave

¹³ Este resultado se conserva incluso cuando la paga nominal sustituye al salario de eficiencia como variable independiente.

¹⁴ En algunos casos el director del hospital era el encargado directo de administrar las compras. En tales condiciones, al individuo sólo le preocuparía ser descubierto y castigado por autoridades externas al hospital, y por ello estaría sujeto a menos vigilancia que cuando los dos puestos son ocupados por individuos distintos.

entrevistados, incluidos los proveedores, muestran que este tipo de corrupción está extendido en los hospitales públicos.

En segundo lugar, se encontró una relación positiva entre el salario de eficiencia del gerente de compras y los precios de compra. El modelo teórico pronostica una relación negativa: cuanto más alto el salario de eficiencia, tanto más alto el valor esperado del castigo que deberá disuadir de la corrupción. La correlación positiva sugiere que los principales y agentes comprometidos pueden obtener ingresos del hospital, no sólo a través de su salario, sino también del cobro de comisión.

Para probar esta nueva hipótesis se sometió a regresión el índice de precios contra las mismas variables de control, pero se creó e incluyó una variable explicativa más, a saber: la probabilidad de detección, multiplicada por el salario de eficiencia. La nueva variable es significativa pero, como ocurrió con el salario de eficiencia en la regresión anterior, el efecto estimado es el opuesto de lo que se esperaba (véase Cuadro 3.5).

Se presumía que los factores que explican el nivel de sobreprecio de suministros fueran el salario relativo del agente de compras y la probabilidad percibida de detección. Sin embargo, estos efectos no fueron confirmados en el análisis estadístico. De hecho, el pago más alto parece relacionarse con precios también más altos, en vez de ser al revés. Este efecto inesperado es aún más fuerte cuando se hace interactuar al salario con la probabilidad percibida de detección.

Una última posibilidad para explicar la variación de precios podría ser el ejercicio del poder de monopolio por parte de los proveedores, en la forma de discriminación de precios. En un caso tal, los proveedores aprovecharían su conocimiento para imponer precios más altos a los compradores con demanda inelástica que a aquellos con demanda más elástica. Sin embargo, después de aplicar controles a la capacidad y la complejidad del hospital, parece insostenible la suposición de diferencias en la elasticidad de la demanda de insumos en los hospitales. Es más, la discriminación de precios no explicaría la diferencia en los precios de compra de los mismos productos que se observa en un mismo hospital.

Los incentivos institucionales y el sobreprecio

Como se señaló con anterioridad, los resultados podrían deberse a colusión o medidas deficientes de castigo (posible pérdida del salario) y a la probabi-

lidad de detección (basada en percepciones). Si lo último es verdad, debe ser posible construir otros indicadores, basados en el diseño institucional, que son importantes para definir la probabilidad percibida de detección. Estos factores institucionales deben relacionarse con la capacidad del supervisor, principal, de vigilar las acciones de los agentes.

Con el fin de probar esta hipótesis, se formuló un índice para medir el grado de control jerárquico dentro del hospital. Para ello se utilizaron las respuestas a preguntas referentes a: la aceptación social del cobro de comisión entre los pares, los procedimientos de adquisición laxos, la existencia de controles históricos de precios, el número de auditorías por año, y la participación de la comunidad en la gestión del hospital.¹⁵

Sin embargo, los controles internos son eficaces sólo cuando no existe colusión entre la administración del hospital y el jefe de compras. Por consiguiente también es necesario considerar los mecanismos que exigen la rendición de cuentas a la administración del hospital; es decir, los controles externos. Por esa razón se creó también un índice de los controles externos. En este punto de la cadena agente-principal, el director es el agente, y el nivel a que éste responde es su principal.¹⁶ El índice de controles externos se creó a partir de respuestas respecto a la existencia de: rendición de cuentas de los fondos de recuperación de costos —cuotas que paga el usuario—; la discrecionalidad de los directores de hospitales en la asignación de recursos excedentes y para asignar gastos entre partidas; la existencia de criterios ex-

¹⁵ Se normalizaron las respuestas a todas las preguntas, de manera que tuvieran un valor entre 0 y 1, donde 1 significa el control jerárquico más alto y 0 el más bajo. Por ejemplo, en el caso de “la aceptación social del cobro de comisión entre los compañeros”, el número asignado a un hospital es la proporción de personas dentro de éste que consideran el cobro de comisión como una conducta inaceptable. La variable “existencia de controles históricos de precios” es dicotómica, con un valor de 1 cuando existen en el hospital y de 0 en caso contrario. La variable “número de auditorías por año” es el número de auditorías a las que estuvo sujeto el hospital, dividido entre el número máximo de auditorías informado por cualquiera de los hospitales de la muestra. También en este caso, los hospitales con el número máximo de auditorías en la muestra tienen un valor de 1 en esta variable, y aquellos sin auditorías tienen un valor de 0; y así sucesivamente con el resto de las preguntas. El índice de control es precisamente el promedio de cada una de estas variables, lo que también lleva a un índice normalizado de control entre 0 y 1, en que 1 es el control máximo. Se siguió el mismo procedimiento para el cálculo de cada uno de los índices de control utilizados.

¹⁶ Aunque también este nuevo nivel puede participar de ese cobro de comisiones ilegales por compras, este aspecto no estaba entre los objetivos del análisis.

Cuadro 3.6 Relación entre control y detección (coeficiente de correlación)

	Probabilidad de detección	Índice de control interno	Índice de control externo
Probabilidad de detección	1,00		
Índice de control interno	-0,27	1,00	
Índice de control externo	-0,13	0,11	1,00

plícitos para el nombramiento del director; la existencia de múltiples mandatos (varios principales), y el número de relaciones operativas (de agencia) entre el director del hospital y la comunidad local.

Si los directores de hospitales reciben los incentivos correctos, establecerán incentivos y controles internos que incrementen la posibilidad de detección (o la probabilidad percibida de ella). De esta manera, la probabilidad percibida de detección debe mostrar correlación positiva con los índices de ambos tipos de controles (internos y externos).

La correlación entre controles externos e internos, aunque baja, es positiva tal y como se esperaba (Cuadro 3.6). Esto corrobora que en los hospitales con mejores controles externos también son mejores los internos. Sin embargo, no se confirma la expectativa respecto de la preocupación primaria: el efecto de los controles en la probabilidad percibida de detección. De hecho, los resultados muestran que la correlación es baja y negativa. Este dato despierta dudas sobre la calidad de la información de la variable de probabilidad percibida de detección. Con la esperanza de que los índices de control fueran mejores indicadores de la probabilidad de ser descubierto, las regresiones del Cuadro 3.5 se reestimaron después de sustituir los índices de controles internos y externos en cuanto a la probabilidad percibida de detección. Sin embargo, tampoco en este caso los coeficientes de estas variables fueron explicaciones estadísticamente significativas de las diferencias de precios.

Determinantes del hurto de suministros

La sustracción o hurto parece ser una práctica muy difundida en los hospitales públicos de Venezuela. Cuando se preguntó a los informantes clave

Cuadro 3.7 Parámetros del hurto en los hospitales públicos

	Porcentaje que declara que hay hurto	Porcentaje de suministros hurtados
Suministros quirúrgicos	67,0	10,1
Medicamentos	64,4	13,4
Equipo	50,1	5,7
Alimentos	42,3	12,2
Otros	28,2	3,4

Fuente: Encuesta entre personal hospitalario.

sobre la frecuencia del hurto en sus instalaciones, más de 50% indicaron que habían sido extraídos insumos médico-quirúrgicos, medicamentos y equipo (Cuadro 3.7). Al pedirles que evaluaran el volumen de los suministros sustraídos, estimaron la pérdida en aproximadamente 10%.

Para analizar las determinantes del hurto, se creó un índice que combinara como variables estos dos grupos de respuestas. El índice multiplicaba específicamente la proporción de personas que reconocieron casos de hurto en el hospital (de insumos médico-quirúrgicos, medicamentos, equipo, alimentos y otros), por la cantidad notificada de suministros extraídos. Un índice semejante no es una medida precisa de la magnitud y frecuencia de los hurtos, pero debe ser un equivalente apropiado del nivel general de hurto.

Las variables explicativas se muestran en el Cuadro 3.8. La magnitud del castigo se estima por la diferencia entre los niveles salariales del hospital y el sueldo que una persona con capacidades similares está ganando en el mercado laboral. El valor esperado del castigo ajusta esta diferencia en términos del tiempo promedio que el individuo pasaría desempleado antes de conseguir otro trabajo. Ajusta también la probabilidad de que las autoridades del hospital apliquen el castigo. Puesto que el valor esperado del castigo es, en parte, una función de la probabilidad percibida de sanciones, estas dos variables no se utilizan juntas en la misma regresión (la correlación simple entre ambas variables es 0,56).

Ambas variables se formularon con la paga promedio ponderada de médicos, enfermeras tituladas y auxiliares, y obreros; es decir, de aquellos

Cuadro 3.8 Factores explicativos, indicadores y fuentes de información en el estudio del hurto

Factores	Indicadores	Fuentes
Beneficio esperado	Número de camas (capacidad del hospital): los hospitales grandes, con su mayor número de servicios, ofrecen mayores oportunidades para el hurto y un mayor beneficio potencial. Esta variable se relaciona también con la probabilidad de detección, porque la vigilancia y el control son más difíciles y costosos en los hospitales grandes. Sin embargo, la relación se ve modificada por la existencia de mecanismos de control. En ambas interpretaciones, el efecto esperado en la variable dependiente es el mismo: el hurto se incrementa con el número de camas (mayor beneficio esperado, menor probabilidad de detección o ambos efectos).	Archivos del hospital y fuentes secundarias
Probabilidad de detección	Probabilidad percibida de detección entre empleados del hospital.	Encuesta
Probabilidad de sanción	Relación señalada entre casos investigados y casos que culminan en sanción.	Encuesta
Magnitud de la sanción	Salarios de eficiencia promedio de médicos, enfermeras y trabajadores, ponderados por el número de cada tipo de empleado en el hospital.	Información disponible y cálculos de los autores
Valor esperado de la sanción	Se calcula como el costo de oportunidad de distintos tipos de sanciones aplicadas al hurto en cada hospital, multiplicado por la distribución de frecuencia señalada de cada tipo de sanción. El costo de oportunidad se calcula como la paga promedio ponderada por cada tipo de empleado.	Información disponible y cálculos de los autores

trabajadores que tienen un contacto más constante con suministros, medicamentos y otros materiales y equipo desde su entrega al hospital hasta su uso final.

Luego se estimaron dos regresiones, que difieren sólo en dos de las variables incluidas (Cuadro 3.9). En ambas regresiones, los beneficios potenciales (según se establece por la capacidad del hospital) son muy signifi-

Cuadro 3.9 Regresiones entre hospitales en cuanto a las variaciones en hurto

	(1)		(2)	
Camas del hospital	0,15	4,66	0,013	4,26
Probabilidad señalada de detección	-0,13	-2,79	-0,12	-2,44
Magnitud esperada de la sanción (coef. x 10 ⁻⁶)	-1,80*	-1,76		
Probabilidad señalada de sanción			0,23	0,072
Salario de eficiencia promedio en el hospital (coef. x 10 ⁻⁶)	6,62	1,31	-0,445	-0,12
Constante	9,96	3,62	8,55	2,96
Observaciones	21		22	
R ² ajustada	0,67		0,61	

Notas: Las cursivas indican estadísticas t; las negritas, estadísticamente significativo al nivel de 5 por ciento. El asterisco (*) indica estadísticamente significativo al nivel de 10 por ciento.

cativos (a nivel de 1%). A mayor número de camas, mayor la capacidad del hospital y mayor también la cantidad informada de hurto. También la probabilidad informada de detección es estadísticamente significativa (a nivel de 1%) en ambas regresiones. En los hospitales con una mayor probabilidad percibida de detección, la cantidad informada de hurto parece más baja.

La variable que mide la probabilidad de que se aplique castigo es pequeña y no significativa estadísticamente. Además, el valor del castigo, según se mide por el salario de eficiencia promedio ponderado, parece no tener impacto en la cantidad de hurto en ninguno de los casos. Aun así, el valor esperado del castigo —el producto de la probabilidad de ser castigado, por la pérdida potencial de ingresos— es estadísticamente significativo a un nivel de 10%. Esto indica que el castigo esperado tiene un impacto negativo pequeño en el hurto. Ambas regresiones explican casi 66% de la variación en el índice de sustracción. Los coeficientes son estables; no hay problema de heteroscedasticidad o autocorrelación, y los errores siguen una distribución estándar.

Los incentivos institucionales y el hurto

Se espera que la percepción de la probabilidad de captura de la sustracción sea una función de la capacidad del principal de obtener información acerca de la conducta de los agentes. Al igual que en el caso del análisis de la práctica de sobreprecio, se construyó un índice de control interno, en el cual se combinaron las variables siguientes: la aceptación social del hurto entre pares, la utilización de un registro histórico para el control de suministros, las auditorías *ex post*, en las que se comparan los suministros utilizados con los servicios proporcionados, la participación de la comunidad en la gestión del hospital, y la capacidad (número de camas) y complejidad de éste.¹⁷

Es de esperar que estos controles internos incrementen tanto la probabilidad de que el hurto se descubra como la exactitud de la medición de lo que se hurta. De hecho, la probabilidad percibida de detección presenta una correlación positiva con el índice de control. La probabilidad de detección explica cerca de 17% de la variación entre hospitales de la probabilidad percibida de detección, y es estadísticamente significativa al nivel de 10%.

En la probabilidad percibida de detección también debe influir la capacidad del principal para dar aplicación efectiva a los castigos. También en este caso se construyó un índice, esta vez de la capacidad del hospital para aplicar sanciones cuando se descubre el hurto. El índice incluyó dos variables: la capacidad de los sindicatos y sociedades profesionales —gremios— de influir en la política de recursos humanos y la autonomía de los directores de hospitales para la administración de dichos recursos. La regresión de la probabilidad percibida de que se apliquen los castigos, sobre el índice de capacidad de castigo, confirma que existe una relación positiva. Los factores institucionales explican casi 15% de la variación entre hospitales en la probabilidad percibida de castigo.

Determinantes del ausentismo

Los informantes clave resaltaron el ausentismo del personal como un problema grave que afecta la capacidad de los hospitales de proporcionar servicios oportunos y de buena calidad. Sin embargo, las características y

¹⁷ Se ofrecen más detalles en la nota 15.

determinantes del ausentismo no son las mismas en todos los niveles de la organización. En particular, el ausentismo de médicos, enfermeras tituladas y enfermeras auxiliares debe estudiarse por separado, porque difieren de manera significativa sus contratos, las opciones de empleo y los grados de vigilancia.

En general, los sistemas de contratación y salarios que se aplican a médicos y enfermeras son muy distintos. Las peculiaridades del mercado laboral en los sectores público y privado también generan variaciones en la movilidad entre sectores, para ambos tipos de personal, lo que podría afectar sus costos de oportunidad. En términos más específicos:

- ♦ El diferencial de salarios entre el sector público y el privado de los tres tipos de empleados varía, sobre todo entre médicos y enfermeras. La razón de los salarios promedio de los médicos entre los sectores público y privado (calculados a partir de la muestra) es de 4,5 mientras que la correspondiente a las enfermeras graduadas es de 0,99, y la de las enfermeras auxiliares, de 1,03. Es evidente que los médicos tienen mayores incentivos para dedicar tiempo a actividades fuera del hospital público.
- ♦ Los médicos enfrentan fuertes barreras para ingresar en clínicas privadas. El medio más frecuente para adquirir el derecho a trabajar en una clínica privada consiste en tener participación económica (acciones) en la clínica, por un monto bastante variable pero que equivale en promedio a dos años y medio de los ingresos que percibe un médico en el sector privado. La otra opción, menos frecuente, es la aprobación por la Junta Directiva de la clínica, lo que suele depender de la reputación y capacidad del médico, de su condición profesional y de sus relaciones sociales con los médicos y el equipo directivo de la clínica.
- ♦ Las enfermeras, por otro lado, enfrentan fuertes barreras de entrada en los hospitales públicos. De hecho, la contratación de enfermeras tituladas en los hospitales públicos depende por lo general de un proceso de selección que se supone sea competitivo, pero que no siempre es transparente, según señalan algunas de las enfermeras entrevistadas.

Cuadro 3.10 Tasas señaladas de ausentismo del personal hospitalario, por clasificación del puesto (porcentaje de horas contratadas perdidas)

Tipo de personal	Horas promedio de ausencia	Desviación estándar
Médicos residentes	7,5	7,1
Especialistas	35,9	17,7
Jefas de enfermeras	29,8	19,7
Enfermeras tituladas	9,7	6,9
Enfermeras auxiliares	13,6	7,0

De la encuesta parece claro que el ausentismo difiere significativamente entre enfermeras y médicos. En el Cuadro 3.10 se muestra una comparación del ausentismo por categoría de personal, medido por respuestas al cuestionario con respecto a la proporción de horas contratadas no trabajadas. Las tasas más altas correspondieron al personal que con menor probabilidad sería vigilado, es decir, a médicos y jefas de enfermeras (que se señalaron ausentes en 37 y 30% de sus horas contratadas, respectivamente). También residentes y enfermeras están ausentes una parte importante del tiempo, pero nunca tanto: entre 8% y 9 a 14% de sus horas contratadas, respectivamente.

Un segundo factor que anima o disuade del ausentismo es el costo potencial de ser despedido. Por ejemplo, los residentes necesitan trabajar en los hospitales públicos para ganar experiencia, en particular si están estudiando para hacerse especialistas. Su desempeño de posgrado depende explícitamente de su asistencia y su trabajo en el hospital. Por ello no es de extrañar que los residentes tiendan menos a estar ausentes, incluso menos que las enfermeras graduadas.

Para analizar de manera empírica estas hipótesis, se formuló un índice de ausentismo para la proporción informada del tiempo perdido por cada tipo de empleado. El índice se basó en información obtenida con dos preguntas: una referente a la proporción de días que el personal estuvo presente, y otra a la proporción de horas que el personal estuvo presente en un día específico. Al sustraer de la unidad el producto de esas dos razones, se obtiene un estimado del tiempo que el personal estuvo ausente del hospital.¹⁸

¹⁸ Se encontrarán más detalles en Jaén y Paravisini (1999).

Cuadro 3.11 Factores explicativos, indicadores y orígenes de las variaciones en el ausentismo

Factores	Indicadores	Fuentes
Probabilidad de detección	Probabilidad percibida por el personal de que se descubra el ausentismo.	Encuesta
Probabilidad de sanción	Probabilidad percibida por el personal de que se aplique la sanción, calculada como la relación entre la percepción del número de casos sancionados y el número de casos investigados o descubiertos.	Encuesta
Magnitud de la sanción y/o beneficio esperado	Salario de eficiencia de cada tipo de empleado: diferencia entre la paga y el costo de oportunidad.	Encuesta y cálculos de los autores
Valor esperado de la sanción	Se calcula como el costo de oportunidad de los tipos diferentes de sanción aplicados por ausentismo en cada hospital, multiplicado por la distribución de frecuencia de cada tipo de castigo. El costo de oportunidad se calcula según el salario de cada tipo de personal.	Encuesta y cálculos de los autores

En el Cuadro 3.11 se muestran los factores explicativos que se evaluaron. Las características de las variables son las mismas que se analizaron en el caso de sustracción. El ingreso esperado por un acto corrupto se relaciona con el valor de tiempo libre o la paga esperada de un empleo distinto. En esta investigación no se midió el valor del tiempo libre, y la paga esperada de un trabajo distinto está incorporada en el cálculo del salario de eficiencia.

En el análisis, el salario de eficiencia refleja tanto la pérdida potencial de ingreso si se es despedido, como el ingreso esperado (de estar ausente y trabajar en otra parte). Si los demás factores se mantienen constantes, un salario de eficiencia más alto indica un castigo mayor y un menor beneficio potencial de un uso distinto del tiempo. Así, en ambas situaciones, los salarios de eficiencia más altos se relacionarán con niveles más bajos de ausentismo. También se espera que el ausentismo sea más alto en los hospitales donde las probabilidades de detección y castigo sean más bajas (p. ej., los hospitales más grandes).

Cuadro 3.12 Determinantes del ausentismo y de los permisos médicos por tipo de personal

	Ausentismo de médicos		Enfermeras titulares			
			Ausentismo		Permiso médico	
Probabilidad señalada de detección (coef. $\times 10^{-3}$)	-7,20	-2,40	-2,20	-1,80	0,0023	1,98
Probabilidad señalada de sanción por ausentismo	0,02	0,15	-0,12	-2,44	-0,035	-0,70
Sanción esperada (coef. $\times 10^{-7}$)	-1,02	-1,46	-0,67	-1,88	0,12	0,33
Salario de eficiencia (coef. $\times 10^{-7}$)	-1,26	-1,73	2,97	0,68	1,95	0,44
Constante	0,96	4,12	0,33	3,33	-0,096	-0,99
Observaciones	22		22		20	
R ² ajustada	0,27		0,28		0,015	

Notas: Las cursivas indican estadísticas *t*; las negritas, estadísticamente significativo al nivel de 10 por ciento.

En el Cuadro 3.12 se presentan las regresiones por ausentismo entre médicos y enfermeras tituladas. No se incluyen regresiones para las enfermeras auxiliares, porque ninguna de las variables explicativas resultó significativa en su caso.

La probabilidad percibida de detección y el salario de eficiencia son significativos para explicar variaciones en el ausentismo de los médicos. Este problema es mayor entre ellos cuando disminuye la probabilidad de detección. También se incrementa cuando disminuye la magnitud del castigo esperado y cuando aumentan las ganancias potenciales de tener un empleo distinto. No obstante, la probabilidad percibida de que se apliquen sanciones y la magnitud del castigo no son estadísticamente significativas. Sin embargo, las variables significativas tienen el signo esperado y explican cerca de 27% de la variación en ausentismo entre médicos.

Entre las enfermeras tituladas, la probabilidad de detección, la de castigo y el castigo esperado son estadísticamente significativas para explicar el ausentismo, y tienen los signos esperados. En contraste, el salario de eficiencia no es significativo en la regresión, lo que indica que la paga no es un factor explicativo importante del ausentismo de este tipo de personal. La regresión explica casi 28% de la variación en el ausentismo de las enfermeras tituladas.

Como se señaló, las enfermeras tienen tasas bajas de ausentismo en comparación con sus jefas y con los médicos. Sin embargo, los informantes

clave indicaron que el personal de enfermería podría estar utilizando permisos médicos, válidos sólo en situaciones de enfermedad, para obtener tiempo libre aun cuando no hubiera ningún problema de salud; esta percepción está bastante extendida. Para evaluar de manera empírica esta posibilidad, los autores sometieron a regresión los permisos médicos, contra diversos factores institucionales relacionados con la corrupción. Si estos permisos se pidieran sólo por motivos de salud, entonces probablemente no se relacionarían con los factores identificados en el modelo de ausentismo.

Las últimas dos columnas del Cuadro 3.12 muestran una regresión del número promedio de días por mes en que se pidieron permisos médicos, por enfermera en cada hospital, empleando los mismos factores que se utilizaron para explicar el ausentismo. La regresión no proporciona ninguna prueba estadística firme respecto de la hipótesis sobre el abuso, porque explica muy poco sobre la variación en días de permiso médico por enfermera. La única indicación estadística de que en los permisos médicos inciden los mismos factores que en el ausentismo es la probabilidad de detección, la cual resulta estadísticamente significativa al nivel de 10% y es, inesperadamente, positiva. Es decir, en los hospitales donde es más alta la probabilidad de detección de ausentismo, las enfermeras hacen un uso más intensivo de los permisos médicos.

Este dato pone de relieve una de las dificultades que implica medir las actividades ilegales que afectan a los servicios: la gente tiene mucha inventiva y se ajusta a contextos distintos. Es posible que las enfermeras de los hospitales donde la vigilancia es más estrecha se valgan de los permisos médicos para conseguir “tiempo libre” en vez de simplemente dejar de presentarse. Conseguir un permiso médico difiere de la ausencia injustificada en que aquél se registra, y conlleva ciertos costos relacionados con obtener la justificación. Por otro lado, puede servir al personal como recurso para reducir la probabilidad de ser descubierto en una ausencia injustificada. Esta interpretación se apoya en el hecho de que el personal no percibe como ausentismo el permiso médico justificado.¹⁹

Los incentivos institucionales y el ausentismo

Como en los casos de sobreprecio y hurto, el estudio abordó los aspectos de diseño institucional que influyen en los factores que inciden en el ausentismo.

¹⁹ Información obtenida de entrevistas con directores de hospitales e informantes clave.

En particular, se espera un vínculo entre la probabilidad de detección y la capacidad que tenga el director del hospital para supervisar a su personal. Para establecer esta relación se formuló un índice de control a partir de los indicadores institucionales siguientes:

- ◆ *Total de trabajadores del hospital.* Este es un indicador de los costos y la complejidad relacionados con la supervisión del personal. Conforme aumenta el número de empleados, se vuelve más difícil y costoso el ejercicio de la supervisión y el control. Por consiguiente, la probabilidad percibida de detección es más baja.
- ◆ *Aceptación social de la corrupción.* Cuanto mayor es la aceptación social del ausentismo por los compañeros, tanto menor es la probabilidad de detección.
- ◆ *Existencia de métodos para medir el desempeño.* Estos recursos incrementan la probabilidad de detección. Si el director del hospital cuenta con instrumentos para medir el desempeño del personal, también aumentará la probabilidad de detectar a los agentes.
- ◆ *Participación de la comunidad en la gestión del hospital.* La conducta esperada es similar a la del caso anterior, pero la población cumple el papel de principal.

De hecho, este índice de control guarda un paralelismo muy fuerte con la probabilidad percibida de detección, con un coeficiente de correlación de 0,51. Otra manera de conceptuar esta relación consiste en someter a regresión la probabilidad percibida de detección, contra el índice de control. Al hacerlo, este índice explica por sí solo más de 25% de la variación entre hospitales de la probabilidad percibida de detección.

La probabilidad percibida de castigo debe relacionarse también con la capacidad efectiva de los principales para aplicar sanciones. Con el fin de cuantificar esta capacidad, se formuló un índice de capacidad de aplicación, basado en la autonomía del director del hospital en la contratación y despido de personal y la influencia que ejercen sindicatos y sociedades profesionales en la administración de los recursos humanos. La correlación entre la probabilidad percibida de castigo y la capacidad de darle cum-

plimiento es de 0,13. Esta correlación es positiva como se esperaría, aunque carece de significación estadística.

Conclusiones y recomendaciones de política

De las encuestas y entrevistas se concluyó que tres tipos de corrupción eran comunes en los hospitales públicos de Venezuela: el cobro de comisión en la compra de suministros médicos, el hurto de suministros y medicamentos, y el ausentismo entre médicos y enfermeras. El análisis de estas actividades ilegales en un modelo tradicional de crimen y teoría de la agencia, permitió evaluar las repercusiones del diseño institucional en la existencia de corrupción. En particular, la probabilidad de detección y castigo parece contribuir en buena medida a explicar el hurto y el ausentismo. A su vez, las probabilidades de detección y castigo podrían relacionarse con la existencia de controles administrativos y con la administración autónoma de los recursos humanos por parte del director del hospital, respectivamente. En contraste, los niveles de pago no parecen tener impacto alguno en el hurto y, a lo sumo, se relacionan con prácticas de sobreprecio en la compra de suministros. Debido a que el modelo basado en la teoría de agencia no permite explicar las diferencias en los sobreprecios, se consideró necesario desarrollar un modelo más refinado de conducta ilegal que incorpore la posibilidad de colusión o connivencia entre los directores del hospital y su personal.

Cobro de comisión y sobreprecio

Se advirtió una dispersión considerable en los precios de compra de productos homogéneos, tanto entre los hospitales como entre las compras de un mismo hospital. Estas diferencias persisten aún después de someter a control por descuentos o recargos financieros relacionados con las cantidades de las compras y términos del crédito, y luego de controlar por diferencias entre los procedimientos administrativos de adquisiciones.²⁰ Este resultado se interpretó como dato confirmatorio de las opiniones de infor-

²⁰ La selección de la muestra en un área geográfica relativamente restringida significó que resultara innecesario el control de la distancia respecto de los proveedores.

mantes clave en el sentido de que el cobro de comisión era común en el proceso de compras realizado por los hospitales públicos.

Los factores de los que se esperaba una relación empírica con el sobreprecio fueron, en general, estadísticamente no significativos. Hay varias explicaciones posibles. En primer lugar, el modelo empírico sufre un problema de especificación ya que no es posible construir las variables asociadas a la probabilidad de sanción. Esta probabilidad está condicionada a la detección de los actos corruptos, y en más de 40% de los hospitales no se había descubierto ni castigado ningún caso de sobreprecio.

En segundo, la variable correspondiente a la probabilidad de detección puede ser poco fiable. Esta variable se basó en las percepciones de informantes clave que pueden no poseer información suficiente o directa sobre el proceso de compras.

En tercero, la probabilidad de detección y castigo por cobro de comisión es mucho más baja que en otros tipos de corrupción. Ya que el castigo esperado se basa en la multiplicación de estas probabilidades por la magnitud de la penalidad, la influencia esperada en la conducta de los agentes puede ser insignificante.

Las entrevistas con informantes clave sustentan la hipótesis de que esos resultados estadísticos deficientes se deben a la existencia de colusión entre los principales y agentes que participan en el proceso de compras. Los directores de hospitales que tienen la capacidad de vigilar a sus agentes y establecer incentivos y controles internos, están estrechamente vinculados al proceso de adquisiciones. De hecho, en muchos de los casos estudiados el director del hospital es el encargado directo de las compras.

De ser éste el caso, las reformas institucionales para reducir este tipo de corrupción deberán enfocarse en los incentivos externos del hospital. Un arreglo de ese tipo consistiría en introducir un elemento de competencia por los recursos que se transfieren a la institución. Cuando los recursos de compra provienen de transferencias históricas incondicionales, los directores de hospitales y los agentes de compras tienen pocos incentivos para procurar precios más bajos. La situación se agrava cuando el desempeño de los hospitales no se mide en términos de resultados o productividad, sino sólo en los de ejecución del presupuesto.

Hurto

El hurto de insumos es otra forma de actividad ilegal que se considera frecuente en los hospitales públicos. Más de 50% de los informantes clave admiten tener noticia de casos de hurto en los hospitales, y la pérdida estimada por sustracción suele ser de más de 10% de los suministros quirúrgicos y medicamentos.

El análisis estadístico muestra que el hurto aumenta cuando el beneficio potencial que ofrece es alto, cuando la probabilidad de detección es baja y cuando la magnitud esperada del castigo (el valor de éste multiplicado por la probabilidad de que se aplique) también es baja. El presente análisis corroboró el modelo teórico, con una excepción: en el nivel de hurto no parecen influir los salarios. Es decir, el hurto en los hospitales públicos parece guardar una relación más estrecha con la probabilidad de detección y castigo que con los niveles de remuneración.

Los controles administrativos y de suministros son significativos para explicar diferencias entre hospitales en la percepción de la probabilidad de detectar el hurto. Asimismo, la capacidad de los directores de hospitales para aplicar castigos presenta una correlación positiva con la probabilidad percibida de castigo, según se deduce de las encuestas. Así, las pruebas apoyan la expectativa de que las percepciones de la probabilidad de detección y sanción responden a los incentivos específicos relacionados con el diseño institucional del hospital.

Estos resultados sugieren que la introducción o refuerzo de los controles internos podrían reducir el hurto en los hospitales. Tales sistemas comprenden el control de inventarios, desde que los suministros entran en el hospital hasta que se utilizan en la provisión de servicios. Dependen también de que los usuarios participen en la gestión del hospital y en la vigilancia de sus actividades. Por último, también los marcos institucionales que estimulan el control por parte de los compañeros pueden reducir el hurto. Por ejemplo, el costo de los suministros perdidos puede cobrarse a todos los miembros del grupo responsable.

Otra manera de disminuir el hurto es reforzar la capacidad del director del hospital de aplicar sanciones, al reducir o eliminar la influencia de los sindicatos y sociedades profesionales en la política de recursos humanos. Si se fortaleciera la capacidad de los directores de hospitales para administrar los recursos humanos con menos interferencia, sería más fácil que se

aplicaran los castigos en casos de hurto demostrado. Esto, a su vez, aumentaría la probabilidad percibida de castigo entre el personal hospitalario.

Ausentismo

También el ausentismo se señala como hecho frecuente en los hospitales públicos de Venezuela. Parece ser más común entre médicos y jefas de enfermeras, que entre las enfermeras o los médicos residentes. La proporción estimada de horas contratadas que dejan de trabajar los médicos y las jefas de enfermeras es de 36 y 30%, respectivamente. Entre los médicos residentes, enfermeras tituladas y enfermeras auxiliares, la proporción de ausencias es de aproximadamente 7, 9 y 13%, respectivamente.

La única variable explicativa que resultó significativa para dar razón del ausentismo entre los médicos especialistas y las enfermeras tituladas es la probabilidad de detección. En ambos casos, un aumento en la probabilidad percibida de detección se relaciona con uno paralelo en el cumplimiento de las horas contratadas. En cuanto a los médicos, una mayor remuneración con respecto al costo de oportunidad está asociada empíricamente a un menor incumplimiento laboral. El ausentismo entre las enfermeras tituladas parece ser más bajo cuando es mayor la probabilidad de que se apliquen castigos y cuando el castigo esperado es más severo.

Las diferencias en la conducta de ambos tipos de empleados se deben probablemente a las características específicas de sus mercados de trabajo respectivos. Por ejemplo, la razón de la paga promedio entre los sectores privado y público es de 4,5 en el caso de los médicos y cerca de 1,0 en el de las enfermeras. Además, enfrentan fuertes barreras los médicos que pretenden ejercer en clínicas privadas, al igual que las enfermeras que buscan trabajar en hospitales públicos.

Otro factor que puede influir en las enfermeras es su destreza para recurrir a permisos médicos en lugar de incurrir en ausencias injustificadas. Se obtuvieron pruebas de que las horas mensuales promedio de permisos médicos entre enfermeras guardan una relación positiva con la probabilidad de detección. Es decir, las enfermeras usan los permisos médicos de manera más intensiva en hospitales donde es más alta la probabilidad percibida de que se detecte el ausentismo.

El análisis de los diversos mecanismos institucionales para controlar el ausentismo muestra que tienen repercusiones en la probabilidad percibida

de detección y un impacto positivo, aunque no estadísticamente significativo, en la probabilidad percibida de castigo. Esto implica que los mecanismos de control institucionales pueden resultar eficaces, pero cada institución deberá diseñar los que mejor se adapten a su situación particular y al tipo de personal; dicho de otro modo, un mismo mecanismo no vale para todas. Los resultados demuestran que los determinantes empíricos del ausentismo son distintos para enfermeras y médicos, por lo que las políticas deben diseñarse de acuerdo con cada tipo de personal.

Para reforzar la influencia en el ámbito intrahospitalario del ausentismo de los médicos, es necesario aumentar la capacidad de vigilancia que tienen los principales. Esto requiere, entre otras cosas, un sistema de controles internos destinado a incrementar la probabilidad percibida de detección, a saber: mayor control por parte de los compañeros, implantación de métodos para medir el desempeño y participación de la comunidad en la administración. Debe prestarse atención también al nivel de paga de los médicos en los hospitales públicos. Como se señaló, el salario de los médicos es más de cuatro veces mayor en el sector privado que en el público. Podría ser eficaz una política que incrementara la remuneración del personal médico, pero para lograr los resultados deseados tendría que ir aparejada de políticas que incrementen la probabilidad de que se apliquen castigos en casos de ausentismo.

Asimismo, para reducir el ausentismo entre las enfermeras tituladas es indispensable reforzar la capacidad de supervisarlas, dotando a los principales de una mayor autoridad para aplicar castigos. Esto requiere limitar el poder de los sindicatos y sociedades profesionales en las decisiones relativas a estos recursos humanos, a fin de que los directores de hospitales puedan administrar con mayor eficiencia a su personal.

Nota final a los diseñadores de políticas

En este capítulo se han estudiado las determinantes de las prácticas corruptas en los hospitales públicos de Venezuela y el diseño de políticas para combatirlos. Puesto que las prácticas corruptas estudiadas fueron elegidas en atención a sus repercusiones en la eficiencia, es de esperar que la aplicación de tales políticas llevará a un uso más eficiente de los escasos recursos hospitalarios, con lo que se podrían mejorar los servicios públicos.

Sin embargo, no todas las políticas que reducen las actividades ilegales

mejorarán la eficiencia. Las prácticas corruptas son a veces el medio por el que los agentes adaptan su conducta a las distorsiones impuestas por restricciones institucionales cuya modificación está fuera del alcance de los gerentes, jefes de servicio y directores de hospitales. Algunas de tales distorsiones pueden encontrarse en el diseño del sistema y mecanismos de financiamiento, las regulaciones legales que gobiernan la administración de recursos humanos, y la centralización de las decisiones presupuestarias.

Por ejemplo, el ausentismo entre médicos especialistas puede ser una manera de ajustar el ingreso real por hora, porque los salarios nominales son establecidos en el ámbito central por otras dependencias de gobierno. Si este mecanismo no existiera, el bajo nivel de los salarios reales de los médicos en los hospitales públicos crearía una escasez de personal médico calificado, con consecuencias negativas para los servicios de salud.

Por consiguiente, es importante no perder de vista los efectos en la eficiencia, eficacia y equidad de la atención de la salud cuando se elaboren políticas para reducir la corrupción. Eliminar la corrupción no es un fin en sí, sino un medio para aumentar la productividad, la calidad y la cobertura de los servicios de los hospitales públicos.

Transparencia y rendición de cuentas en los hospitales de Argentina

Ernesto Schargrodsky, Jorge Mera y Federico Weinschelbaum

Los 33 hospitales públicos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) adquieren sus insumos por medio de un proceso descentralizado. En septiembre de 1996, la Secretaría de Salud del GCBA puso en marcha una política de monitoreo de los precios de compra. La base de datos generada por esa política se utiliza en el presente capítulo para analizar dos problemas relacionados: ¿cuál es el efecto de monitorear los precios? y ¿qué impacto tienen en éstos los salarios que perciben los jefes de compras? Los resultados muestran que dicha política logró una reducción de los precios, pero que el efecto transitorio fue mayor que el permanente, lo que sugiere que la transparencia no es un disuasivo suficiente de los actos corruptos si no se complementa con algún tipo de sanción. Contra lo que se esperaba, los salarios de los jefes de compras, en relación con la expectativa de ingresos en el mercado laboral, no se vieron vinculados a una disminución de los precios de compra. En este capítulo se analizan también resultados de encuesta que identifican al ausentismo como la forma más grave de abuso por parte de médicos y enfermeras de los hospitales públicos.

Introducción

Una de las áreas en que pueden utilizarse los fondos públicos para obtener beneficios privados son los hospitales públicos. Tales formas de corrupción pueden ser particularmente dañinas para la sociedad.¹ En primer lugar, in-

¹ Si bien no existe consenso respecto a su definición (Palmier, 1983; Johnston, 1997), la corrupción suele considerarse como el uso de los cargos públicos, por parte de funcionarios del Estado, para beneficio propio (Shleifer y Vishny, 1993; OEA, 1996; Bardhan, 1997).

cluso una baja incidencia de corrupción resulta costosa, por el importante volumen de recursos que se destina a este sector. En 1995, el gasto en los hospitales públicos de Argentina alcanzó 1,3% del PBI (González García y Tobar, 1997).² En segundo, la desviación de los fondos de salud lesiona la igualdad social. En Argentina, el gasto en salud tiene mayores efectos redistributivos que la mayor parte de otros dispendios públicos (Diéguez, Llach y Petrecolla, 1990). En tercer lugar, no es posible combatir la corrupción en los hospitales públicos con sólo reducir la participación del Estado en este sector. El acuerdo sobre la necesidad de que el Estado financie y provea servicios de salud depende no sólo de razones de igualdad social (extender los servicios a los sectores más carentes de la sociedad), sino también de la eficiencia económica (motivaciones externas poderosas, ya que a todo individuo le interesa, por su propio provecho, que su vecino esté sano). Además, es evidente que una solución puramente privada no es factible, porque la provisión privada de servicios de salud adolece de incontables problemas de agencia (Arrow, 1963; Feldstein, 1993).

Es fácil imaginar muy diversas oportunidades para la corrupción en los hospitales públicos. Pueden existir prácticas corruptas en la licitación de servicios de comedor, limpieza y seguridad, en el nombramiento de personal, en el ausentismo durante horas de trabajo, en la utilización de suministros, instalaciones y recursos laborales para el beneficio privado, en el desvío de pacientes a consultorios privados, en la solicitud de pagos indebidos a los pacientes, o en la compra de equipos e insumos.

En este capítulo se examinan pruebas subjetivas de algunas formas de corrupción existentes en hospitales públicos, obtenidas a través de encuestas realizadas entre médicos, enfermeras y pacientes³ en tres hospitales públicos y uno privado de la ciudad de Buenos Aires.

En este trabajo se utilizan también datos duros para abordar otra dimensión de la corrupción hospitalaria: los manejos ilícitos en la compra de suministros para los hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA). Los 33 hospitales del sistema de salud del GCBA adquieren sus

² El porcentaje real es mayor, puesto que la cifra excluye el gasto en instituciones pertenecientes al sistema de seguridad social, algunas de las cuales son administradas también por el Estado.

³ Para los fines del presente trabajo, el término “pacientes” se refiere a personas que fueron atendidas en alguno de los cuatro hospitales o, en el caso de los niños y de aquellos imposibilitados para responder, de algún familiar que los acompañaba al servicio.

insumos conforme a un sistema descentralizado. Cada hospital tiene su propia oficina de compras, dirigida por un jefe de compras. En un esfuerzo innovador por aumentar la transparencia en los procedimientos de compra de insumos, la Secretaría de Salud del GCBA, a través de la Subsecretaría de Gerenciamiento Estratégico, ordenó que todos los hospitales de su dependencia le notificaran los precios a los cuales adquirieron una serie de insumos. A partir de octubre de 1996, la información compilada comenzó a ser remitida periódicamente a todos los hospitales, de una manera que ponía en evidencia a las instituciones que habían pagado los precios más altos y más bajos por cada insumo.

A través de esta política de monitoreo, la Secretaría reunió una base de datos correspondiente a las compras realizadas por los hospitales entre agosto de 1996 y diciembre de 1997. Gracias a ello es posible estudiar un conjunto único de datos microeconómicos —y su contribución a la investigación existente sobre corrupción—, reunidos por medio de encuestas (Ades y Di Tella, 1995, 1997a; Mauro, 1995; Kaufmann y Wei, 1999).

Los datos sobre precios también permiten comprobar si los “salarios de eficiencia” de los jefes de compras de los hospitales del GCBA afectan los precios de compra de insumos. Se llama salario de eficiencia a la diferencia que existe entre el salario nominal que recibe el agente y el salario que un individuo con características similares percibiría en un empleo promedio en el resto de la economía. Esta diferencia representa el monto de lo que el agente de compras perdería si se lo llegara a considerar indeseable y se lo despidiera. Presumiblemente, los mayores salarios de eficiencia deberían inducir a los trabajadores a estar más atentos a los intereses del jefe en cuanto a productividad (Yellen, 1984; Shapiro y Stiglitz, 1984). Van Rijckeghem y Weder (1997) consideran explícitamente la hipótesis de que los salarios mayores en el servicio civil se relacionan con una menor corrupción, y encuentran confirmación en resultados internacionales (*cross-country*). Un argumento tal significaría que los hospitales públicos con jefes de compras bien pagados deberían pagar menos por sus suministros. En realidad, las pruebas empíricas obtenidas en este capítulo muestran que los salarios de eficiencia no tienen un efecto estadísticamente significativo en los precios de compra de suministros. La diferencia de estos resultados con los de Van Rijckeghem y Weder puede deberse a que las fuentes de información del trabajo presente son más específicas (restringidas a los hospitales públicos) y más objetivas (datos registrados de precios).

Cuadro 4.1 Percepción de la corrupción en hospitales públicos, comparada con el resto de la sociedad (%)

Nivel	Médicos	Enfermeras	Pacientes
Mayor	3,7	13,2	12,9
Igual	72,6	52,0	45,2
Menor	23,5	34,6	41,9

Notas: La metodología de la encuesta se describe en el texto. La pregunta fue "¿La corrupción en los hospitales públicos es mayor, igual o menor que en otras áreas de la sociedad?".

Cuadro 4.2 Distribución de camas hospitalarias: Ciudad de Buenos Aires (1995)

Institución	Camas
GCBA	8.375
Obras sociales	1.679
Sector privado	10.307
Universidad	950
Fuerzas armadas	843
Fuerzas de seguridad	390
Nacional y mixta	508
Total	23.052

Fuente: Secretaría de Salud del GCBA (1997b).

Los hospitales públicos de Argentina no son, de ninguna manera, las únicas entidades públicas propensas a la corrupción. Médicos, enfermeras y pacientes opinan que este problema no es más grave en los hospitales públicos que en el resto de la sociedad. Es decir, tienden a considerar estas instituciones como igual de corruptas o incluso menos que otros sectores de la sociedad (Cuadro 4.1).

Generalidades de los hospitales públicos del GCBA

La red de hospitales públicos del GCBA es el mayor de los sistemas hospitalarios municipales de Argentina, superado en tamaño sólo por la red de la

Provincia de Buenos Aires. En la ciudad de Buenos Aires, el GCBA es el principal proveedor de servicios de salud, y atiende no sólo a los habitantes de la ciudad, sino también a los de los suburbios y a otras regiones. El GCBA es, con mucho, el mayor administrador de hospitales. Si bien el sector privado de la salud posee más camas en total, los servicios están más dispersos entre muchos establecimientos independientes (Cuadro 4.2).

Dentro de la extensa red hospitalaria dependiente de la Secretaría de Salud del GCBA, existe una compleja variedad de instituciones (Cuadro 4.3). Se trata de 29 establecimientos asistenciales para atención en internamiento (13 hospitales generales, 2 generales pediátricos y 14 de especialidades), 3 clínicas odontológicas de consulta externa (dos para adultos y una pediátrica), y un instituto de zoonosis.⁴

Resultados de encuestas entre médicos, enfermeras y pacientes de los hospitales

Con el objetivo de obtener información sobre los hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires se realizaron encuestas en cuatro de estas instituciones.⁵ Se interrogó a los entrevistados sobre sus percepciones acerca de la actividad ilegal en sus instituciones, las cuales se eligieron para cubrir una variedad de regímenes de propiedad o administración. Se trató de: 1) un centro pediátrico de administración autónoma y financiamiento mixto (parte por el GCBA y parte por el gobierno nacional), 2) un hospital privado que brinda atención general sin fines de lucro, y 3) CGBA1 y CGBA2, dos hospitales generales dependientes del sistema del gobierno de la ciudad.

Las encuestas, aplicadas entre octubre y noviembre de 1998, incluyeron médicos, enfermeras y pacientes ambulatorios. Se empleó una muestra aleatoria simple, que incluyó 30 encuestados por cada categoría en cada uno de los establecimientos participantes. Se buscó a los posibles encuestados entre los distintos servicios de los hospitales y se los invitó a contestar voluntariamente. Se prefirió este método en el caso de médicos y enfermeras, en lugar de un sorteo entre la lista de empleados, con el fin de garantizar la

⁴ Todas estas instituciones se llamarán aquí, en general, "hospitales". El sistema cuenta además con 30 centros de salud y una modalidad de atención por médicos familiares (de cabecera).

⁵ Por razones de confidencialidad no se brinda aquí el nombre de las instituciones estudiadas.

Cuadro 4.3 Características de los hospitales del GCBA (1997)

Tipo	Número
General	13
Pediátrico	2
Especializado	14
Maternidad	1
Infecciosas	1
Oncología	1
Oftalmología	2
Quemados	1
Gastroenterología	1
Salud mental	4
Rehabilitación	3
Odontológico	3
Zoonosis	1
Total	33

Fuente: Secretaría de Salud del GCBA (1997b).

confianza de los entrevistados en cuanto al anonimato de la encuesta. En el caso de los pacientes, se los entrevistó a ellos o a sus familiares acompañantes, después de recibido el servicio. Se aplicó este criterio para garantizar que los pacientes encuestados pudieran evaluar mejor el tipo de atención brindada.⁶

Percepciones sobre ausentismo

En la primera parte de la encuesta se formularon preguntas sobre el ausentismo entre los médicos, distinguiendo entre las ausencias de día completo (“ausentismo diario”) y aquellos casos en que, a pesar de presentarse en la institución, el médico no trabajaba el turno completo (“ausentismo horario”). A juzgar por las opiniones de los entrevistados, la combinación de ambos factores debe cubrir el nivel global de ausentismo en cada hospital.

El total así calculado produce datos importantes. En general, los mé-

⁶ Los formularios utilizados y detalles adicionales se presentan en Mera *et al.* (1999).

Cuadro 4.4 Ausentismo percibido por los médicos: proporción de la semana laboral (%)

Encuestados:	Ausentismo horario		Ausentismo diario		Ausentismo total	
	Médicos	Enfermeras	Médicos	Enfermeras	Médicos	Enfermeras
Hospitales						
Hospital 1	13,3	22,9	5,5	13,8	18,8	36,7
Hospital 2	7,8	5,8	1,4	7,0	9,1	12,8
Hospital 3	15,8	24,6	4,2	10,8	20,0	35,4
Hospital 4	20,8	27,6	6,7	16,4	27,5	44,0
Total	14,5	20,2	4,5	12,0	19,0	32,1

Notas: Las preguntas fueron: "Por lo general, de cada 8 horas contratadas, ¿cuántas de esas horas trabaja efectivamente un médico típico en su hospital?" y "Por lo general, de cada 20 días de trabajo, ¿cuántos de esos días acude a trabajar un médico típico en su hospital?". Cada porcentaje del cuadro representa el promedio de las respuestas de los entrevistados.

dicos que respondieron al cuestionario estimaron en 19% la tasa de ausentismo médico en cualquier período laboral de 20 días. Según las enfermeras, el ausentismo de los médicos promediaba 32% (Cuadro 4.4).⁷ Al contestar a otras preguntas, los médicos, y en menor grado las enfermeras, afirmaron que el cuerpo médico registra menor ausentismo que las enfermeras y el personal administrativo. Por tanto, el problema de ausentismo puede ser incluso más grave en lo referente al resto del personal hospitalario. En los hospitales públicos, este grado de ausentismo constituye una pérdida importante de recursos, puesto que los gastos en personal absorben 69,8% del presupuesto de salud del GCBA (Mera *et al.*, 1999). A diferencia de los hospitales públicos, los niveles de ausentismo parecen ser significativamente menores en la institución privada.

Excepto la institución privada no lucrativa, el personal de enfermería

⁷ De los médicos y enfermeras que contestaron que no existe ausentismo médico, 30,3 y 27,7% respectivamente, dieron luego una respuesta positiva cuando se les preguntó sobre sus causas. Esta contradicción sugiere que en las conclusiones sobre ausentismo puede estarse subestimando el problema. El porcentaje de contradicciones resultó mayor en el hospital privado.

Cuadro 4.5 Percepciones del personal clínico respecto al ausentismo de los médicos, por hospital y por causa (%)

<i>Encuestados</i>	Hospital								Todos	
	Autón.		Privado		CGBA1		CGBA2			
<i>Médicos o enfermeras</i>	<i>M</i>	<i>E</i>	<i>M</i>	<i>E</i>	<i>M</i>	<i>E</i>	<i>M</i>	<i>E</i>	<i>M</i>	<i>E</i>
Causas:										
Bajos salarios	1,7	5,6	3,8	8,2	13,3	19,2	13,7	9,1	8,0	10,5
Guardias prolongadas	8,6	11,1	0,0	4,1	4,7	7,7	4,8	8,5	4,6	7,9
Multiplicidad laboral	19,0	16,7	23,1	12,2	29,3	25,0	25,6	9,1	24,0	15,8
No hay controles	15,5	20,4	3,8	4,1	26,0	17,3	28,6	55,6	18,5	24,4
Falta de incentivos	3,4	3,7	0,0	0,0	3,3	1,9	11,3	7,8	4,6	3,4
Estrés	13,8	13,0	0,0	0,0	4,0	0,0	1,8	0,0	5,1	3,4
Enfermedad	20,7	18,5	36,5	32,6	12,0	19,2	10,7	5,9	19,9	18,9
Estudios o congresos	6,9	3,7	17,3	14,3	6,0	1,9	3,6	3,9	8,3	5,8
Otros	10,3	7,4	15,4	24,5	1,3	7,7	0,0	0,0	6,8	9,7

Notas: La pregunta fue: «¿Por qué cree que hay ausentismo del personal médico en su hospital? Porque: 1) hay bajos salarios, 2) las guardias son demasiado largas, 3) hay multiplicidad laboral, 4) no hay controles, 5) no hay incentivos para cumplir el horario, 6) otras». Como era una pregunta abierta, los encuestados podían agregar espontáneamente otros motivos. Para cada hospital y cada categoría, los resultados señalados corresponden al porcentaje de encuestados que eligieron cada causa como proporción de los encuestados que brindaron alguna causa. Los datos de las columnas pueden no sumar 100, debido al redondeo.

señala un ausentismo horario de los médicos mayor que lo que éstos mismos admiten. El dato se mantiene firme en relación con todas las causas y en los tres hospitales públicos. Tanto los médicos como las enfermeras coinciden en que es más importante el ausentismo horario que el de días completos. Los pacientes declaran niveles de ausentismo médico similares a los anteriores. En promedio, 23,2% de los pacientes estuvieron de acuerdo en que “los médicos en este hospital no cumplen con el horario de trabajo”. Esta cifra ascendió a 26,9% y 29,2% en los hospitales del GCBA, a 18,2% en el hospital autónomo y a 18,5% en el privado.

Las razones percibidas de la pérdida de tiempo de trabajo (Cuadro 4.5) representan una amplia gama de factores que pueden o no estar bajo el control del director del hospital o incluso de la secretaría del gobierno cen-

tral; sin embargo, es evidente que otros factores podrían abordarse por medio de políticas. En opinión tanto de médicos como de enfermeras, más de 40% del ausentismo del personal médico se explica por las escasez de control y la multiplicidad laboral (es decir, el trabajo simultáneo en varias instituciones). Puesto que la multiplicidad laboral genera ausentismo sólo cuando no existen controles eficientes (lo que ocurre también con algunas otras razones señaladas), cabe concluir que la falta de control es el principal determinante del ausentismo médico, en la opinión de estos agentes. En cambio, la falta de control parece ser un determinante significativamente menor del ausentismo en el hospital privado.

El menor grado de ausentismo diario que de ausentismo horario concuerda con la opinión de los encuestados de que los controles laxos promueven este problema. El ausentismo diario es más fácil de controlar que el de tipo horario porque es más fácil verificar si un empleado no concurrió al hospital en todo el día que medir cuántas horas trabajó en realidad.

El hecho de que el ausentismo diario sea menor que el horario coincide también con la falta de un esquema efectivo de aplicación de incentivos. El actual sistema de premios por asistencia (“presentismo”) se introdujo con el fin de reducir el problema de las ausencias injustificadas, y se concede mensualmente a miembros del personal hospitalario que registran un máximo de una ausencia injustificada en un mes. Las ausencias justificadas (p. ej., por enfermedad, o por nacimiento o fallecimiento de un familiar) no afectan la obtención del premio, el cual puede equivaler hasta a 15% del salario del agente. Pero puesto que la asistencia mide sólo si el empleado se presentó a trabajar, puede recibir el premio aun cuando se ausente en un día determinado después de registrar su entrada. En entrevistas directas, la administración superior frecuentemente destacaba la necesidad de que se dieran incentivos para reducir el ausentismo (Meira *et al.*, 1999). No obstante, el personal entrevistado consideraba que la falta de incentivos era menos importante de lo que suponían las autoridades del hospital.

Uso de los recursos públicos para el beneficio privado

Otras preguntas de la encuesta se ocupaban de las percepciones de la corrupción en términos del uso de instalaciones e insumos para beneficio privado, el desvío de pacientes a consultorios privados y el cobro a los usuarios de pagos indebidos. La mayoría de los médicos (63,6%) afirmó que nunca

utilizaba las instalaciones del hospital para la práctica privada. No obstante, las cifras difieren entre los distintos establecimientos de la muestra. En el hospital privado no lucrativo se da la mayor proporción de encuestados que responden que dicha práctica existe (55,6%), mientras que en los centros del GCBA, los porcentajes son de 22,2 y 39,3%, respectivamente. En el hospital autónomo la proporción es de 28,6%, una cifra intermedia entre las de los dos hospitales del CGBA. Entre los médicos que reconocieron utilizar las instalaciones públicas para atender su consulta privada, una proporción relativamente pequeña -sólo 15,8%- opinó que el médico lo hacía por su propio beneficio. En cambio, entre las razones más comunes que dieron para hacerlo están: la continuidad apropiada de los tratamientos, la comodidad de los pacientes o la falta de recursos de éstos para acudir a consultorios privados.

Los médicos señalaron que, en promedio, 11% de los pacientes son remitidos de instalaciones públicas a la práctica privada. Muy pocos de ellos (menos de 4%) consideran que esta práctica incida en más de 25% de los casos atendidos. El personal de enfermería opinó que la derivación de pacientes a consultorios privados es más frecuente que la que declaran los médicos pero, aun así, cerca de 50% de las enfermeras estiman que no se remite a los pacientes hospitalarios a la práctica privada.

Cuando se preguntó a los pacientes si “los médicos de este hospital sugieren a sus pacientes que vayan a sus consultorios privados”, sólo coincidió un promedio de 6,3% (6,6% en el hospital autónomo, 3,4% en el hospital privado no lucrativo, 3,3% en el CGBA1 y 10,7% en el CGBA2).

Los médicos dieron varias razones para explicar estas desviaciones (Cuadro 4.6). El principal motivo señalado (34,9% de los médicos entrevistados) es que así lo piden los propios pacientes. El beneficio de los médicos pasa a ocupar el segundo lugar en importancia, señalado por cerca de uno de cada cinco médicos; no obstante, con una frecuencia muy cercana se citan un menor tiempo de espera y un mejor tratamiento. La excepción institucional a las altas tasas de mención del propio beneficio de los doctores fue el CGBA2, donde sólo 11% de los entrevistados explicaron de esta manera las derivaciones; entre la mitad y un tercio de las cifras obtenidas en los otros hospitales.

Tanto los médicos como las enfermeras (pero no los pacientes) opinan que el hospital privado presentaba la tasa más alta de remisión de casos a consultorios particulares y la mayor utilización de sus instalaciones para

Cuadro 4.6 Incidencia y motivos de la derivación de pacientes del hospital a consultorios privados

	Hospital				Todos
	Autón.	Privado	CGBA1	CGBA2	
Proporción (%) de pacientes derivados a consultorios privados, según:					
Médicos	7,5	14,0	10,4	12,1	11,0
Enfermeras	7,9	30,0	17,4	25,0	19,2
Proporción (%) de médicos que reconocen esa práctica y la atribuyen a:					
Pedido del paciente	22,2	37,5	35,0	38,5	35,0
Reducir tiempo de espera	22,2	33,3	10,0	7,7	17,9
Mejorar la atención	22,2	4,2	35,0	19,2	19,1
Beneficio del médico	33,3	25,0	20,0	11,5	20,7
Otros	0,0	0,0	0,0	23,1	7,3

Notas: En la primera sección del cuadro, la pregunta fue: "¿Con qué frecuencia cree usted que los doctores del hospital derivan a los pacientes a su consultorio privado?: 1) a todos los pacientes, 2) a tres de cada cuatro, 3) a dos de cada cuatro, 4) a uno de cada cuatro, 5) nunca". El porcentaje señalado se basa en el promedio de las respuestas de los encuestados. En la segunda sección se reseña la respuesta a una pregunta de seguimiento hecha a los médicos que reconocieron que se desviaba a los pacientes hacia consultorios privados: "¿Cuál es, a su entender, el origen de esta práctica?: 1) pedido del paciente, 2) reducir tiempo de espera, 3) brindar atención de mejor calidad, 4) beneficio del médico, 5) Otros".

atender a pacientes privados. Dada la heterogeneidad de los arreglos económicos entre el establecimiento no lucrativo y sus médicos, resulta difícil establecer si los actos registrados de remisión indebida corresponden a prácticas abusivas o son sólo una modalidad habitual de atención médica dentro del sector privado.

Percepciones de hurto y soborno

Se preguntó luego al personal de enfermería acerca de la proporción de insumos sustraídos. El promedio estimado de pérdidas por hurto no fue grande, cercano a 2,7%. Los valores más altos (2,9 y 5,5%) correspondieron a los hospitales del GGBA, cerca del doble del observado en el hospital autónomo (1,9%) y de ocho veces el del hospital privado (sólo 0,5%).

Las opiniones convergieron de manera abrumadora en que los médicos no solicitaban pagos extra a los pacientes. Coincidieron en ello más de

90% de las enfermeras y 80% de los pacientes. Y cuando se admitía que se solicitaba ese tipo de pagos, éstos correspondían a bonos de la “cooperadora del hospital”⁸ o al pago de suministros médicos, pero ningún paciente ni enfermera encuestados, en ninguno de los cuatro hospitales, manifestó que se solicitasen pagos indebidos a los pacientes. Sin embargo, 6,3% de éstos estuvieron de acuerdo en que “para evitar la cola hay que pagar una ‘gratificación’ a la persona encargada”. Este porcentaje fue menor de 4% en todos los hospitales, con excepción del CGBA1, donde superó la cifra de 13 por ciento.

La corrupción hospitalaria en perspectiva

Por último, se solicitó a los médicos y enfermeras encuestados de todos los hospitales que juzgaran el grado de corrupción existente en los hospitales públicos en una variedad de actividades (Cuadro 4.7). Algunas estaban de manera implícita bajo su control, mientras que otras eran responsabilidad de las autoridades administrativas. En general, los encuestados percibieron mayores niveles de corrupción en las actividades que estaban a cargo de las autoridades (contratación de servicios, compras y nombramientos de personal), que en aquellas en que médicos y enfermeras participaban directamente.

Resumen de los resultados de la encuesta

De los diferentes tipos de actividad ilegal considerados en la encuesta, el ausentismo parece ser la forma más grave de abuso por parte de médicos y enfermeras en el cumplimiento de sus cargos públicos. El personal médico y asistencial señaló la falta de monitoreo y controles como la causa principal. Por su parte, las autoridades administrativas mencionan la falta de incentivos materiales como el principal determinante. Las pruebas indican que la falta de controles y la carencia de incentivos (incluido un sistema que se

⁸ *Nota del editor:* Se refiere a pagos realizados por organismos pequeños, informales y no oficiales denominados “cooperadoras”, cuyo cometido es reunir fondos para escuelas u hospitales. Aunque se supone que las aportaciones a las cooperadoras de hospitales públicos sean voluntarias, lo cierto es que a veces hay una fuerte presión social por participar. En algunas de estas agrupaciones se han lanzado acusaciones relacionadas con corrupción.

Cuadro 4.7 Incidencia percibida de corrupción en los hospitales públicos, por actividad

Actividad	Promedio (0 a 5)	Categoría
Licitación de comedores	3,3	Moderada a alta
Licitación de servicios de limpieza	3,2	Moderada a alta
Licitación de seguridad privada	3,1	Moderada a alta
Licitación de compra de insumos	3,1	Moderada a alta
Nombramiento de personal	2,3	Baja a moderada
Apropiación de insumos	1,9	Muy baja a baja
Obtención de turnos para operaciones	1,7	Muy baja a baja
Desvío de pacientes a consulta privada	1,3	Muy baja a baja

Notas: Sólo a médicos y enfermeras se les hizo la siguiente pregunta: “¿Cuál es, a su entender, el nivel de corrupción en las siguientes actividades en los hospitales públicos: muy alto, alto, moderado, bajo, muy bajo o no existe?”. Las respuestas fueron luego clasificadas de 5 (muy alto) a 0 (no existe), y se obtuvieron promedios simples.

ocupe de los días completos y no de las horas perdidas) se combinan como principales factores detrás de las altas tasas de ausentismo. La encuesta demostró también que tanto el personal médico y asistencial como los pacientes consideran que la remisión de éstos de hospitales públicos a consultorios privados no es particularmente grave y se realiza en gran medida en beneficio, y a veces por propia solicitud, de los usuarios. El cobro a pacientes de pagos indebidos parece ser nulo, y el hurto de insumos, pequeño.

Monitoreo de los precios por insumos que pagan los hospitales

Otra actividad que se presta mucho a actos corruptos —por medio de comisiones subrepticias, sobornos o sobrefacturación— es la compra de insumos. Existe un margen relativamente amplio para que tales abusos ocurran en los hospitales del GCBA, porque la adquisición de insumos está bastante descentralizada. Cada hospital tiene su propia oficina de compras, bajo la dirección de un jefe de compras. Puesto que los hospitales compran sus insumos utilizando el presupuesto anual que les asigna la Secretaría de Salud, la compra descentralizada debe ser un incentivo para generar ahorros, ya que los fondos no gastados son retenidos por el hospital. También les

debe interesar la compra eficiente con los fondos generados por la facturación de servicios a obras sociales (instituciones de seguridad social). Sin embargo, estos incentivos están restringidos, porque los ahorros pueden destinarse sólo a la compra de insumos de mejor calidad, y los fondos no utilizados deben ser devueltos al GCBA al finalizar el año.

El 9 de septiembre de 1996, la Secretaría de Salud del GCBA, a través de la Subsecretaría de Gerenciamiento Estratégico, dispuso que las 33 instituciones a su cargo comenzaran a enviarle información detallada de cada compra realizada de una amplia muestra de insumos, donde se indicara fecha, precio pagado, cantidad adquirida, marca, proveedor, modalidad utilizada e información complementaria. A partir del 7 de octubre de 1996, la información suministrada por cada hospital comenzó a ser recopilada y enviada periódicamente a todos los hospitales, para que los funcionarios de cada uno de ellos pudieran comparar los precios que habían pagado con los que pagaban el resto de los hospitales del sistema del CGBA. El formato establecido destacaba los precios más altos y más bajos de cada insumo (GCBA, 1997a), incluyendo agujas, jeringas, soluciones parenterales, anti-sépticos, gases medicinales, material sanitario, tela adhesiva, películas radiográficas y material de canalización. Ningún medicamento fue incluido en este procedimiento. El sistema de monitoreo generó datos respecto a compras realizadas entre agosto de 1996 y diciembre de 1997. Esta política se interrumpió en enero de 1998, cuando el CGBA estableció controles adicionales para las compras y la contratación, por medio del sistema “Cuenta Única”, con lo que se detuvo el flujo de información.

De los muchos insumos monitoreados por la Secretaría, en este capítulo se estudian 15, con especial atención a aquellos que generaban un mayor número de transacciones dentro de una categoría determinada. Todos estos insumos poseen un alto grado de homogeneidad, de modo que ninguna diferencia de precios pueda atribuirse a diferencias en calidad o en aplicación. Los productos en cuestión fueron:

- ♦ glucosa (al 5%, de 500 ml)
- ♦ oxígeno líquido
- ♦ solución fisiológica (500 ml)
- ♦ película radiográfica (35 x 35 cm)

- ♦ alcohol etílico (96°)
- ♦ tela adhesiva sanitaria (5 cm x 9 m)
- ♦ agua bidestilada (500 ml)
- ♦ jeringas (10 ml)
- ♦ algodón (500 g)
- ♦ agujas (calibre 25/8)
- ♦ povidona yodada jabonosa (al 5%)
- ♦ óxido nitroso
- ♦ gasa hidrófila tubular
- ♦ agua oxigenada (100 vol)
- ♦ catéter intravenoso de Teflon® (núm. 22 G).

Los datos iniciales de cuatro de los productos (solución fisiológica, alcohol etílico, povidona yodada jabonosa y agua oxigenada) incluyen agosto de 1996, antes que se instaurara la política de monitoreo. Los datos de los otros productos son posteriores a la aplicación de la política. Aunque el gobierno empezó por valorar los productos más homogéneos, todos los suministros monitoreados poseen un grado significativo de homogeneidad.

No todas las instituciones adquirieron el total de 15 insumos de la muestra durante el período considerado. La muestra resultante de transacciones de estos productos constó de 1.866 observaciones.

Desde un principio se excluyeron cinco observaciones, porque no se conocía la cantidad adquirida y se necesitaban los precios y cantidades de todas las transacciones de un mismo bien para obtener su precio promedio ponderado. En el caso de algunas transacciones, los precios reportados eran excesivamente altos respecto de este promedio.⁹ Para evitar que estos extre-

⁹ El exagerado valor de algunos de estos precios lleva a sospechar que se trata de errores de “tecleo” o de la definición del producto o de la unidad de medida, más que de casos agudos de corrupción.

mos anómalos distorsionaran los resultados, se eliminaron de la muestra 11 observaciones en las que los precios notificados eran más de 3,5 veces el precio promedio.¹⁰ Por tanto, la muestra final comprende 1.850 observaciones. En el Cuadro 4.8 se enumeran las variables y las estadísticas de la muestra.

Dependiendo de los montos y grado de urgencia de las compras, se utilizan cuatro procedimientos para realizar las adquisiciones: licitación pública, licitación privada, contratación directa de servicios y compras de emergencia. Se analizan en orden descendente de severidad los requisitos establecidos para controlar la transparencia del procedimiento.¹¹ En el período en cuestión, los pagos a proveedores podían ser realizados por la Secretaría de Salud del GCBA, o directamente por los hospitales. Cuando eran estos últimos quienes realizaban los pagos, los fondos podían provenir de recursos asignados directamente para la compra de esos insumos —conforme al ya derogado Decreto 69— o de recursos propios de cada institución. Los fondos del Decreto 69 estaban restringidos a la ejecución de licitaciones públicas y privadas o la contratación directa de servicios; sin embargo, no logró obtenerse información sobre cuál de estas tres opciones fue utilizada en realidad. Asimismo, tampoco existían datos sobre el procedimiento que utilizaba un hospital para gastar sus recursos propios, aun cuando estos fondos se empleaban en general para hacer compras de emergencia. En consecuencia, los datos sobre transacciones se clasificaron, según la modalidad utilizada, en seis categorías: licitación pública, licitación privada, contratación directa de servicios, compras de emergencia, Decreto 69 y recursos propios. Aun así, la modalidad de compra utilizada se conoce sólo en 1.634 de las 1.850 observaciones, lo que reduce aún más el tamaño de la muestra.

El análisis inicial de los datos revela una dispersión significativa en los precios a los cuales los hospitales adquieren sus insumos. En el Cuadro 4.9 se resumen los precios promedio, desviaciones estándar, y precios máximos y mínimos pagados por los 15 productos. Se explican también dos medidas

¹⁰ Este número “mágico” de 3,5 se tomó de Borenstein y Rose (1994).

¹¹ Los requisitos exigidos en cada procedimiento de compra difieren en el mínimo de días, anticipación y medio de comunicación (boletín oficial, cartelera del hospital, etc.) para la publicación del llamamiento a licitación, en el mínimo de invitaciones que se enviaron a proveedores, en el mínimo de presupuestos que se solicitaron y en el mínimo de días y los medios de comunicación elegidos para la publicación del acto de preadjudicación (Mera *et al.*, 1999).

Cuadro 4.8 Estadísticas muestrales de los precios de compra (1996-1997)

Variable	Número de observaciones	Desviación			
		Media	estándar	Mínimo	Máximo
Precio (normalizado)	1.850	1,06	0,30	0,27	4,16
Cantidad (normalizado)	1.850	1,00	1,51	0,00	26,01
Emergencia	1.634	0,28	0,45	0,00	1,00
Contratación directa	1.634	0,19	0,39	0,00	1,00
Recursos propios	1.634	0,19	0,40	0,00	1,00
Decreto 69	1.634	0,33	0,47	0,00	1,00
Licitación privada	1.634	0,00	0,07	0,00	1,00
Licitación pública	1.634	0,00	0,06	0,00	1,00
Camas	33	270,85	341,08	0,00	1.598,00
Visitas	33	140.020	109.658	0,00	345.988
Salario de eficiencia	33	371,09	340,27	-214,49	1.105,76
Antigüedad (años)	33	16,55	8,45	3,00	35,00
Escolaridad (años)	33	12,92	2,35	7,00	17,00
Tecnología	33	2,01	0,84	1,00	4,00
Salario nominal	33	1.295,46	402,41	750,00	2.250,00
Mujer	33	0,88	0,33	0,00	1,00
Jefe de familia	33	0,67	0,48	0,00	1,00
Casado	33	0,42	0,50	0,00	1,00
Unido	33	0,06	0,24	0,00	1,00
Divorciado	33	0,27	0,45	0,00	1,00
Viudo	33	0,06	0,24	0,00	1,00
Primaria completa	33	0,03	0,17	0,00	1,00
Secundaria incompleta	33	0,09	0,29	0,00	1,00
Secundaria completa	33	0,42	0,50	0,00	1,00
Preparatoria incompleta	33	0,09	0,29	0,00	1,00
Preparatoria completa	33	0,15	0,36	0,00	1,00
Universitaria incompleta	33	0,06	0,24	0,00	1,00
Universitaria completa	33	0,15	0,36	0,00	1,00
Experiencia	33	23,79	9,79	9,00	46,00

Nota: Véase la explicación de la muestra en el texto.

Cuadro 4.9 Dispersión de precios entre los hospitales del CGBA (1996-1997)

Producto	Precios		Razón Máx/min (f) = (d)/(e)	Desviación estándar		Coeficiente de variación			Número de:	
	Promedio (a)	Máximo (d)		Mínimo (e)	(b)	(c) = (b)/(a)	Entre hospitales	Dentro de hospitales	Hospi- tales	Observa- ciones
Agua bidestilada	0,79	1,48	0,45	3,29	0,14	0,18	0,16	0,14	17	68
Agua oxigenada	2,58	6,80	0,99	6,87	1,41	0,55	0,41	0,33	19	30
Aguja desechable	0,29	0,10	0,01	9,50	0,01	0,04	0,03	0,03	27	146
Alcohol etílico	1,22	4,64	0,46	10,09	0,38	0,31	0,20	0,25	31	158
Algodón	1,91	4,18	1,46	2,86	0,46	0,24	0,16	0,19	27	142
Catéter	0,87	1,90	0,57	3,33	0,33	0,38	0,34	0,20	20	52
Glucosa	0,81	1,98	0,50	3,96	0,15	0,19	0,27	0,11	28	251
Gasa tubular	10,35	21,97	7,10	3,09	3,08	0,30	0,33	0,14	26	140
Povidona yodada	2,24	5,50	0,91	6,04	0,65	0,29	0,25	0,21	27	101
Jeringa	0,11	0,32	0,06	5,52	0,04	0,35	0,27	0,18	31	155
Óxido nítrico	13,44	23,00	3,50	6,57	5,54	0,41	0,40	0,13	19	55
Oxígeno líquido	2,01	3,50	1,15	3,04	0,44	0,22	0,20	0,09	21	146
Película radiográfica	0,93	1,40	0,79	1,77	0,12	0,13	0,08	0,11	22	98
Solución fisiológica	0,78	1,47	0,50	2,94	0,13	0,16	0,06	0,14	29	236
Tela adhesiva	1,84	3,27	1,02	3,22	0,73	0,40	0,41	0,15	23	72
Promedio				4,80		0,28	0,24	0,16		

Nota: los precios promedio, máximo y mínimo se dan en dólares estadounidenses.

distintas de dispersión de precios: el coeficiente de variación y el cociente precio máximo/precio mínimo (razón máx/mín). Ambas medidas muestran un alto grado de dispersión. Al promediar entre productos, el coeficiente de variación resulta ser de 0,28 y la razón máx/mín, de 4,80.

Como es evidente, no existe un “precio de mercado” al cual los hospitales compren estos insumos sino, por el contrario, toda una gama de precios. Tampoco se trata aquí de una situación simple en que los precios pagados difieran entre hospitales pero permanezcan iguales dentro de cada uno en particular. Cuando se descompone la variación de precios de un producto dado entre hospitales (desviación interhospital) y la variación entre distintas compras de un producto por el mismo hospital (desviación intrahospital), se observa que ambas son significativas. El coeficiente de la variación interhospital promedio es 0,24, y el de la variación intrahospital promedio, 0,16.¹² No sólo distintos hospitales adquieren el mismo insumo a precios distintos, sino que el mismo hospital adquiere el mismo insumo a distintos precios en compras distintas. Curiosamente, la desviación intrahospital con respecto a 4 de los 15 productos es mayor que la interhospital.

Explicación de las grandes variaciones en los precios

Para entender mejor la dispersión de precios y emplearlos para identificar y medir el fraude, podemos analizar la influencia de una serie de factores en los precios de compra de los insumos hospitalarios. Si cada transacción se considera como una observación, será posible ejercer control sobre una serie de variables:

$$\bar{p}_{ijh} = \alpha + \Phi X_i + \Theta X_{ijh} + \varepsilon_{ijh} \quad [4.1]$$

donde:

$\bar{p}_{ijh}$ es el precio (normalizado por el precio promedio ponderado) que el hospital i paga por el producto j en la compra h , y se obtiene de:

¹² El coeficiente de variación interhospital se calcula como el cociente entre la desviación interhospital y el precio promedio, y el coeficiente de variación intrahospital se calcula como el cociente entre la desviación intrahospital y el precio promedio.

$$\bar{p}_{ijh} = \frac{p_{ijh}}{\left(\frac{\sum_i \sum_h p_{ijh} q_{ijh}}{\sum_i \sum_h q_{ijh}} \right)} \quad [4.2]$$

donde p_{ijh} es el precio que paga el hospital i por el producto j en la compra h , q_{ijh} es la cantidad que adquiere el hospital i del producto j en la compra h , X_i representa las variables de control relacionadas con el hospital i , y X_{ijh} representa las variables de control relacionadas con la compra del producto j por el hospital i en la compra h .

Una de las primeras explicaciones posibles de la dispersión de los precios es el volumen de compra. Los hospitales que compran mayores lotes de productos pueden gozar de un poder de mercado que les permita conseguir precios más bajos. Para abordar estos factores, las variables de control incluyeron el tamaño del hospital, representado por el volumen de camas y de visitas ambulatorias de cada hospital,¹³ y el tamaño de la compra efectuada, que se define como el tamaño de compra promedio normalizado de cada insumo. Dado que es poco probable que estas relaciones sean lineales, se incorporó también el cuadrado de las variables de tamaño.

Los resultados que se muestran en el Cuadro 4.10 confirman que los hospitales de mayor tamaño consiguen en realidad precios más bajos. Este dato se mantiene en la primera regresión (véase columna 1 en el Cuadro 4.10), cuando el tamaño del hospital se mide por el número de camas. En las otras cuatro regresiones el coeficiente es positivo, debido a la inclusión del término elevado al cuadrado (cuyo coeficiente es negativo) y a otros factores de control, como el número de visitas. Cuando el tamaño del hospital se mide por el número de consultas, el efecto se mantiene firme y se vincula con precios de compra más bajos. También la cantidad normalizada es significativa y negativa a través de las cinco regresiones, lo que lleva a concluir que en la práctica se verifican descuentos por cantidad.¹⁴

¹³ El número de camas corresponde al promedio de disponibilidad en 1997. El número de visitas ambulatorias se refiere al total del segundo semestre del año 1997. También se utilizó el número de altas de internación del segundo semestre de 1997, sin que los resultados variaran. Existe una correlación alta entre estas tres unidades de medición del tamaño del hospital.

¹⁴ Los resultados resisten también la inclusión como control de la cantidad total comprada de cada insumo por un hospital dado durante todo el periodo en cuestión.

Cuadro 4.10 Determinantes de los precios de compra normalizados

Variables	1	2	3	4	5
Camas (x 10 ⁻⁴)	-5,30	3,06	2,75	2,81	2,87
	-2,18	-2,22	-2,00	-2,04	-2,07
Visitas (x 10 ⁻⁷)		-8,01	-7,85	-8,63	-7,95
		-2,11	-2,10	-2,34	-2,09
Camas ² (x 10 ⁻⁷)		-2,38	-2,15	-2,19	2,23
		-2,67	-2,45	-2,49	-2,53
Visitas ² (x 10 ⁻¹³)		-8,61	7,80	9,90	9,34
		-0,91	-0,82	-1,06	-0,98
Cantidad normalizada (NQ)	-0,03	-0,04	-0,04	-0,04	-0,04
	-6,24	-5,34	-5,48	-5,79	-5,37
NQ ² (x 10 ⁻³)		1,63	1,64	1,59	1,66
		-2,85	-2,85	-2,92	-2,87
Recursos propios		1,17			
		-34,67			
Decreto 69		1,13			
		-29,01			
Licitación pública		1,10			
		-15,69			
Licitación privada		1,29			
		-11,24			
Contratación directa		1,16			
		-29,58			
Emergencia		1,14			
		-29,07			
Controles fuertes 1			-0,01		
			-0,65		
Controles fuertes 2				-0,027*	
				-1,66	
Modalidades de compra					Sí
Efectos mensuales					Sí
Estadística					8,42
Observaciones	1,850	1,634	1,634	1,634	1,634
R ²	0,021	0,041	0,037	0,038	0,053

Notas: Las estadísticas t robustas aparecen en cursiva. Las negritas indican estadísticamente significativo al nivel de 5%. El asterisco (*) indica estadísticamente significativo al nivel de 10%. La hipótesis nula de la estadística F es que el conjunto de los efectos mensuales da cero.

Más allá de estos factores de control es necesario investigar el efecto que tienen en los precios los distintos métodos de adquisición. En los hospitales del GCBA se utilizan distintos procedimientos para controlar la transparencia en las compras, dependiendo del volumen y el grado de urgencia. El efecto de estos controles administrativos en los precios se mide utilizando una variable dicotómica o ficticia (*dummy*) por cada una de las seis modalidades señaladas antes. De esa manera, la ecuación de regresión se ve incrementada así:

$$\bar{p}_{ijh} = \Phi X_i + \Theta X_{ijh} + \Omega M_{ijh} + \varepsilon_{ijh} \quad [4.3]$$

donde: M_{ijh} es la modalidad utilizada por el hospital i en la compra h del producto j .

Los resultados se resumen en la columna 2 del Cuadro 4.10.¹⁵

Luego estas seis modalidades se clasificaron en dos categorías: de alto y de bajo control, por medio de dos agrupamientos alternos. Específicamente, se estimó:

$$\bar{p}_{ijh} = \alpha + \Phi X_i + \Theta X_{ijh} + \beta C_{ijh} + \varepsilon_{ijh} \quad [4.4]$$

donde: $C1_{ijh}$ es la variable dicotómica de alto control, que vale 1 cuando M_{ijh} representa licitación pública, licitación privada, contratación directa de servicios o Decreto 69, y vale 0 cuando M_{ijh} son los recursos propios o la compra de emergencia, y $C2_{ijh}$ es la variable dicotómica de alto control, que vale 1 cuando M_{ijh} es licitación pública, licitación privada o Decreto 69, y vale 0 cuando M_{ijh} es contratación directa de servicios, recursos propios o compra de emergencia.

Los resultados de las columnas 3 y 4 del Cuadro 4.10 sugieren que, como cabría esperar, los hospitales pagan precios menores cuando utilizan los procedimientos que implican un mayor grado de control. Sin embargo, la columna 3 muestra que el resultado no se mantiene firme ante cambios en las definiciones.

¹⁵ El número de observaciones se reduce a 1.634, por falta de información sobre la modalidad de compra en las observaciones restantes.

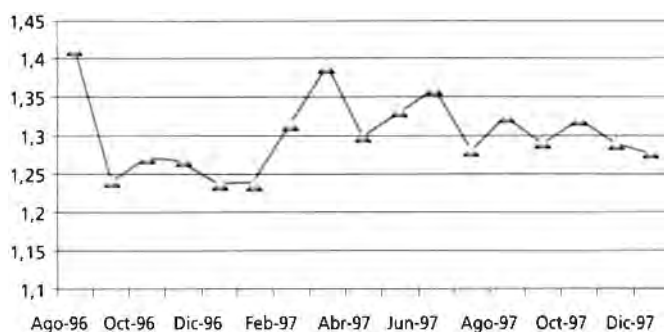
Evaluación de la política de monitoreo de precios

Para facilitar la interpretación del análisis estadístico conviene considerar la historia y la dinámica de la política de monitoreo de precios. Como se explicó, dicha política comenzó a aplicarse en septiembre de 1996, cuando la Secretaría de Salud del GCBA requirió a las 33 instituciones de su dependencia que le remitieran información sobre las compras mensuales de un grupo específico de insumos. A partir de octubre de 1996, la información reunida de todo el sistema comenzó a ser enviada periódicamente a cada uno de los hospitales.

Cabe proponer tres hipótesis para explicar los efectos de la instauración de esta política en los precios de compra. En primer lugar, si el pago de sobreprecios se debiera a corrupción y el monitoreo permitiera identificar a los hospitales que pagan precios mayores, el temor a futuras auditorías y reprimendas habría inducido una caída inmediata de precios apenas la Secretaría comenzó a solicitar la información. Aunque en realidad las comparaciones de precios no fueron parte de ningún sistema de premios y sanciones, los encargados de compras ignoraban en ese momento qué uso le daría la secretaría a esa información. En segundo, la variación de los precios podría deberse a ineficiencia. Si el diferencial de precios fuera consecuencia de un esfuerzo insuficiente por parte de los encargados de compras y si el monitoreo pusiera en evidencia a aquellos jefes de compras que no se esmeraban lo suficiente en sus tareas, el temor a reprimendas habría reducido los precios no bien la secretaría comenzó a solicitar la información. En tercero, los diferenciales de precios podrían resultar de asimetría en la información. Si algunos hospitales pagaban más porque ignoraban la existencia de proveedores más convenientes o porque no se daban cuenta de que un mismo proveedor los estaba haciendo objeto de discriminación de precios, la política de monitoreo habría comenzado a llenar ese vacío y a orientar a los jefes de compras hacia fuentes con mejores precios. Por supuesto, los tres efectos podían operar también al mismo tiempo.

Para evaluar el efecto de la política de monitoreo, se efectuó la regresión de los precios normalizados contra las variables de control, agregando un efecto fijo mensual:

$$\bar{p}_{ijh} = \Phi X_i + \Theta X_{ijh} + \Omega M_{ijh} + \Psi T_t + \varepsilon_{ijh} \quad [4.5]$$

Gráfico 4.1 Efectos mensuales estimados

Nota: Los efectos se describen en detalle en Schargrodsky et al. (2000, Cuadro XIII).

donde: T_t = efecto fijo del mes t .

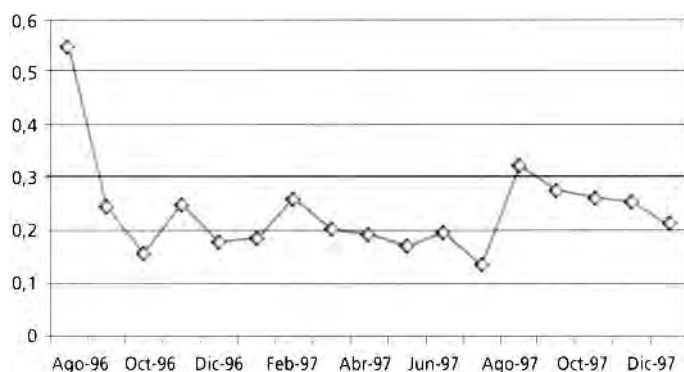
Los resultados de la regresión, que se muestran en la columna 5 del Cuadro 4.10, revelan que los coeficientes fijos mensuales son estadísticamente significativos. Los coeficientes mensuales estimados se ilustran en el Gráfico 4.1.

El efecto mensual de la política fue que los precios cayeran inmediatamente en septiembre de 1996, y se mantuvieran bajos hasta alcanzar su mínimo en diciembre del mismo año. Al aplicar control en volúmenes de compra y tamaño del hospital, los precios cayeron 12% en septiembre de 1996, y en diciembre de 1996 alcanzaron un nivel 13% inferior al inicial.¹⁶ A partir de enero de 1997 los precios se elevaron, si bien nunca alcanzaron el nivel de agosto de 1996.¹⁷ Si la caída inicial de los precios fue generada por la política de transparencia instaurada por la Secretaría, el efecto transitorio parece haber sido mayor que el efecto permanente.

La tendencia en la variación de precios respalda la idea de que el efecto transitorio de la política fue mayor que su efecto permanente. El Gráfico 4.2

¹⁶ Se encontrarán mayores detalles de este análisis estadístico en Schargrodsky et al. (2000). También Di Tella (1997) observó que la política de monitoreo de la secretaría ejerció un efecto negativo inmediato en los precios.

¹⁷ El F estadístico para la hipótesis nula de iguales coeficientes mensuales es de 2,55 (significativo al 7,3%) para agosto de 1996 comparado con diciembre de 1997.

Gráfico 4.2 Coeficiente de variación de los precios de compra

Nota: La medición de la dispersión de precios se describe en detalle en Schargrodsky et al. (2000, Cuadro XIII).

ilustra la tendencia del coeficiente de variación (promedio entre bienes) durante el periodo considerado.

Si bien hay otros factores que pueden afectar estos precios de compra, las pruebas sugieren que la política de transparencia tuvo un fuerte efecto inicial, pero que su eficacia disminuyó posteriormente. El hecho de que los precios comenzaran a caer en septiembre, cuando se solicitó la información sobre compras, y no en octubre, cuando comenzaron a divulgarse las comparaciones entre precios, sugiere que el efecto inicial puede explicarse sólo por las hipótesis de corrupción o de eficiencia.

Aunque estos datos particulares no permiten distinguir entre la hipótesis de corrupción y la de ineficiencia, datos anecdóticos adicionales apoyan en realidad a la primera. La secretaría de salud instauró la política de monitoreo porque consideraba que existía corrupción en las compras de insumos hospitalarios. La posibilidad de corrupción en los procedimientos de adquisiciones también se desprende de algunos casos en que personal de los hospitales del GCBA fue transferido de su cargo por sospechas de corrupción. La encuesta entre médicos y enfermeras muestra importante correspondencia con este supuesto. Aun cuando sus respuestas no distinguieron las adquisiciones como la actividad más corrupta en los hospitales públicos, el nivel de corrupción fue considerado entre moderado y alto.

La mejor explicación de ese perfil de los precios y de su dispersión es la

corrupción en las adquisiciones. Al anunciar que publicaría los precios de compra, la Secretaría de Salud del CGBA incrementó la posibilidad de que se detectaran y castigaran las prácticas corruptas en la compra de suministros. La preocupación persistió hasta diciembre de 1996, fecha en que resultó evidente que la información que se recopilaba no iba a utilizarse para establecer premios o aplicar sanciones. En consecuencia, los precios, y su dispersión, se incrementaron.

Corrupción y salarios de eficiencia

Si existe la corrupción en la compra de suministros, ¿será posible identificar los factores que alientan o desalientan dicha conducta? Un factor posible es el nivel salarial; en particular, cuánto gana una persona por encima de lo que ganaría en otro empleo.

Los economistas han demostrado que este tipo de prima salarial motiva a los trabajadores a ser más productivos, puesto que no encontrarían un trabajo con una paga similar si fueran despedidos. Esa prima salarial es lo que se denomina “salario de eficiencia”, y se supone que cuanto más alto sea éste tanto más motivará al trabajador a desempeñarse con eficiencia (Yellen, 1984; Shapiro y Stiglitz, 1984). En el caso del CGBA, cabe suponer que los hospitales cuyos jefes de compras reciben salarios de eficiencia más altos paguen menos por los insumos de los hospitales.

Para estimar los salarios de eficiencia de los jefes de compras, se preguntó al total de 33 de ellos su salario nominal, sexo, nivel de educación, edad, antigüedad, si eran o no jefes de familia y su estado civil. Luego los salarios de eficiencia se estimaron como la diferencia entre sus salarios nominales y los que se estimó que obtendrían en el mercado laboral conforme a sus características personales.

El primer paso consistió en calcular el efecto de las características personales en el ingreso que podrían obtener en el mercado laboral. Para ello se utiliza una ecuación minceriana estándar de salarios, separando entre hombres y mujeres.¹⁸ El salario de mercado esperado para cualquier gerente de compras particular se calcula así:

¹⁸ Agradecemos a Sebastián Galiani su colaboración en aportar los datos de la Encuesta Permanente de Hogares del INDEC, que permitieron generar las estimaciones de esta ecuación. Las estimaciones específicas de estas ecuaciones salariales pueden verse en Schargrotsky *et al.* (2000, Apéndice II).

$$\hat{W}_i = \hat{B}C_i \quad [4.6]$$

donde $\hat{W}_i$ es el salario de mercado laboral que esperaría el jefe de compras i , C_i sus características personales (experiencia, escolaridad, antigüedad, jefe de familia o no y estado civil), y $\hat{B}$ representa los coeficientes de la ecuación salarial minceriana.

Luego se calcula el salario de eficiencia de cada jefe, para lo cual simplemente se resta el salario declarado del salario que se esperaría en el mercado, es decir:

$$EW_i = W_i - \hat{W}_i \quad [4.7]$$

donde EW_i es el salario nominal de eficiencia estimado del jefe de compras i , y W_i es el salario nominal del jefe de compras i .

En la encuesta, los jefes de compras de los hospitales del GCBA notificaron salarios mensuales promedio de US\$1.295.¹⁹ Según cálculos basados en las ecuaciones anteriores, ese promedio es US\$375 superior a lo que el sujeto ganaría en el mercado laboral. Esto implica que los jefes de compras reciben una prima de 28% por arriba de lo que ganarían en cualquier otro trabajo. En realidad, este cálculo sobreestima el salario de eficiencia, porque lleva implícita la suposición de que un jefe de compras obtendría de inmediato otro empleo después de ser despedido del sector público. Lo anterior resulta improbable, dada la alta tasa de desempleo en Argentina al momento en que se estaba llevando a cabo el monitoreo de precios. También es significativa la desviación estándar de este salario de eficiencia, de US\$340.

Con base en esta estimación, se utilizó un procedimiento de dos etapas para analizar la hipótesis de que el salario de eficiencia de cada jefe de compras de hospital afecte los precios que los hospitales pagan por sus insumos. En primer lugar, se obtuvo un indicador que mide los precios promedio pagados por cada hospital en todas sus transacciones, netos del efecto de las variables de control. Para ello se incluyeron en la regresión variables dicotómicas (efectos fijos por hospital) que analizan los determinantes de los precios de compra:

¹⁹ La tasa de cambio de divisas en Argentina se ha fijado en \$Arg1 = US\$1.

$$\bar{p}_{ijh} = \Gamma F_i + \Theta X_{ijht} + \Omega M_{ijht} + \Psi T_t + \varepsilon_{ijh} \quad [4.8]$$

donde F_i es el efecto fijo del hospital i .

Aun sometiendo a control todas las demás variables, persisten diferencias sistemáticas estadísticamente significativas en los precios que pagan los hospitales en las compras de insumos. Y esas diferencias son grandes. Los precios más bajos que paga un hospital son 68% de los máximos estimados.²⁰

Ahora es posible, después de controlar otros factores, investigar si los salarios de los jefes de compras afectan los precios que pagan sus hospitales. Para ello se utiliza una regresión en la que los efectos fijos por hospital (las diferencias promedio en los precios de compra) estimados en la primera etapa, se convierten en la variable dependiente en una nueva regresión. Se incluyen como variables explicativas los salarios de eficiencia y otras variables de control. Específicamente:

$$\hat{\Gamma}_i = \alpha_0 + \alpha_1 EW_i + \alpha_2 Z_i + \varepsilon_i \quad [4.9]$$

donde $\hat{\Gamma}_i$ son los efectos fijos estimados del hospital i , y Z_i representa los factores de control en el hospital i .

Los resultados, que se resumen en el Cuadro 4.11, muestran una relación negativa pero estadísticamente no significativa, entre los salarios de eficiencia y los precios de compra de insumos. Este resultado se mantiene firme no obstante la inclusión de distintos factores de control, como: tamaño del hospital (número de visitas), escolaridad (en años) del jefe de compras, su antigüedad (en años) en el sistema hospitalario del GCBA, y el nivel tecnológico de la oficina de compras del hospital (el cociente personal/computadoras). Los resultados resisten también el uso del número de camas como indicador del tamaño del hospital, y del tiempo en el puesto del jefe de compras como variable de antigüedad en el servicio (no se muestra). Los controles restantes no son significativos.

²⁰ Se encontrarán mayores detalles sobre esta regresión en Schargrodsky *et al.* (2000, Cuadro XIV).

Cuadro 4.11. Impacto de los salarios en el índice de corrupción en las adquisiciones hospitalarias

Variables	1	2	3	4	5	6
Salario de eficiencia (x 10 ⁻⁵)	-0,48 <i>-0,11</i>	-1,16 <i>-0,26</i>	-1,63 <i>-0,33</i>	-0,37 <i>-0,08</i>	-1,18 <i>-0,25</i>	-1,26 <i>-0,25</i>
Visitas (x 10 ⁻⁷)		-4,21 <i>-2,42</i>	-4,10 <i>-2,08</i>	-3,55 <i>-2,35</i>	-4,21 <i>-1,63</i>	-3,05
Escolaridad (años x 10 ⁻²)			-0,31 <i>-0,31</i>			-0,82 <i>-0,76</i>
Experiencia (años x 10 ⁻²)				-0,27 <i>-1,11</i>		-0,36 <i>-1,16</i>
Tecnología (pers/comp x 10 ⁻⁴)					3,35 <i>-0,01</i>	-11,34 <i>-0,04</i>
Observaciones	33	33	33	33	33	33
R ²	0,0002	0,146	0,150	0,179	0,146	0,200

Notas: Los estadísticos t robustos aparecen en cursiva. Las negritas indican estadísticamente significativo al nivel de 5%. La variable dependiente son los efectos fijos del hospital, según se estiman por la ecuación 4.8 y se detallan en Scharfgrinsky *et al.* (2000).

¿Qué significado tiene la falta de una relación entre los salarios de eficiencia y este índice de corrupción? Una posible explicación es que no existan prácticas de corrupción en la compra de insumos hospitalarios. Sin embargo, no parece coincidir esto con los resultados anteriores sobre los precios de compra ni con la opinión del personal médico y de la secretaría de salud. Un segundo argumento es que la teoría es errónea porque los agentes no toman en cuenta los incentivos materiales cuando deciden cómo comportarse. El uso difundido de sistemas de incentivos en el sector privado no respalda esta interpretación. Otra explicación es que los jefes de compras no tienen influencia en el sistema de contratación de bienes y servicios de los hospitales del GCBA, sino que se limitan a ejecutar las decisiones de otros agentes (los directores de hospitales, por ejemplo). No es ésta la opinión de los propios jefes de compras. Del total de 33 encuestados, 28 afirmaron que tenían una influencia moderada, fuerte o incluso muy fuerte en el proceso de adquisiciones.

La explicación más probable es que el salario de eficiencia no detiene el ejercicio de prácticas de corrupción porque los agentes no perciben que existe una probabilidad positiva de ser sancionados. De hecho, ningún jefe de compras ha sido investigado o retirado de su cargo a partir de información obtenida a través de la política de monitoreo. Si los agentes consideran que no hay riesgo de perder el empleo cuando se comportan indebidamente, el pago de salarios de eficiencia no logrará detener los actos de corrupción. Es suficiente que una proporción de los jefes de compras considere nula la probabilidad de perder sus empleos, para que los resultados econométricos muestren, como lo hacen, una relación estadísticamente no significativa entre los salarios de eficiencia y los precios de compra de insumos.

Conclusiones

En el presente capítulo se presentaron en primer lugar los resultados de encuestas aplicadas a médicos, enfermeras y pacientes. De las diversas formas de prácticas impropias consideradas, los entrevistados señalan al ausentismo entre médicos como la forma más grave de abuso de la confianza pública. En cambio, la atención a pacientes de consultas privadas en las instalaciones del hospital, el desvío de pacientes a consultorios privados, la solicitud de pagos indebidos y el hurto de suministros, no se consideraron problemas importantes.

Esto llevó a investigar dos interrogantes utilizando datos duros sobre las adquisiciones en hospitales. En primer lugar, ¿influyó la nueva política de monitoreo de la Secretaría de Salud del CGBA en los precios de compra de insumos? Los resultados muestran que dicha política logró reducir los precios, pero que el efecto transitorio fue mayor que el permanente. La inmediata caída de los precios apenas la Secretaría de Salud comenzó a requerir la información a los hospitales, y antes de que las comparaciones de precios fuesen difundidas, sugiere que el impacto de la política de monitoreo no puede explicarse por el hecho de que se difundiera mejor información. Más bien, cabe interpretar que dicha medida indujo a los jefes de compras a reducir su participación en prácticas de corrupción o a trabajar con mayor eficiencia.

En segundo lugar, ¿los salarios de eficiencia de los encargados del proceso influyen en los precios de compra? Las pruebas empíricas no apoyan tal

supuesto, porque los salarios de eficiencia no ejercieron un efecto medible en los precios de compra. El que los salarios de eficiencia no detengan el ejercicio de prácticas de corrupción podría deberse a que los agentes no perciben una probabilidad positiva de ser castigados. De ser así, cabe suponer que aumentar los salarios de los jefes de compras del sector público ayudaría poco a resolver el problema de la corrupción. Al parecer, las mejoras salariales deben ir acompañadas de políticas de monitoreo y control, para que los agentes perciban que existe cierta probabilidad de que pierdan sus empleos cuando no se comportan apropiadamente.

La introducción de un sistema de premios y sanciones para reducir la corrupción en el sector público no parece ser tarea sencilla. Sin embargo, la evaluación de la política de monitoreo de la secretaría genera cierto optimismo sobre su posible eficacia. Mientras existió incertidumbre sobre la forma en que la secretaría utilizaría la información reunida, la política logró un efecto significativo en los precios. No fue hasta que los encargados de compras percibieron que la comparación de precios no iba acompañada de otras medidas, cuando el efecto disminuyó.

Página en blanco a propósito

Demanda inducida y ausentismo en los hospitales peruanos

Lorena Alcázar y Raúl Andrade

En este capítulo se analiza la relación entre los arreglos institucionales, los incentivos y la corrupción presentes en cuatro hospitales peruanos. Se abordan dos tipos particulares de prácticas corruptas: el ausentismo entre médicos y la provisión de servicios innecesarios (la llamada demanda inducida). Uno de los hospitales funcionaba en el sector privado. De los tres del sector público, dos estaban bajo el amparo del ministerio de salud (MINSA) y operaban con distintos grados de autonomía, y otro más era dependiente del seguro social de salud (el ESSALUD). Para evaluar el ausentismo se analizaron datos de encuestas entre médicos y enfermeras. El examen de los resultados indica que las diferencias en incentivos que se ofrecen a los médicos según su condición contractual, son un factor importante en explicar las tasas altas de ausentismo. La demanda inducida se analizó a partir de datos sobre los partos registrados en cada uno de los tres hospitales, para indagar si se llevaron a cabo cesáreas injustificadas. Después de someter a control variables médicamente pertinentes como la salud de la madre, la edad gestacional y el peso del niño al nacer (peso natal), los hospitales del sector privado y de la seguridad social mostraron tasas de cesárea significativamente más altas. Por añadidura, la condición contractual del médico y su capacidad de programar los partos a su arbitrio (que el parto ocurriera o no en un fin de semana o día feriado) mostró un fuerte vínculo con la probabilidad de parto por cesárea. Por último, estos análisis —y los resultados de las encuestas en cuanto a las percepciones de corrupción, transparencia, mecanismos de control y probabilidad de sanción— se utilizan para examinar las implicaciones en términos de las políticas encaminadas a reducir la corrupción y mejorar la actuación de los hospitales.

Introducción

Desde 1990, la opinión pública de la ciudad de Lima ubica a la corrupción en los lugares tercero a sexto, entre los problemas nacionales más urgentes.¹ Sin embargo, existen muy pocos estudios y escasa información sobre la magnitud, características e impacto de este problema en determinados sectores. La atención se ha enfocado más bien en investigaciones judiciales específicas, mientras que son raros los intentos de aplicar métodos más sistemáticos, y el sector salud no es la excepción.

El hecho de que la provisión de servicios de salud por parte de las instituciones públicas se encuentre hoy en proceso de cambio en Perú, hace posible analizar cómo inciden en la corrupción las estructuras institucionales. En primer lugar, en algunos hospitales públicos dependientes del ministerio de salud (MINSA) se está aplicando un nuevo modelo organizacional de asignación de recursos relacionada con la demanda de servicios, mientras que las asignaciones de otros hospitales públicos continúan basándose en los niveles existentes de infraestructura y personal. Estos experimentos piloto están llevándose a cabo conforme a un acuerdo administrativo que se negocia cada año, el Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG). Un segundo cambio importante se debe a la Ley 27056, que estableció un nuevo sistema de seguridad social, el llamado seguro social de salud (ESSALUD), generado con la separación de las ramas de pensiones y seguro de salud del antiguo sistema de seguridad social, el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS). Los hospitales del seguro social se mantienen en un estado de incertidumbre, porque aún se desconocen las implicaciones del ESSALUD. La Constitución de 1979 había reconocido el IPSS como una “institución independiente, descentralizada” y le dio autonomía importante respecto de la rama ejecutiva. Sin embargo, la nueva ley adscribe el ESSALUD al Ministerio de Trabajo y Promoción Social. Aunque el ESSALUD se encarga todavía de proporcionar servicios de salud preventivos, curativos y de recuperación en casos de accidentes industriales y de enfermedades en general, verá extendida su cobertura para incluir grupos no afiliados y de bajos ingresos, conforme a programas institucionales cuyas características y financiamiento aún no acaban de especificarse.

¹ Encuestas realizadas por Apoyo, Opinión y Mercado, S.A.

Como parte de un tercer cambio que afecta a los hospitales tanto de MINSA como de ESSALUD, se espera que ahora compitan con las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), instituciones privadas de reciente aparición. Con esta iniciativa más amplia de reforma del sector salud se torna más importante estudiar y entender cómo funcionan los hospitales públicos y cómo responden a esquemas distintos de administración e incentivos.

En el presente capítulo se analiza la corrupción en los hospitales públicos, desde una perspectiva institucional. Específicamente, se evalúa cómo la estructura organizacional influye en los tipos y grados de corrupción, y se recomiendan estrategias para combatir los problemas identificados. Se abordan directamente dos tipos de corrupción: 1) el ausentismo, o el pago a los médicos aun cuando no trabajen, y 2) la provisión de servicios innecesarios; es decir, tratamientos médicos que están más allá de lo que se sería “técnicamente apropiado” para el estado del paciente.

Colaboraron con este estudio cuatro hospitales de Lima que se caracterizan por tener ordenamientos institucionales notablemente distintos. Las principales diferencias organizacionales entre los hospitales derivan de tres regímenes distintos de propiedad: 1) hospitales públicos del MINSA, 2) hospitales públicos del ESSALUD, y 3) clínicas privadas. Se escogió un hospital por cada régimen de propiedad, salvo en el caso del MINSA, del que se incluyeron dos hospitales: uno que aplicaba el PAAG y uno que se regía por el presupuesto tradicional.

Los datos para este estudio provienen de encuestas y de los archivos de los hospitales. En primer lugar, se entrevistó a médicos, enfermeras y pacientes de cada nosocomio; asimismo, a funcionarios de estas instituciones, para obtener sus impresiones sobre la administración de los hospitales en general y sobre la corrupción, con particular énfasis en el problema del ausentismo. En segundo lugar, se examinaron los expedientes médicos de todas las madres que dieron a luz en tres de los cuatro hospitales durante 1998, con el fin de analizar la relación entre la vía de parto elegida y la que estaba indicada desde el punto de vista técnico.

Los servicios de salud en Perú

En Perú, los servicios de atención a la salud son impartidos por entidades públicas y privadas. El sector público está constituido por el Ministerio de

Salud,² el Instituto Peruano de Seguridad Social (ahora, ESSALUD), las secciones de sanidad de las fuerzas armadas y policíacas, y la Beneficencia (una organización de asistencia pública). El sector privado puede subdividirse en dos grupos principales: clínicas y consultorios privados con intereses comerciales, y proveedores con intereses no lucrativos, como ONG, parroquias, etcétera.

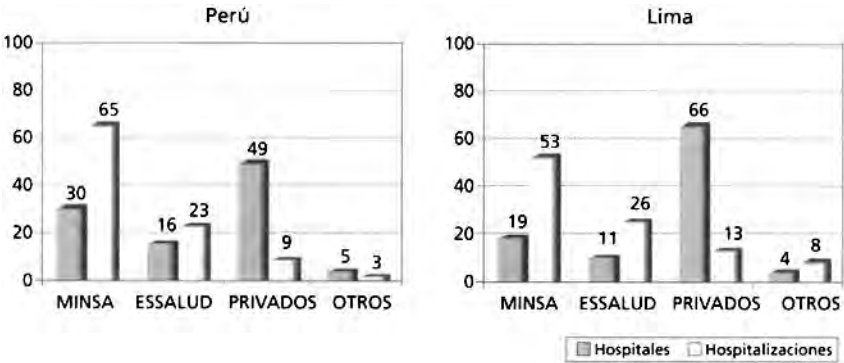
Según el último censo realizado por el MINSA, este ministerio, como parte de sus esfuerzos recientes por ampliar el acceso físico a estos servicios, administra más de 5.933 establecimientos de salud en todo el país. Entre éstos se encuentran 136 hospitales, 28 de los cuales se ubican en la Lima metropolitana. Por su parte, el ESSALUD administra 282 establecimientos, 71 de los cuales son hospitales (17 en Lima). El sector privado está formado por 689 establecimientos, de los cuales 202 son hospitales de interés comercial (87 en Lima) y otros 33 son hospitales no lucrativos. Aunque la mayor parte de los hospitales de Perú y de la zona metropolitana de Lima pertenecen al sector privado, los hospitales públicos dependientes del MINSA atienden al mayor número de pacientes (Gráfico 5.1).

En el sector público, se considera que el ESSALUD tiene equipo y bienes de capital más modernos y de mejor calidad que el MINSA. Esto contribuye a la percepción de que los médicos del ESSALUD, a través de un proceso de autoselección, están mejor capacitados y son más profesionales que otros facultativos del sector público; es decir, el ESSALUD atrae a los médicos que buscan acceso a la tecnología más moderna y por ello tiene la oportunidad de elegir a los mejores entre un mayor número de solicitantes de empleo. Si bien no se cuenta con datos específicos que permitan evaluar esta percepción, lo cierto es que, en general, los hospitales del MINSA son más antiguos que los del ESSALUD. Por ejemplo, 33% de los hospitales del MINSA llevan funcionando entre 10 y 25 años, a diferencia de sólo 24% de los del ESSALUD.

Evidentemente, el ministerio cuenta con más recursos físicos y humanos que ESSALUD y que el sector privado (Cuadro 5.1). El MINSA tiene casi el doble de hospitales que ESSALUD, y 50% más camas por hospital, con una proporción aproximadamente igual de ocupación. El MINSA tiene también más médicos por hospital, pero la productividad parece ser bastante mayor en los establecimientos de ESSALUD. Cada médico atiende a un

² El Ministerio de Salud es la dependencia de la rama ejecutiva que gobierna este sector y se encarga de regular y dirigir la aplicación de políticas nacionales de salud.

Gráfico 5.1 Distribución de hospitales y hospitalizaciones, por régimen de propiedad (%)



Fuente: II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud. Oficina de Estadística e Informática, Ministerio de Salud; Banco Mundial, 1999.

Cuadro 5.1 Recursos del sector salud en Perú (1998)

	Sector público	MINSA	ESSALUD	Sector privado
Indicadores de infraestructura				
Hospitales	237	136	71	235
Camas por hospital	102,8	119,7	76,5	27
Camas no ocupadas (%)	43,8	45,0	43,4	41,9
Indicadores de recursos humanos				
Médicos	16.309	10.131	4.448	8.401
Médicos por hospital	68,8	74,5	62,6	41,6
Pacientes	11.376.016	5.106.930	3.704.075	1.039.142
Consultas	23.963.934	10.192.776	8.833.468	1.760.818
Pacientes/médico/día	2,23	1,61	2,66	0,39
Consultas/médico/día	4,7	3,22	6,36	0,67

Fuente: II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud. Oficina de Estadística e Informática, Ministerio de Salud.

Notas: "Sector privado" incluye todos los establecimientos privados en el rubro "indicadores de recursos físicos", pero sólo los de interés comercial en el de "indicadores de recursos humanos". Se encontrarán datos adicionales en Alcázar y Andrade (2000, Cuadros 1 y 2).

promedio de 2,7 pacientes por día en los hospitales de ESSALUD, en comparación con sólo 1,6 pacientes por día en los del MINSA. Llama la atención que el promedio correspondiente al sector privado sea menor de 1 paciente por día.

Diferencias institucionales entre los hospitales

Los hospitales funcionan según ordenamientos institucionales distintos, que dependen de la instancia administrativa a que pertenezcan. Los del sector privado se manejan con una autonomía irrestricta y responden a incentivos generados por las personas que pagan por sus servicios. Dentro del sector público, la principal diferencia institucional está en que los hospitales del MINSA se administran de una manera más descentralizada que los del ESSALUD.

Los hospitales del MINSA se organizan conforme a los reglamentos del ministerio. Los administran un director general, un director ejecutivo y un director administrativo, los cuales son nombrados por el ministerio. Sin embargo, en la práctica los hospitales por lo general funcionan con un director ejecutivo y un subdirector. Estos directivos responden directamente al ministerio, pero gozan de libertad para administrar las actividades diarias del hospital con muy poca interferencia. Tienen bajo sus órdenes a directores de capacitación, de servicios asistenciales y de investigación, seguidos de jefes de personal, de logística, abastecimiento y estadística, entre otros. En algunos hospitales los directores de área integran consejos consultivos a los que el director ejecutivo somete a revisión ciertos tipos de decisiones.

Los hospitales del ESSALUD presentan una estructura similar, excepto que en éstos se llama “gerentes” a lo que en aquellos son los “directores”. El directorio (o comité directivo) es la autoridad más alta en un hospital del ESSALUD. Incluye al gerente general del hospital, aunque éste nunca preside el directorio. Puesto que la gerencia ejecutiva del ESSALUD designa a los miembros del directorio y éste responde a la presidencia del ESSALUD, la oficina central tiene más participación en la toma de decisiones del hospital. El ámbito de acción de los hospitales del ESSALUD está más reglamentado que el del MINSA en lo que se refiere tanto a organización como a procedimientos administrativos y manejo de recursos.

Esquemas de presupuesto y financiamiento

Los presupuestos de los hospitales del MINSA se formulan según las necesidades que establece cada directorio, aunque el proceso está en gran medida sujeto a los lineamientos establecidos en años anteriores. Por contraste, el presupuesto de un hospital del ESSALUD es definido por la oficina administrativa central, con base en objetivos que se establecen en consulta con los gerentes del hospital. En las clínicas privadas, los presupuestos se determinan por los ingresos de la institución y necesidades establecidas. Mientras que los sistemas presupuestarios del sector público dependen más de consideraciones políticas que de la calidad y cantidad de servicios, el sistema que prevalece en el sector privado, de tarifas por servicios prestados, genera los incentivos para prescribir más servicios, algunos de ellos innecesarios (Wouters, 1998).

Los fondos de los hospitales del MINSA provienen de dos fuentes principales: la tesorería pública (tesoro) y cobros al usuario. Los primeros se destinan a pagar sueldos y a sostener los costos de los distintos departamentos, y los segundos a la mayor parte de los otros gastos. Además, se reciben algunos donativos para la compra de infraestructura y equipos específicos.

Los recursos que financian el presupuesto de ESSALUD provienen de los impuestos (9% de los sueldos) y de los aportes de los jubilados (4% de las pensiones). Así, los hospitales del ESSALUD tienen menos independencia presupuestaria que los del MINSA, los cuales pueden generar sus propios recursos y ejecutar su presupuesto con poca intromisión del ministerio.

En el sector privado, los hospitales se financian con los honorarios o cuotas que cobran. Según las entrevistas, la mayor parte de estos recursos proviene de los ingresos por farmacia. Otros fondos derivan de cuotas proporcionales que pagan los médicos por el uso de las instalaciones para prestar sus servicios (entre 10 y 20% de sus honorarios), y de los cobros a los pacientes por la atención médica recibida en el hospital.

Atención médica y formas de cobro

También los pacientes de los hospitales del MINSA pagan cuotas por los servicios. Sin embargo, a nivel central no existe ninguna política que establezca un método claro para definir esos cobros. En general, las cuotas se establecen sin considerar criterios técnicos y sin un conocimiento exacto de

la estructura de costos del hospital ni de la demanda de sus servicios. Los pacientes que no cuentan con los medios para pagar esas cuotas pueden acudir a la oficina de ayuda social gubernamental, para que se determine si cumplen los requisitos para recibir servicios gratuitos. Sin embargo, el proceso es muy embarazoso, ya que requiere un trámite separado por cada prescripción médica o servicio, y el jefe de la oficina de asistencia social disfruta de gran discrecionalidad para determinar la elegibilidad, sin un mecanismo eficaz de rendición de cuentas.

Los pacientes que acuden a los hospitales del ESSALUD son guiados por asistentes sociales a lo largo de todo el proceso de ingreso (admisión). En realidad, los pacientes cubiertos por ESSALUD han pagado por adelantado los servicios, a través de sus aportaciones al seguro social, y no deberían hacer ningún otro pago al hospital.

En las clínicas del sector privado el usuario paga según el esquema de honorarios por servicio. En general, sus pacientes tienen planes de seguro privados que cubren la mayor parte de los gastos, según tarifas que la compañía aseguradora negocia con la clínica. Al cliente le toca pagar sólo los deducibles y los servicios que el plan no cubra. Las personas que no están amparadas por su empleador o por un plan de seguro privado, y las que no están en condiciones de poder pagar, pueden acceder a los programas de asistencia social. No obstante, por lo general sólo reciben atención gratuita en casos de extrema urgencia, después de lo cual se los traslada a un hospital del MINSA.

Toma de decisiones transparente y rendición de cuentas

En los hospitales del MINSA, la dirección a menudo consulta con un comité asesor lo referente a decisiones importantes. Sin embargo, este sistema no se aplica de un modo uniforme y algunos comités asesores no se han reunido durante años, o a veces se consulta sólo a algunos de sus miembros. En general, el proceso de toma de decisiones carece de transparencia. Además, tampoco existen formas de comunicación eficaces entre el personal médico y la dirección. Un porcentaje alto de los médicos adscritos al MINSA que participaron en el estudio no sabían de la existencia de varios procedimientos administrativos o de gestión dentro de sus hospitales.

En estos establecimientos son los jefes de área quienes evalúan a los médicos de su sección. Por tanto, gozan de una gran discrecionalidad. Las

evaluaciones suelen basarse en el número de pacientes que cada médico atiende en un día, de conformidad con los parámetros recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS); sin embargo, éstos no se han definido para todas las especialidades, dependen de muchos otros factores y por lo general no se respetan.

En el sistema del ESSALUD existe un órgano de control (llamado “inspectoría”) que visita cada hospital, lo cual constituye un incentivo para una toma de decisiones transparente. La vigilancia también se incrementa porque los directorios de cada hospital son designados por la oficina central, de modo que responden directamente a ella. Hay también un consejo de vigilancia, que sanciona los proyectos que alcanzan cierta envergadura (p. ej., las licitaciones públicas). Sin embargo, los canales de comunicación entre el personal médico y la dirección del hospital son sumamente deficientes, aunque la situación no es tan grave como en los hospitales del MINSA. Respecto de la evaluación del personal, el ESSALUD no sigue ninguna política central; cada hospital puede o no evaluar a sus médicos y, cuando lo hace, suele aplicar sus propios criterios. La rendición de cuentas también se refuerza por la presencia de una instancia centralizada, la Oficina de Mejoramiento de Procesos, que recibe quejas de los pacientes por servicios deficientes u otras irregularidades.

En las clínicas privadas, el director médico y el director ejecutivo someten sus decisiones al juicio del directorio, que se responsabiliza de la aprobación definitiva. Cualquier médico socio puede asistir a las reuniones y participar en las decisiones. Al igual que en los otros hospitales que colaboraron en el estudio, una proporción grande de los médicos no estaba enterada o tenía ideas erróneas sobre la existencia de diversos procedimientos administrativos.

Contratos de trabajo y estabilidad laboral

Al igual que en otras instituciones públicas, en los hospitales del MINSA y del ESSALUD se contrata a los trabajadores de acuerdo con dos tipos principales de arreglos laborales: por nombramiento (que aquí se llamarán “nombrados”) o por contrato temporal (“contratados”). Las leyes que rigen estos dos regímenes son confusas, y cada una señala especificaciones distintas. Sin embargo, existen dos diferencias principales entre los trabajadores nombrados y los contratados. En primer lugar, los nombrados disfrutan de estabili-

dad laboral, mientras que los contratados deben renovar su contrato cada cierto tiempo (en plazos que van de tres meses a un año). En segundo, los trabajadores contratados no gozan de todos los beneficios que tienen los nombrados, como serían vacaciones, premios, aguinaldos u otros incentivos (p. ej., canastas de víveres). La diferencia en la estabilidad laboral, en particular, tiene implicaciones importantes en el desempeño de los médicos. Es mucho más fácil despedir a un médico contratado que a uno nombrado.

Ningún acuerdo laboral predomina en este esquema. De hecho, en Perú hay casi tantos médicos contratados como nombrados, 12.288 y 12.420, respectivamente. Sin embargo, en Lima metropolitana, el número de contratados excede el de médicos nombrados, en aproximadamente 10%, con cifras de 7.651 y 6.978, respectivamente.³

Además de esta diferencia en los acuerdos laborales, presente en todos los establecimientos del sector público, también los esquemas de contratación varían entre los establecimientos del MINSA y del ESSALUD. En el primer caso los nosocomios hacen sus propias contrataciones, sujetas sólo al visto bueno del ministerio. En el ESSALUD el procedimiento se maneja a través de la oficina central de recursos humanos, que evalúa las necesidades específicas de cada hospital.

Más allá de estas características, los hospitales de MINSA y ESSALUD enfrentan problemas de recursos humanos que son comunes a la mayor parte de la administración pública peruana, a saber: los bajos salarios y la escasez de personal calificado (Instituto APOYO, 1999).

Características de cuatro hospitales

Para analizar el impacto de estos diversos órdenes institucionales en la magnitud de la corrupción que se observa en los hospitales públicos, se seleccionaron para estudio cuatro hospitales que presentaban características distintas. El primero, que llamaremos MINSA1, depende del Ministerio de Salud y funciona conforme al esquema administrativo tradicional del ministerio. El MINSA1 se especializa en la atención de maternidad y pediatría, y su director ejecutivo tiene el auxilio de ocho jefes administrativos (contadores y ase-

³ Ministerio de Salud (1998).

sores jurídicos) y ocho jefes médicos (de esta profesión). El nivel siguiente se compone de gerentes auxiliares, seguido de secciones relacionadas con asistencia social y actividades de apoyo. A pesar de que los jefes médicos reciben capacitación en temas de administración y contabilidad, el hospital tiene todavía la reputación de haber sido mal manejado, en términos de errores administrativos y otras irregularidades. Viene al caso anotar aquí que durante el transcurso de la investigación, los trabajadores de MINSA1 declararon una huelga que duró 24 horas. Aunque el movimiento fue convocado originalmente para protestar por la decisión de no pagar el aguinaldo de fin de año (una bonificación anual), siguió una escalada en que se acusaba al director ejecutivo de malversación de fondos y se exigía su destitución. Independientemente de acusaciones específicas, este hecho da una impresión del desorden administrativo prevaleciente.

En este hospital, el personal nombrado recibe mensualmente una canasta de víveres con valor de S/.100 (US\$30). Si bien esta prestación representa 5% o menos del salario de un médico, aun así se la considera un subsidio importante, según se desprende de las respuestas de los médicos entrevistados en varios hospitales. Dicha canasta contiene alimentos básicos, como leche, arroz, azúcar, verduras, pastas, etcétera.

El segundo hospital, que llamaremos MINSA2, depende también del Ministerio de Salud, pero está participando en la fase piloto de PAAG. La autoridad de mayor jerarquía corresponde a los gerentes ejecutivos. Bajo ellos están los subgerentes y las secciones funcionales (gestión productiva), que el reglamento del PAAG define como: obstetricia y ginecología, cirugía, medicina general, radiología, apoyo al diagnóstico (patología, rehabilitación física) y farmacia.

En MINSA2, el personal nombrado recibe también una canasta mensual de víveres. En el futuro, la entrega de esta prestación dependerá de la productividad de cada médico. Es la primera iniciativa de este tipo en el sector público de la salud.

El tercer hospital, que pertenece al instituto de seguridad social, se denominará aquí ESSALUD1. A diferencia de los hospitales del MINSA, la gerencia ejecutiva recibe el apoyo de tres gerencias médicas y dos administrativas. El nivel siguiente consiste en varios departamentos y servicios. Este hospital sigue las normas centralizadas de ESSALUD, que prohíben la repartición de canastas de víveres u otros incentivos.

El cuarto hospital es una clínica privada, que llamaremos Privado1.

Cuadro 5.2 Algunas características destacadas de los hospitales de la muestra (1998)

Hospital	MINSA1	MINSA2	ESSALUD1	Privado1
Camas	304	435	1.471	101
Médicos	122	345	670	83
Nombrados	79	212	476	n.a.
Contratados	43	133	194	n.a.
Consultas médicas (1995)	102.411	141.292	438.004	86.275
Partos	6.265	3.726	8.399	248
Naturales	4.421	2.897	3.428	55
Por cesárea	1.844	829	4.971	193
Indicadores				
Camas/médico	2,5	1,3	2,2	1,2
Proporción contractual (%)	35,2	38,6	29,0	—
Consultas/médico/año	839	410	654	1.039
Partos por médico	51	11	13	3
Tasa de cesáreas (%)	29,4	22,2	59,2	77,8

Fuentes: Oficinas de Estadística de MINSA1 y MINSA2; Oficina del Director Médico de Privado1; y II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud. Oficina de Estadística e Informática, Ministerio de Salud.

Nota: La abreviatura n.a. denota datos no accesibles.

Como muchos de su sector, Privado1 es propiedad de una sociedad de médicos, muchos de los cuales están poco versados en técnicas de administración y dirección. Así, al momento de la encuesta, Privado1 estaba considerando varios cambios para incrementar la eficiencia, como redefinir las funciones de su director ejecutivo y la manera en que maneja las cuentas financieras. La autoridad más alta en la clínica es un directorio o comité directivo, constituido por los 11 médicos socios, uno de los cuales es elegido presidente ejecutivo. El directorio designa a un director ejecutivo que lo representa en el hospital. Los médicos del hospital se clasifican en tres grupos: los propietarios previamente mencionados (11 médicos socios), los asociados (que responden directamente a un socio determinado) y los contratados.

El tamaño o capacidad de los cuatro hospitales varía desde 101 camas en Privado1, hasta casi 1.500 en ESSALUD1 (Cuadro 5.2). Más de 35% de los médicos de MINSA1 y MINSA2 son contratados, en comparación con cerca de 29% en ESSALUD1. Los recursos físicos por médico parecen ser dos veces mayores en MINSA1 y en ESSALUD1 que en los otros dos hospitales, mientras que el número de consultas por médico es más alto en Privado1.

do1 y en MINSA1. Este último supera con mucho a los otros hospitales en cuanto al número de partos por médico, lo que es de esperar, dada su especialidad en atención materno-infantil. Curiosamente, la tasa de cesáreas es más alta en Privado1, seguido de ESSALUD1, a pesar de que sus pacientes tienden a provenir de clases socioeconómicas más altas (con mayor acceso a la atención prenatal) y de poblaciones de bajo riesgo.

Marco conceptual e hipótesis: corrupción, instituciones y agentes

El término corrupción abarca una variedad muy amplia de prácticas que incluyen el uso ilegal de bienes y servicios públicos para el beneficio del agente o personas a quienes éste favorece. Aunque la corrupción es un problema universal, tiende a ser más frecuente y más grave en países en vías de desarrollo, donde las instituciones suelen ser débiles (Rose-Ackerman, 1998: 35). La organización Transparencia Internacional (1996) informó que ningún país estaba exento de corrupción. El Banco Mundial ha estimado que el valor anual de los sobornos podría exceder, en forma global, la cifra de US\$80 mil millones (Walsh, 1998).

Muchos estudios recientes han puesto de manifiesto los efectos de la corrupción en el desarrollo económico, que consisten principalmente en una mala asignación de recursos, una menor confianza en los agentes, y niveles más altos de ineficiencia. Según es citado por Walsh (1998), Daniel Kaufmann, economista *senior* del Banco Mundial, sostiene que la corrupción ejerce una influencia negativa en todos los indicadores del desarrollo: el desarrollo económico, la inversión interna y externa, y la pobreza. Bardhan (1997) afirma que en ciertos casos la corrupción contribuye a mejorar la eficiencia económica; por ejemplo, cuando el público paga a burócratas influyentes para obtener servicios más expeditos. No obstante, en el largo plazo, es difícil controlar los resultados de la corrupción, dadas las condiciones arbitrarias e inciertas en que se ven envueltos muchos de los agentes.

La investigación sobre el diagnóstico y el control de la corrupción es todavía incipiente. Hasta ahora, la atención se ha concentrado en responder a la pregunta de cómo prevenir este problema. Tales estudios pueden clasificarse en dos grupos, según se concentren en los individuos o en las instituciones. Sin desconocer la contribución del primer criterio, que pone de relieve los mecanismos para sancionar las prácticas y los agentes corruptos, en el presente estudio se adopta el enfoque institucional, que

busca identificar los factores que incentivan las prácticas corruptas en las organizaciones.

Esta perspectiva teórica sostiene que las instituciones dictan las reglas fundamentales, tanto formales como informales, de la interacción humana. Entre las reglas formales están las normas, leyes y reglamentos; entre las informales, las normas aceptadas, códigos de conducta o convenciones sociales, entre otros (North, 1990). Igual de importantes son los mecanismos por los que se aplican y hacen efectivos ambos tipos de reglas. El análisis institucional de la corrupción revela que es más difícil prevenir la malversación cuando no existen mecanismos que generen incentivos adecuados. Las instituciones tienen gran influencia en la conducta de los trabajadores: “una organización puede ser negligente aunque no lo sean sus trabajadores”.⁴

Para evaluar la influencia de las instituciones en la corrupción, es útil analizar el asunto dentro del marco de la teoría de “principal-agente”. Un principal es cualquier actor que delega las funciones a un agente. Si se considera a los individuos que funcionan dentro de estas instituciones como agentes que intentan llevar al máximo su propio bienestar dentro de las oportunidades disponibles y las restricciones existentes, entonces uno de los principales frenos posibles a la conducta corrupta será el conjunto de reglas institucionales que gobiernan el entorno de trabajo y los contratos. A los agentes les afecta también la disponibilidad de información y sus propias capacidades y recursos. La estructura de incentivos no necesariamente motiva al agente a actuar en los mejores intereses del principal. De hecho, el problema fundamental es que la asimetría de información le impide al principal monitorear y evaluar eficazmente los esfuerzos de sus agentes o el cumplimiento de los contratos de trabajo.⁵

Caiden y Caiden (1988) sostienen que cualquier sistema institucional mal diseñado genera oportunidades para la corrupción. El autor divide los sistemas en tres categorías: 1) procedimientos formales, que dictan cómo debe trabajar la administración pública; 2) prácticas informales, que indican cómo se comportan realmente los trabajadores, y 3) la dirección o administración en sí, que establece cómo se ordenan y controlan el trabajo y las acciones de los funcionarios de la institución. Por tanto, los factores importantes son un conjunto de reglas formales (leyes, contratos, reglamen-

⁴ Klitgaard (1992), citado por Mosqueira (1995).

⁵ Véase una síntesis de lo publicado, en Pratt y Zeckhauser (1985) y Arrow (1985).

tos) que regulan las acciones de los agentes, y las reglas informales, que están determinadas, por ejemplo, por el contexto social.

Con respecto a las reglas formales, se supone que los agentes guían sus acciones, en parte por los objetivos y procedimientos que las reglas establecen, y en parte por sus propias razones, según el grado de flexibilidad que las reglas permitan. Tal flexibilidad depende a su vez de los procedimientos que se utilicen para vigilar las acciones de los agentes, y de los mecanismos de sanción o premiación. El contexto social (las reglas informales) también ejerce una influencia importante en los incentivos de los agentes. Aspectos como el valor que el ambiente social asigna al esfuerzo y la honestidad, y las creencias del trabajador (p. ej., que los ascensos dependen más de la antigüedad en el cargo que de los méritos) tienen un impacto importante en las acciones del agente.

Klitgaard (1990) propone una aproximación práctica al análisis de la corrupción sistémica y ofrece recomendaciones para controlarla. Su enfoque se ilustra con la ecuación siguiente:

$$C = M + D - T \quad [5.1]$$

donde C es la corrupción, M el monopolio, D la discrecionalidad, y T la transparencia. Es decir, la probabilidad de corrupción se incrementa si la actividad en cuestión es un monopolio, si los funcionarios tienen amplia discrecionalidad, y si ejercen sus funciones con poca transparencia. Las implicaciones son claras: reducir las situaciones de monopolio, limitar el poder discrecional de los funcionarios justamente a lo necesario para realizar con eficiencia el trabajo, y aumentar la transparencia. Por supuesto, no siempre será factible impedir un monopolio (p. ej., en el control aduanero en los aeropuertos). En este caso la estrategia debe basarse en refrenar los poderes discrecionales (la elección de qué equipajes se inspeccionarán) e incrementar la transparencia (información clara a los pasajeros sobre lo que se permite, e inspección hecha a la vista del público).

Hay otros dos factores que son importantes para explicar la corrupción sistémica: la impunidad y los bajos salarios de los funcionarios públicos (Rose-Ackerman, 1986; Klitgaard, 1990; Gray, 1979; entre otros). Ambos factores crean condiciones que propician la corrupción. Mientras el riesgo de ser procesado y sentenciado por corrupción sea bajo y el posible beneficio del acto sea alto, siempre estará presente la tentación de corromperse.

Joan Prats y Julia Company (1996), del Barcelona Governance Project, distinguen entre una corrupción sistémica y una conductual (de comportamiento). La primera se refiere a factores o fallas del sistema que predisponen a la corrupción, y la segunda a la conducta oportunista de individuos aislados. Esta distinción es útil porque lleva a estrategias distintas. Si la corrupción que enfrenta una sociedad depende de casos aislados, la imposición de penas más severas a través de la acción judicial parece una estrategia viable. Pero si la corrupción es sistémica, porque las reglas del juego económicas y políticas facilitan su crecimiento, la solución judicial será ineficaz, porque aun cuando se procese y condene al funcionario corrupto, el sistema creará otros (Ocampo, 1993).

Una manera ordenada de analizar este asunto comienza con la ecuación siguiente de incentivos compatibles, que se definen así:⁶

$$I = (1 - q)(w + c) - qF \quad [5.2]$$

donde I representa el ingreso total que puede esperar un agente si comete un acto corrupto, w el ingreso legal del agente, q la probabilidad de detección, c el ingreso por un acto corrupto, y F la multa eficaz.

Así, si el ingreso legal del agente (w) es menor que el ingreso total esperado del acto corrupto (I), el agente tendrá un incentivo para incurrir en prácticas corruptas. La definición de I incluye la probabilidad de detección del acto corrupto (q), y la multa (F) al ser descubierto. Así, q y F representan la eficacia de los mecanismos de control y sanción en el ambiente en que trabaja el funcionario. Si q o F son bajos, I aumenta, y con él la probabilidad de que sea mayor que w . El funcionario tendrá más incentivos entonces para incurrir en prácticas corruptas. Si q y F son altos, I será más bajo, lo que reduce el incentivo para la corrupción. Esto se determina con referencia a w . Si w es bajo, aumenta la probabilidad de que w sea menor que I , y por tanto, aumenta el incentivo para incurrir en prácticas corruptas.

Para emplear este marco de referencia es necesario identificar tipos específicos de actividades corruptas y relacionar cada uno con su contexto institucional. Sin embargo, la mayor parte de las encuestas que buscan establecer una tipología de la corrupción no se basan en tipos específicos de

⁶ Aunque no se reproduce exactamente, la ecuación se relaciona con otra, propuesta en el trabajo de Di Tella (1997).

ésta, sino en sus efectos más generales, relacionados con la cantidad de sobornos y el nivel de competencia entre las agencias públicas.⁷

Sin embargo, el caso específico de los hospitales permite concebir una tipología más precisa que identifica tres niveles generales de corrupción. El primero, de gran corrupción, ocurre cuando los agentes públicos aprovechan su posición de autoridad pública para beneficiarse de las decisiones relacionadas con la construcción, remozamiento y compra de equipo caro en los hospitales. El segundo nivel, la corrupción mediana, ocurre cuando los agentes públicos incurren en el uso de las instalaciones de la institución para su beneficio personal, el uso inapropiado de los recursos proporcionados por ésta, el ausentismo, y el peculado en las compras de equipo y suministros comunes a un precio menor que el declarado. El tercer nivel, la corrupción menuda, se refiere a la captación por parte de miembros del personal, de sobornos que pagan los pacientes. Dentro de las dos últimas categorías se puede ser todavía más específico y considerar cinco tipos de corrupción: 1) ausentismo, 2) sustracción de insumos, 3) cobros indebidos a los pacientes, 4) cobros indebidos a proveedores para promover la compra de su equipo y suministros, y 5) provisión de servicios innecesarios. El presente capítulo se concentra en dos de éstos: el ausentismo y la provisión de servicios innecesarios.

El ausentismo

Se define el ausentismo como el uso de las horas de trabajo, pagadas por el hospital, para actividades personales que se realizan dentro o fuera del centro de trabajo. Incluyen actividades ociosas que no aumentan el ingreso (conversaciones en la cafetería, descansos durante tiempo de trabajo, etc.) y el ejercicio privado de la profesión u otras actividades mejor remuneradas. Este último tipo de ausentismo deriva de diversas deficiencias en los mecanismos de control del personal y también de los costos de oportunidad para los médicos. En la situación que aquí nos ocupa, puesto que a los médicos contratados se los puede sancionar de manera más inmediata que a los nombrados —simplemente con no renovarles su contrato—, nuestra Hipótesis 1 postula que el ausentismo es más común entre los médicos nombrados que entre los contratados.

⁷ Véase, por ejemplo, Shleifer y Vishny (1993).

Esta hipótesis en particular puede describirse dentro del marco de la ecuación de incentivos compatibles [5.2] presentada antes. La probabilidad de detección (q) y el nivel de ingreso legal (w) pueden considerarse equivalentes entre los médicos nombrados y los contratados.⁸ Sin embargo, dada la posibilidad de que los médicos nombrados hayan estado trabajando más tiempo, es probable que tengan más pacientes privados, lo que significa que su ingreso a través del ausentismo (la medida de la corrupción en este caso) o el costo de oportunidad de permanecer en el hospital, también serán más altos. Además, la probabilidad del despido como sanción efectiva (F) es mayor para los contratados. Por tanto, es más probable que w sea menor que I en el caso de los médicos nombrados que en el de los contratados. Por esta razón, es de esperar un ausentismo mayor entre los primeros.

La demanda inducida: aplicación de procedimientos médicos innecesarios

La provisión de servicios de salud innecesarios —procedimientos que exceden la norma de lo que se necesita— puede considerarse práctica corrupta cuando el proveedor induce a su realización para su propio beneficio. Para estudiar este fenómeno se analizaron datos sobre partos en los hospitales, en la expectativa, basada en la bibliografía más amplia, de que algunos de los partos por cesárea realizados no estaban indicados desde el punto de vista técnico. Puesto que los médicos o los establecimientos pueden beneficiarse de realizar partos por cesárea —por las utilidades adicionales que implican o por conveniencias de horario o calendario— es posible que algunos factores no médicos influyan en la decisión de que una mujer deba dar a luz por vía vaginal o por medio de cirugía.

Durante algunos años el estudio de las cesáreas se ha concentrado en el análisis de los incentivos que tienen las pacientes para someterse a esas operaciones, y los médicos para efectuarlas. En varios estudios se han identificado motivaciones distintas de los médicos para realizar los partos por cesárea. Por ejemplo, Keppel *et al.* (1982) encontraron que las mujeres protegidas por seguros privados tienen la tasa más alta de cesáreas, mientras que aquellas que pagan de su bolsillo tienen la tasa más baja. La explicación

⁸ En principio, la legislación estipula que los salarios son básicamente equivalentes, aunque en la práctica podrían ocurrir algunas diferencias no previstas en la ley (bonificaciones en especie a través de los ingresos propios del hospital).

más común es la hipótesis de la demanda inducida por el proveedor. Es decir, en ciertas condiciones de mercado —por lo general una oferta excesiva de médicos— los facultativos aprovechan su autoridad para prescribir tratamientos adicionales, con lo que evitan una reducción de sus ingresos al generar una demanda adicional de sus servicios (Tussing y Wojtowycz, 1992: 531).

Una crítica común a los estudios que investigan las motivaciones económicas para hacer cesárea ha sido la aplicación limitada de variables de control en sus estimaciones. En consecuencia, otra investigación ha recalcado la importancia de controlar los resultados según diversas características de los hospitales y los médicos. Los trabajos de Tussing y Wojtowycz (1992 y 1993), por ejemplo, ofrecen explicaciones distintas de las altas tasas de cesárea (en la ciudad de Nueva York), entre ellas ciertas diferencias en la capacitación médica, efectos de las demandas por negligencia médica, y los cambios tecnológicos. Esos autores atribuyen dos tipos de motivación económica a los partos por cesárea: el temor a las demandas legales por negligencia o mala praxis (reducir este riesgo es un motivo frecuente entre obstetras) y un ingreso más alto, o simples preferencias personales.

Aunque la primera razón no se aplica al caso peruano, la segunda —obtener mayores ingresos o el propio interés— podría ser importante. Adaptando el modelo de Tussing y Wojtowycz, este estudio propone que el ingreso (o beneficio) que puede esperar un médico de la práctica corrupta de hacer cesáreas injustificadas se relaciona principalmente con dos variables: 1) el ingreso monetario (en los hospitales privados), y 2) comodidad o tiempo libre (en los hospitales públicos).

Esto nos lleva a la Hipótesis 2 del estudio: debido a su efecto en el ingreso, la razón entre cesáreas y partos totales es más alta en las clínicas privadas que en los hospitales de ESSALUD y de MINSA. La hipótesis se fundamenta en el hecho de que, dado el sistema de reembolso por las compañías de seguros, las cesáreas y la atención adicional o más compleja dan lugar a ingresos más altos para los establecimientos privados (no así para los públicos). Además, en Perú, tanto los pacientes como los médicos adolecen de falta de información y de una ausencia casi total de regulación en cuanto a lo que se consideran procedimientos estándar.

Cabe suponer que la probabilidad de detección (q) y la sanción efectiva (F) son similares en las tres organizaciones. Las normas y reglamentos peruanos no se aplican correctamente en el sector salud, ni siquiera en casos

de negligencia. Por tanto, lo que resulta determinante es quizá la variable referente a los ingresos por corrupción (c). En este caso, el ingreso por incurrir en un acto corrupto (hacer una cesárea injustificada) puede ser muy alto para las clínicas (no así para los hospitales públicos), lo que les da más incentivos para incurrir en este tipo de conductas punibles.

La Hipótesis 3 sostiene que la razón de cesáreas sobre partos totales es más alta en los hospitales de ESSALUD que en los de MINSA, por lo que influye esta práctica en la comodidad de los médicos. La hipótesis se basa en el hecho de que los médicos de los hospitales del ESSALUD pueden programar sus consultas y tratamientos, a diferencia de los de los hospitales del MINSA. Así los médicos del ESSALUD pueden ordenar una cesárea aun cuando técnicamente no esté indicada, simplemente porque así convenga a su plan de trabajo. En términos de la ecuación anterior, cabe considerar que los ingresos por corrupción (c) incluyen beneficios no monetarios (p. ej., no “echar a perder” el fin de semana).

Los estudios de Tussing y Wojtowycz advierten la importancia de incluir ciertos tipos de factores de control, particularmente en una hipótesis como ésta, en la que las tasas distintas de riesgo entre las poblaciones atendidas por los hospitales de la muestra podrían explicar también las diferencias en los resultados. En particular, las pacientes del MINSA tienden a ser de un estrato socioeconómico más bajo que las que acuden al ESSALUD. Por tanto, una proporción más alta de pacientes del MINSA tendrá menor probabilidad de haber recibido una atención apropiada durante el embarazo. Esto aumenta la posibilidad de problemas al momento del parto y la necesidad de hacer cesárea. Como resultado de este factor, la razón de cesáreas sobre partos totales debería ser más alta en los hospitales de MINSA que en los de ESSALUD (y mayor en estos últimos que en los establecimientos privados, que tienden a servir a estratos sociales aún más altos).

Por último, la Hipótesis 4 del estudio supone que la razón de cesáreas sobre partos totales es más alta en la práctica de los médicos nombrados que en la de los contratados. Como ocurre en la hipótesis del ausentismo, el factor principal que la fundamenta es la facilidad con que puede castigarse a los médicos contratados. El ingreso que deriva del acto corrupto tiene una influencia menos importante. En términos de la ecuación de incentivos compatibles [5.2], c es similar en ambos grupos, mientras que F es más bajo en el caso de los médicos nombrados, lo que genera mayores incentivos para cometer actos corruptos.

Métodos para el análisis del ausentismo y la demanda inducida

Se aplicaron encuestas a pacientes, médicos y enfermeras de cada uno de los cuatro hospitales, a fin de obtener información empírica sobre el ausentismo. En Privado1 se aplicó a los médicos una versión abreviada de la encuesta, en la que se eliminaban las preguntas no aplicables al sector privado.

La muestra total contuvo 576 médicos, 246 de ellos adscritos a ESSALUD1, 186 a MINSA2, 94 a MINSA1 y 50 a Privado1. La encuesta incluyó 462 enfermeras de los tres hospitales públicos, 238 de las cuales trabajaban en ESSALUD1, 163 en MINSA2, y 61 en MINSA1. Por último, se entrevistó a 229 pacientes de consulta externa (97 del ESSALUD1, 72 del MINSA2, y 60 del MINSA1) y a 95 internados (37 en ESSALUD1, 32 en MINSA2, y 26 en MINSA1).

El tamaño de las muestras de la encuesta se calculó de modo que los resultados ofrecieran un margen de error de 4% y un nivel de confianza de 95%. En cuanto a los pacientes, para calcular la muestra se tomaron en consideración datos acerca del número de usuarios que se atienden cada día en servicios de consulta externa, así como de los hospitalizados, según se establece en el II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud (Ministerio de Salud, Perú, 1996). Estos datos censales se consideraron también para estructurar las encuestas de médicos y enfermeras, así como la razón numérica aproximada entre personal contratado y nombrado. Los encuestados fueron escogidos al azar de la nómina de personal de cada hospital. También se realizaron entrevistas con los funcionarios de alto nivel (directores, subdirectores, jefes de personal, jefes de enfermería y jefes de farmacia) en los cuatro hospitales, con el fin de obtener la información cualitativa necesaria para complementar e interpretar los datos de la encuesta.

Se reunió información sobre cada parto atendido en 1998, en tres de los cuatro hospitales participantes, para el análisis de las cesáreas como forma de demanda inducida. Se excluyó el MINSA1, porque se especializa en atención materno-infantil, de modo que recibe un número grande de casos complejos que podrían sesgar los resultados, y por dificultades para acceder a los datos. Se obtuvo información completa de los otros tres hospitales, salvo por los períodos de noviembre y diciembre en el caso del MINSA2. Además, varios expedientes estaban incompletos. A eso se debe que el número final de observaciones difiera del número de partos registrados en cada

hospital. La mayor parte de estas exclusiones se relaciona con los expedientes del MINSA2.

El acceso logrado a los expedientes fue distinto en los tres hospitales considerados en esta fase del estudio. En ESSALUD1 y en Privado1 pudo accederse a todos los expedientes médicos de las pacientes atendidas. Pero, como se mencionó antes, no hubo pleno acceso en el caso del MINSA2; se logró utilizar sólo 2.009 expedientes de los 3.726 partos registrados.

Para el análisis se sigue la metodología propuesta por Tussing y Wojtowycz (1992 y 1993), quienes usan un modelo probit en que la variable dependiente es el método de parto, que tiene un valor de 0 cuando se permite la vía vaginal, y de 1 cuando se hace cesárea. Las variables independientes representan características de la madre, su estado médico y el hospital. El objetivo fundamental del análisis es estimar la influencia de las variables institucionales en la probabilidad de que el parto se haga por cesárea, mientras que se mantiene control de distintas variables médicas. Las variables presumiblemente institucionales no tendrían un impacto mensurable si la decisión entre el parto vaginal y por cesárea se basara en consideraciones estrictamente médicas.

Las variables utilizadas pueden dividirse en tres grupos:

- ♦ Variables de control médicas (edad de la mujer, edad gestacional, peso del feto, número de embarazos previos, etc.),
- ♦ Variables institucionales de los hospitales (condición laboral [contratado o nombrado] del médico que atendió el parto, régimen de propiedad del hospital en cuestión), y una
- ♦ Variable sobre la comodidad para el médico (fecha del parto, que se define como 1 en fin de semana o día feriado, y 0 en el resto).

Estimaciones de la corrupción en los hospitales peruanos

Esta sección se inicia con una apreciación global de los tipos de problemas que el personal médico, pacientes y directores consideran los más comunes en las cuatro instituciones. También presenta información importante con respecto a las diferencias institucionales entre los hospitales. Aunque estos cuatro nosocomios no constituyen una muestra representativa del sector

hospitalario de Perú, los problemas identificados parecen ser frecuentes en los hospitales de la Lima metropolitana.

Muchos entrevistados identificaron la falta de transparencia en la toma de decisiones como un problema de la administración de los hospitales. La toma de decisiones transparente guarda estrecha relación con el grado de comunicación entre la dirección administrativa y el personal de la organización. Independientemente de la eficiencia y acierto de las decisiones de la dirección, si éstas no se comentan o se comunican al personal, les faltará transparencia y, como se mencionó en la sección teórica, se generará un ambiente que propicie más la corrupción.

Los problemas de comunicación son frecuentes en los hospitales (Cuadro 5.3). Un alto porcentaje de las enfermeras y médicos consultados ignoraba que existiesen instrumentos de gestión o estaba equivocado respecto a su existencia.⁹ Más de 57% de todos los médicos contestaron incorrectamente o con un “no sé” cuando se les preguntó si el hospital tenía “acuerdos de gastos” o una declaración escrita de la misión institucional. Pero las proporciones variaron mucho entre hospitales. Por ejemplo, el conocimiento correcto de la existencia de una declaración escrita de la misión institucional fue más alto en el ESSALUD1, seguido de MINSA1 y MINSA2; por su parte, los médicos de Privado1 respondieron incorrectamente con mucho mayor frecuencia.

De la misma manera, aunque 39% de los médicos no estaban enterados o tenían un concepto erróneo de los objetivos operacionales (los que se cumplen a través de las actividades), la situación varió significativamente entre los hospitales, con tasas de 43% en MINSA1, 30% en MINSA2 y 18% en ESSALUD1. No obstante, también se observaron problemas de comunicación en Privado1 que, en comparación con cualquiera de los hospitales públicos, mostró en todos sentidos una proporción más alta de médicos que ignoraban o estaban equivocados respecto a los instrumentos de gestión. Por ejemplo, hasta dos tercios de los médicos del establecimiento privado desconocían o tenían ideas confusas respecto a la existencia de dichos objetivos operacionales.

Cuando se los interrogó directamente sobre la falta de transparencia en las adquisiciones y en la contratación de personal, un número sustancial

⁹ Las respuestas de médicos y enfermeras fueron muy similares; para simplificar la exposición, en este contexto la mención a “los médicos” se refiere a ambos grupos.

Cuadro 5.3 Comunicación con los médicos respecto a los instrumentos de gestión

	Información formal	Según los médicos		
		Sí (%)	No (%)	No sé (%)
MINSA1				
Plan de desarrollo institucional	Sí	60	17	23
Presupuesto de ingresos y gastos	Sí	70	5	25
Acuerdos de gastos	Sí	34	13	53
Objetivos operacionales	Sí	57	13	30
Declaración escrita de la misión institucional	Sí	48	20	32
Mecanismos para evaluación del personal	Sí	52	25	23
MINSA2				
Plan de desarrollo institucional	Sí	64	11	25
Presupuesto de ingresos y gastos	Sí	79	2	19
Acuerdos de gastos	Sí	44	6	50
Objetivos operacionales	Sí	70	6	24
Declaración escrita de la misión institucional	No	38	10	52
Mecanismos para evaluación del personal	Sí	60	20	20
ESSALUD1				
Plan de desarrollo institucional	Sí	82	1	17
Presupuesto de ingresos y gastos	Sí	86	3	11
Acuerdos de gastos	Sí	55	5	40
Objetivos operacionales	Sí	82	4	14
Declaración escrita de la misión institucional	Sí	68	4	28
Mecanismos para evaluación del personal	No	78	9	13
Privado1				
Plan de desarrollo institucional	Sí	40	26	34
Presupuesto de ingresos y gastos	Sí	62	6	32
Acuerdos de gastos	Sí	36	12	52
Objetivos operacionales	Sí	34	22	44
Declaración escrita de la misión institucional	Sí	18	20	62
Mecanismos para evaluación del personal	Sí	40	30	30

Fuente: Encuesta del Instituto APOYO entre médicos de cuatro hospitales de Lima metropolitana.

Notas: La información formal proviene de entrevistas con miembros de los equipos de dirección administrativa de los hospitales. Las últimas tres columnas muestran las respuestas de los médicos a la pregunta: "¿Cuenta el hospital con los siguientes instrumentos de gestión?". La interpretación de los instrumentos para la evaluación del personal en ESSALUD1 se complica por el hecho de que el hospital estaba en el proceso de implantar ese sistema durante la encuesta, aunque no había ningún mecanismo formal en la oficina central de ESSALUD.

de entrevistados contestó afirmativamente. De los médicos del sector público, 32% informaron que esa falta de transparencia era común o muy común en la adquisición de insumos para los hospitales. Un poco menos, cerca de 28%, afirmaron que la escasa transparencia era común o muy común en los procesos de contratación. Las diferencias entre los hospitales resultaron un tanto sorprendentes en el sentido de que un porcentaje mayor de los médicos consideró común o muy común la falta de transparencia en el ESSALUD1, cuando este hospital mostró el conocimiento más bajo de la existencia de tal instrumento de gestión. El ESSALUD1 fue seguido, en orden decreciente, por MINSA1 y MINSA2 donde, de nuevo, los informes de falta de transparencia guardaban proporción inversa con la parte que estaba enterada de esos mecanismos de vigilancia.

En el cuestionario, la expresión “falta de transparencia” estaba implícitamente asociada a actos irregulares o corruptos, sobre todo por su relación con preguntas sobre la probabilidad de sanción. Las sanciones por falta de transparencia en las adquisiciones y en la contratación de personal fueron percibidos como muy severos en el ESSALUD1, seguido del MINSA2 y por último del MINSA1 (Cuadro 5.4). A la pregunta de “¿Qué pasaría si se descubre que la compra de insumos se ha realizado de manera poco trans-

Cuadro 5.4 Percepciones de los médicos sobre la imposición de sanciones (%)

	Despido	Multa	Advertencia	Nada	Inseguro
Sanciones por falta de transparencia en la compra de insumos					
Sector público	24	5	28	22	21
MINSA1	10	4	42	23	21
MINSA2	19	5	32	19	25
ESSALUD1	33	5	21	23	18
Sanciones por falta de transparencia en la contratación de personal					
Sector público	17	3	22	25	33
MINSA1	10	2	33	27	28
MINSA2	15	3	26	20	36
ESSALUD1	22	3	13	27	35

Fuente: Encuesta del Instituto APOYO entre médicos en cuatro hospitales de Lima metropolitana.

Nota: Todas las diferencias entre hospitales son estadísticamente significativas, excepto en el caso de "Multa" y de la categoría residual ("No sé" o "Inseguro").

parente?”, 33% de los médicos de la muestra de ESSALUD1 respondieron que el resultado sería el despido. Sólo 19% de los médicos de MINSA2 y apenas 10% de los de MINSA1 consideraron que se esperaría un resultado tan temible en sus instituciones. Sin embargo, al otro extremo, una proporción similar y significativa de los médicos de los tres hospitales respondieron que no sucedería nada (23, 19 y 23% en MINSA1, MINSA2 y ESSALUD1, respectivamente).

Conforme a este modelo de impunidad relativa, no sorprende el descubrimiento de que las prácticas corruptas se consideren más frecuentes en los hospitales del MINSA que en el ESSALUD1. Cuando se preguntó a los médicos si tenían noticia de la existencia de actividades de trabajadores del hospital que fueran ilegales o violaran los reglamentos de la institución, 48% de los médicos de MINSA1 y 40% de los de MINSA2 contestaron afirmati-

Cuadro 5.5 Percepción de los médicos sobre la frecuencia de robo y cobros indebidos (%)

	Nunca	Poco	Común	Muy común	Inseguro
Hurto de suministros o materiales de trabajo					
Sector público	53	24	14	7	2
MINSA1	35	40	22	2	0
MINSA2	52	22	13	9	4
ESSALUD1	60	20	11	7	2
Cobros indebidos a pacientes por una atención más rápida o mejor					
Sector público	71	17	6	3	3
MINSA1	77	18	5	0	0
MINSA2	62	19	10	3	6
ESSALUD1	76	14	4	4	2

Fuente: Encuesta del Instituto APOYO entre médicos de cuatro hospitales de Lima metropolitana.

Notas: Las categorías de respuesta textuales fueron "nada habitual", "poco habitual", "habitual", "muy habitual" y "no sabe o no precisa". Todas las diferencias entre hospitales en las apreciaciones de robo de insumos son estadísticamente significativas, excepto en los casos siguientes: entre MINSA1 y MINSA2 en las categorías "nunca" y "común", y entre MINSA2 y ESSALUD1 en la categoría "muy común". En cuanto al cobro indebido a pacientes, las únicas diferencias que no son estadísticamente significativas están entre MINSA2 y ESSALUD1 en "poco común" y "común", entre MINSA1 y MINSA2 en "muy común", y entre MINSA1 y ESSALUD1 también en "muy común."

vamente, comparados con 29% de ESSALUD1. En cuanto al sector público en conjunto, más de 33% de los médicos admitieron saber de actividades irregulares o corruptas.

El hurto de insumos se identificó como la forma más extendida de corrupción (Cuadro 5.5). En el sector público, 14% de los médicos lo consideraron “común” y 7% lo juzgaron “muy común”. Esta percepción fue más alta en MINSA1, donde 22% de los médicos dijeron que era común el hurto de insumos y 2% lo consideraron muy común. Las respuestas correspondientes a MINSA2 fueron 13 y 9%, respectivamente, seguidas de 11 y 7% en el ESSALUD1, respectivamente.

Los médicos encuestados no señalaron que el soborno o los cobros indebidos por servicios estuvieran extendidos (véase Cuadro 5.5). Sólo 6 y 3% de los médicos del sector público percibieron que los sobornos fueran, respectivamente, un problema “común” o “muy común”. Sin embargo, a la pregunta “¿Le pidieron algún soborno para atenderlo?”, alrededor de 23% de los pacientes contestaron afirmativamente (Cuadro 5.6). La proporción más alta de afirmaciones estuvo en MINSA1 (30%), seguido de MINSA2 (19%) y finalmente, de ESSALUD1 (16%). En conjunto, 74% de los pacientes a quienes se solicitaron sobornos aceptaron pagarlos.

Percepciones y características del ausentismo

Según especialistas y trabajadores del sector, el ausentismo es un problema extendido en los hospitales públicos de Perú. Por ejemplo, el subdirector del MINSA2 dijo: “... en todos los hospitales debe haber este problema, ya que los médicos tienen otros trabajos porque los sueldos son muy bajos”. Los

Cuadro 5.6 Frecuencia de pacientes a quienes se piden sobornos

	Sí		No	
	Número	%	Número	%
¿Le pidieron algún soborno para atenderlo?	53	23	176	77
Si así fue, ¿pagó algún soborno para ser atendido?	39	74	14	25

Fuente: Encuesta del Instituto APOYO entre pacientes de tres hospitales públicos de Lima metropolitana.

Nota: La diferencia entre el porcentaje de pacientes que respondieron afirmativamente y negativamente es estadísticamente significativa para las dos preguntas.

resultados de las encuestas a médicos y enfermeras corroboraron esta apreciación. De los médicos, 12% señalaron que el uso de horas de trabajo para actividades personales, o el ausentarse, eran “muy comunes”, mientras que 22% lo consideraron “común”. 13% de las enfermeras afirmaron que el ausentismo de los médicos era “muy común” y 19% lo consideraron “común”.

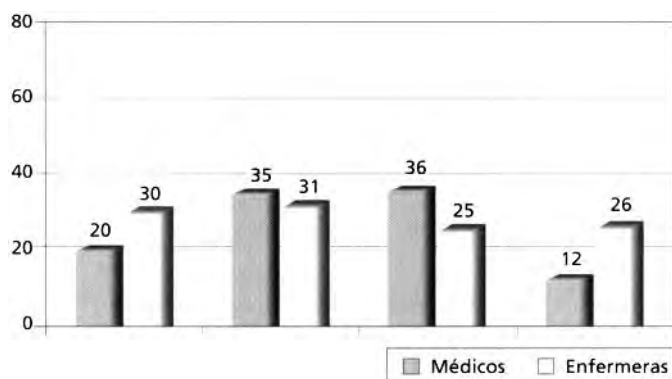
A semejanza de las percepciones sobre el hurto, la proporción de entrevistados que consideraron que el ausentismo era un problema en su institución fue mayor en MINSA1 que en cualquiera de los otros dos hospitales públicos. En particular, 18% de los médicos de MINSA1 señalaron que el ausentismo es “muy común”, comparados con 12% de los de MINSA2 y 10% de los de ESSALUD1. Más médicos de MINSA1 opinaron que el problema era “común” (35%), que los de MINSA2 (26%) o ESSALUD1 (13%). En fuerte contraste, sólo 4 de los 50 médicos entrevistados en Privado1 opinaron que el problema del ausentismo era bastante común. En beneficio de la simplicidad, el hospital privado se excluyó del análisis ulterior de este problema, porque sus reportes de ausentismo eran muy raros.

Para evaluar la magnitud del ausentismo entre los médicos, se presentaron a los entrevistados “rangos” (intervalos) de porcentaje de las horas reglamentarias que los médicos trabajan en realidad. Aunque muy amplios, esos rangos dan una idea aproximada de las horas perdidas por ausentismo, lo que permite estimar el porcentaje de horas reglamentarias que no se cumplen (Gráfico 5.2).

En MINSA1, los médicos señalaron que su propio grupo está presente sólo un poco más de 66% del turno de trabajo que establece su contrato, y ausente aproximadamente 31% del tiempo. Las enfermeras coincidieron aproximadamente, al señalar que los médicos faltaban 35% de las horas de trabajo. En MINSA2, los médicos dijeron estar ausentes 25% del tiempo, mientras que las enfermeras dieron una cifra significativamente más alta, cerca de 36%. En el ESSALUD1, los médicos indicaron que el ausentismo representaba cerca de 12% de las horas de trabajo establecidas, mientras que las enfermeras señalaron que los médicos pasaban ausentes 26% del tiempo. Así, el ausentismo, en la percepción de médicos y enfermeras, es más grave en el MINSA1, seguido en orden decreciente por MINSA2 y ESSALUD1.

Según los médicos de todos los hospitales de la muestra, los nombrados no sólo se ausentan más a menudo que los contratados, sino también más que el resto del personal médico y no médico. Del total de médicos

Gráfico 5.2 Respuestas a las encuestas: horas de ausencia del trabajo (%)



Fuente: Encuesta entre médicos y enfermeras de cuatro hospitales del sector público. Instituto APOYO.

Nota: Las diferencias son estadísticamente significativas, excepto entre MINSA1 y MINSA2 y entre MINSA1 y ESSALUD.

encuestados, 35% calificaron de “frecuente” o “muy frecuente” el ausentismo de los médicos nombrados. En contraste, sólo 6% consideraron “frecuente” o “muy frecuente” el ausentismo de los contratados. Por tanto, los propios médicos están de acuerdo con la Hipótesis 1, y las enfermeras comparten esa opinión.

Incentivos distintos: diferencias entre los médicos contratados y los nombrados

Se señaló antes que el ingreso potencial que deriva de no presentarse a trabajar en el hospital público es más alto entre los médicos nombrados, porque en la consulta privada pueden ganar más que los contratados. En otras palabras, los médicos nombrados tienen más experiencia y contactos y, por lo mismo, mayor probabilidad de tener pacientes fuera del hospital, así como de tener su propio consultorio o ser socios de una clínica. Mientras que 73% de los médicos nombrados de los hospitales públicos declararon tener otro trabajo fuera del hospital, la cifra de los contratados fue la mitad de eso, de sólo 37%. Los médicos más jóvenes no sólo tienen menos que perder cuando trabajan su turno completo en el hospital, sino que la experiencia y los

Cuadro 5.7 Ingreso mensual de los médicos, por sector y grupo de edad (%)

Edad (años)	Menos de S/. 1.400		S/. 1.400 a S/. 2.800		S/. 2.800 a S/. 3.500		Más de S/. 3.500	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
18 a 24	50	0	50	0	0	0	0	0
25 a 39	21	36	77	14	1	21	1	29
40 a 54	17	14	78	28	4	17	0	41
55 +	10	14	61	29	26	29	3	29

Fuente: Encuesta del Instituto APOYO entre médicos de cuatro hospitales de Lima metropolitana.

Notas: Todas las diferencias entre los grupos salariales, por grupo de edad, son estadísticamente significativas. El tipo de cambio promedio del sol peruano en 1998 era de S/. 2.93 por US\$1.

contactos que pueden ganar de estar presentes tienen un valor relativamente más alto que para los médicos más experimentados, que ya tienen desarrollada su esfera de actividad.

Aunque faltan cifras específicas para distinguir el ingreso externo de los médicos contratados y los nombrados, puede emplearse la edad para representar esta diferencia. Hasta 64% de los médicos nombrados tienen entre 40 y 54 años, en comparación con sólo 18% de los médicos contratados.¹⁰ Y, de hecho, en el sector privado, los médicos de mayor edad pueden ganar más que los jóvenes (Cuadro 5.7). Casi 60% de los médicos de 40 a 54 años ganan más en el sector privado, mientras que la proporción de los del conjunto de 25 a 39 años es de 50%.

Con respecto a la eficacia de las multas (*F*), parece no haber diferencias significativas entre los médicos contratados y los nombrados en lo que se refiere a la preocupación por la severidad de la sanción cuando se les descubre en una ausencia injustificada. Más de 66% de los médicos de ambos grupos consideran que se les haría una advertencia. Sólo 14% de los nombrados y 9% de los contratados consideraron que se impondría una

¹⁰ El Cuadro 5.8 de Alcázar y Andrade (2000) muestra la distribución completa de edades. En un principio la universidad de procedencia del médico se usó como característica representativa (proxy) para distinguir entre nombrados y contratados; sin embargo, no se encontró diferencia significativa en este aspecto.

Cuadro 5.8 Percepción de los médicos sobre las sanciones en caso de ausentismo, por condición contractual (%)

	Contratados	Nombrados
Multa	9	14
Advertencia	69	63
Despido	4	4
Nada	14	14
Inseguro	4	5

Fuente: Encuesta del Instituto APOYO entre médicos de cuatro hospitales de Lima metropolitana.

Nota: Las diferencias entre médicos contratados y nombrados no son estadísticamente significativas, excepto en el caso de "advertencia".

multa (descuento del sueldo). Pero no más 4% de ambos grupos consideraron probable el despido (Cuadro 5.8).

A la pregunta de cuál podría ser la causa del ausentismo del personal médico, “los bajos salarios” fue la respuesta más frecuente tanto de los médicos nombrados como de los contratados (62 y 56%, respectivamente). La segunda causa más citada fue “la falta de control”, un problema que consideraron más importante los médicos nombrados que los contratados (20 y 14%). El resto de cada grupo mencionó factores como la falta de sanciones y de normas, entre otros. Al parecer, los médicos nombrados perciben menos controles que los contratados, lo que sugiere que, si existe una diferencia significativa entre los grupos, entonces la preocupación sobre las sanciones es más alta entre los médicos contratados que entre los nombrados.

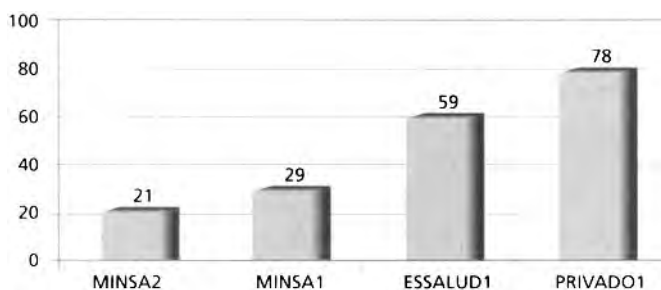
Demanda inducida: cesárea en vez de parto natural

El análisis de las Hipótesis 2 y 3, relacionadas con la demanda inducida, consiste en examinar los datos que señalan la razón entre el número de cesáreas y el total de partos. Los datos mensuales correspondientes a 1998 muestran que el ESSALUD1 superó a los demás hospitales en el número registrado de partos (Cuadro 5.9). Los dos hospitales del Ministerio de Salud atienden a pacientes de un nivel socioeconómico más bajo que los de ESSALUD1. La muestra de pacientes se dividió en cuatro categorías

Cuadro 5.9 Partos mensuales, por hospital de la muestra (1998)

	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	Mayo	Junio	Julio	Ago	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
MINSA1												
Partos	498	465	488	475	490	519	556	565	599	530	514	566
Naturales (%)	74	78	71	73	75	73	73	72	67	67	60	66
Cesáreas (%)	26	22	29	27	25	27	27	28	33	33	40	34
MINSA2												
Partos	401	374	382	347	378	341	393	389	373	269	—	—
Naturales (%)	78	84	79	78	78	80	80	71	74	87	—	—
Cesáreas (%)	22	16	21	22	22	20	20	29	26	23	—	—
ESSALUD1												
Partos	652	631	715	714	734	701	727	708	729	676	576	696
Naturales (%)	53	54	50	57	56	50	53	52	55	51	46	49
Cesáreas (%)	47	46	50	43	44	50	47	48	45	49	54	51
Privado1												
Partos	27	16	26	16	22	23	29	22	18	12	13	18
Naturales (%)	37	19	19	19	26	26	28	9	28	17	8	22
Cesáreas (%)	63	81	81	81	74	74	72	91	72	83	92	78

Fuentes: Oficinas de Estadística e Informática de los hospitales del sector público, y Servicio de Ginecoobstetricia de Privado1.

Gráfico 5.3 Proporción de partos por cesárea, por hospital, 1998 (%)

Fuente: Oficinas de estadística de los hospitales. Servicio de ginecoobstetricia en el caso de la clínica.

Nota: Todas las diferencias entre hospitales son estadísticamente significativas.

socioeconómicas designadas A (la más alta) a D (la más baja). En MINSA1, 81% de las pacientes encuestadas pertenecían a las dos categorías socioeconómicas más bajas. La cifra correspondiente en MINSA2 fue ligeramente menor, cerca de 70%. En contraste, en el ESSALUD1, sólo 33% de pacientes provenían de los dos niveles socioeconómicos inferiores.

Cabría esperar, entonces, que un porcentaje mayor de partos en los hospitales del MINSA requiriera cesárea, porque las embarazadas de bajo nivel socioeconómico tienen menor probabilidad de haber recibido atención prenatal adecuada (por falta de recursos y de información sobre su importancia). En el ESSALUD1, en cambio, las embarazadas están aseguradas, tienden más a provenir de clases socioeconómicas más altas y, por lo mismo, a haber recibido una atención prenatal adecuada. Esta tendencia debe acentuarse más todavía en Privado1, donde se exige a los pacientes tener un seguro privado o pagar en efectivo. No obstante, a pesar de la mayor tasa esperada de partos por cesárea con justificación médica en los Hospitales del Ministerio de Salud, la distribución real, como se aprecia en el Cuadro 5.9 y el Gráfico 5.3, es exactamente la contraria.

La completa inversión del patrón que harían suponer las indicaciones médicas sugiere que las Hipótesis 2 y 3 pueden tener cierta validez. Tal anomalía podría explicarse por otros factores, relacionados con los beneficios que implica para el médico decidir el tipo de parto. En el hospital privado,

donde los pacientes pagan el servicio de manera directa, o bien, por medio de un seguro privado, el principal beneficio para el médico (u hospital) es la utilidad adicional que deriva de la cirugía.

Para los médicos de ESSALUD1 las cesáreas no significan utilidades económicas, pero sí el beneficio que representa la mayor comodidad de poder programar el parto en lugar de tener que esperar a que el proceso natural se inicie.¹¹ Los datos sobre las fechas de los partos por cesárea apoyan en cierta medida esta hipótesis. La distribución en el tiempo de los partos por cesárea no muestra ningún patrón particular en MINSA1 y MINSA2 cuando se comparan las tasas correspondientes a antes, durante y después de días feriados (Cuadro 5.10). En cambio, en ESSALUD1 se observa una tendencia constante a realizar más cesáreas en los tres días previos a los de asueto. A ello podría contribuir la solicitud de las futuras madres en ese sentido, pero también podrían alentarlos los médicos para reducir su carga de trabajo en esas fechas.

Aunque los resultados parecen confirmar las Hipótesis 2 y 3, serían más convincentes si se controlaran con mayor precisión también otros posibles factores explicativos, como el riesgo médico. De hecho, un análisis econométrico no sólo confirma las conclusiones anteriores, sino que también muestra que variables institucionales como la condición contractual del médico en los hospitales públicos, se relacionan sistemáticamente con la decisión de hacer cesárea.

En este análisis se sigue a Tussing y Wojtowycz (1992 y 1993), quienes examinan la probabilidad de parto por cesárea empleando tres grupos de variables: 1) factores médicos, 2) condición socioeconómica de la madre, y 3) información sobre el hospital. En el presente estudio, la inclusión de variables médicas y otras relacionadas con las características socioeconómicas de las gestantes, se vio limitada por el acceso a la información. Los datos se obtuvieron de los expedientes médicos de embarazadas y recién nacidos en

¹¹ El director de ginecoobstetricia de ESSALUD1 mencionó en una entrevista que la tasa de cesáreas de su hospital es alta porque los hospitales de ESSALUD más pequeños no pueden atender a todas las embarazadas que reciben, de modo que remiten a su hospital los embarazos con complicaciones y con trastornos graves. [Nota del editor: Aunque la explicación puede estar justificada, no hay que olvidar que se tiene infinidad de pruebas, de países tanto desarrollados como en vías de desarrollo, de que la tasa de cesáreas de los hospitales excede con mucho la norma de lo que es médicamente necesario. La mayoría de los expertos estima que el número de cesáreas médicamente requeridas representa menos de 10% de los partos].

Cuadro 5.10 Proporción de partos por cesárea en los hospitales públicos cerca de los días de asueto (1998) (%)

	9 a 12 de abril		26 a 29 de julio		24 a 27 de diciembre	
	Antes	Durante	Antes	Durante	Antes	Durante
MINSA1	14	26	29	22	38	31
MINSA2	32	26	14	22	n.a.	n.a.
ESSALUD1	49	34	55	46	49	46

Fuentes: Oficinas de Estadística e Informática de MINSA1 y MINSA2, y Servicio de Ginecoobstetricia de ESSALUD1.

Notas: "Antes" se refiere a los tres días que preceden al día de asueto. Todas las diferencias son estadísticamente significativas, excepto en el último período en ESSALUD1. La abreviatura n.a. denota no accesible.

tres de los cuatro hospitales; sin embargo, estos registros no incluían variables referentes al nivel socioeconómico de las mujeres. Se obtuvo información importante para la inclusión de variables de control de factores médicos. Para probar las hipótesis se incluyeron, además de las de control, las variables siguientes:

- ♦ El régimen de propiedad del hospital (para captar el efecto de los distintos sistemas de pago en cada uno, Hipótesis 2),
- ♦ La fecha del parto se definió como una variable dicotómica o ficticia (*dummy*) de valor igual a 1 si el parto ocurre durante un fin de semana y de 0 en el caso contrario (para captar el efecto de programar los partos, relacionado con la Hipótesis 3), y
- ♦ La condición contractual del médico que atiende el parto, es decir, si es nombrado o contratado (para probar la Hipótesis 4).

Con ese fin, se formuló la ecuación siguiente como un modelo probit:

$$Pr(\text{parto por cesárea}) = X_i B + \varepsilon_i \tag{5.3}$$

Donde *X* es un vector de variables que incluye factores médicos, características de los hospitales y características de los médicos que atendieron el

parto; B es un vector de efectos marginales; y ε es un término de error estocástico.

Las estimaciones se realizaron por medio de cuatro especificaciones distintas. Se estimaron tres modelos para cada centro de salud (MINSA2, ESSALUD1 y Privado1), enfocando el efecto de la condición contractual del médico y el efecto de programar. Además, se estimó un modelo general, que incluyó tres de los hospitales, para analizar la influencia del régimen de propiedad en la probabilidad de parto por cesárea. En la última regresión no fue posible incluir la condición contractual del médico a cargo, porque en el sector privado no existe el sistema de médicos nombrados y contratados. De la misma manera, tampoco fue posible incluir la edad gestacional ni el número de embarazos previos, porque no se logró acceso a estos datos en el hospital privado. En el Cuadro 5.11 se muestran los efectos marginales que ejerce cada variable en la probabilidad de que el parto se produzca por cesárea.

En el modelo general, las variables de control presentan los signos esperados y son significativas (Cuadro 5.11). Para la edad gestacional del feto y su potencia al cuadrado, se utilizó una prueba de razón de verosimilitud para verificar su significación conjunta (un valor F de 67.011, estadísticamente significativo a nivel de 0,5%). La edad gestacional y su cuadrado están fuertemente vinculados con una probabilidad más alta de que el parto se realice por cesárea.

Las mujeres con embarazo múltiple también están más propensas a someterse a cesárea, pero el estado del bebé al nacer (1 si está sano) reduce la probabilidad de que se haga la operación. El efecto del peso natal en la probabilidad de cesárea es ambiguo. En el parto natural, un bebé de peso alto puede generar complicaciones que podrían obligar a la cesárea. Por otro lado, un bebé muy pequeño o prematuro también puede requerir esta forma de parto. En este caso, la prueba de significación conjunta de ambas variables permite rechazar la posibilidad de que los coeficientes sean iguales a 0 (la razón de verosimilitud fue de 110.866, significativa a nivel de 0,01%). Al parecer, los pesos natales más altos se vinculan con menor probabilidad de parto por cesárea, aunque el efecto marginal disminuye conforme aumenta el peso natal (según lo indica un coeficiente positivo de 0,098).

En este modelo general, la variable asociada con las características del hospital es el régimen de propiedad, el cual está incorporado a través de tres variables, cada una con valor de 1 si el hospital pertenece a MINSA, ESSALUD o el sector privado, o de 0 en los demás casos. Cuando se atiende un parto en

Cuadro 5.11 Factores en la probabilidad de parto por cesárea (efectos marginales)

	MODELO GENERAL	MINSALUD	ESSALUD1	Privado1
Factores médicos				
Edad de la gestante	—	0,012*	-1x10 ⁻⁴	-0,01
Edad de la gestante ²	—	-7x10 ⁻⁵	2x10 ⁻⁴	1,64
Embarazos previos	—	-0,074*	-0,027	-7,06
Edad gestacional	0,231	-0,032	0,129	5,74
Edad gestacional ²	-0,003	2x10 ⁻⁴	-0,002	-6,20
Embarazo múltiple	0,216	0,09	0,204	4,22
Estado del neonato	-0,335	-6,89	-0,384	-8,11
Peso natal	-0,638	-10,20	-0,673	-9,36
Peso natal ²	0,098	0,028	0,101	8,99
Perímetro cefálico	—	0,160	—	—
Perímetro cefálico ²	—	-2x10 ⁻¹	-2,64	-0,004
Factores institucionales				
Cond. contract. del médico	—	0,846	0,040	2,45
Hospital de ESSALUD	0,297	—	—	—
Clinica del sector privado	0,548	—	—	—
Comodidad para el médico				
Parto en días de asueto	-0,05	-4,38	-0,041*	-1,26
GN ²	578,42	1719,46	-0,055	-4,40
R ² ajustada	0,039	0,642	526,07	17,00
Num. de observaciones	10 656	2 009	0,045	0,067
			8 399	240

Fuentes: Oficinas de Estadística e Informática de los hospitales del sector público, y Servicio de Ginecoobstetricia de Privado1.

Notas: El asterisco indica estadísticamente significativo al nivel de 10%. La negrita denota estadísticamente significativo al nivel de 5%. Las estadísticas t se muestran en cursiva. Los coeficientes informados en "modelo general" indican el efecto marginal, comparado con el pertenecer al Ministerio de Salud.

el hospital de ESSALUD o en un establecimiento del sector privado, la probabilidad de cesárea es mayor que en los hospitales del Ministerio de Salud, aun después de someter a control los demás factores. Este hecho confirma la Hipótesis 2; una vez controlados otros factores, el hecho de que en Privado1 haya incentivos para promover las cesáreas genera una mayor probabilidad de que ahí se elija esta forma de parto.

Los resultados econométricos también sugieren la posibilidad de que los médicos busquen programar los partos, por su propia comodidad. La posibilidad de fijarlos para los días que anteceden a una festividad o fin de semana, les permite reducir la carga de trabajo en esas fechas. Como muestra el Cuadro 5.11, la probabilidad de que se haga cesárea en un fin de semana o día feriado es negativa, lo que indica una acumulación de cesáreas en los días precedentes (el efecto marginal de esta variable es $-0,05$).

Al analizar MINSA2 por separado, se encontró que sólo algunas de las variables de control médicas eran significativas (el número de partos anteriores, el perímetro cefálico y su cuadrado, y la edad de la madre y su cuadrado). En el caso de las madres con embarazos previos, la probabilidad de dar a luz por cesárea es menor, mientras que es más alta en el de las mujeres de mayor edad y de bebés con perímetro cefálico mayor.

Aunque no tiene explicación médica, la condición contractual del facultativo guarda correlación estadística con la probabilidad de que el niño nazca por cesárea. Es más probable que una paciente sea sometida a esta operación cuando el que la atiende es un médico nombrado que cuando es contratado. Esto confirma la Hipótesis 4, según la cual corresponde a los médicos nombrados una razón de cesáreas sobre partos más alta que a los contratados, porque estos últimos son objeto de vigilancia más estrecha y están más sujetos a sanciones. Asimismo, en esta especificación, el día en que ocurre el parto resulta estadísticamente significativo (al nivel de 10%).

El análisis de ESSALUD1 muestra que la mayor parte de las variables de control médicas son estadísticamente significativas y tienen los mismos signos que el modelo general. Las pruebas de significación conjunta de las variables con especificaciones cuadráticas muestran que todos los pares tienen significación conjunta para explicar la probabilidad de parto por cesárea.

Al igual que en la estimación del MINSA2, la condición contractual del médico influye en la probabilidad de que se haga la operación. Las pacientes atendidas por médicos nombrados tiene mayor probabilidad de someterse a cesárea que las atendidas por los contratados. El efecto marginal

de la condición contractual del facultativo es mucho mayor en MINSA2 que en ESSALUD1 (0,846 *versus* 0,04). El efecto marginal de la fecha del parto es más alto en ESSALUD1 que en MINSA2 (−0,055 *versus* −0,041). El efecto de la condición contractual del médico confirma la Hipótesis 4. Así, si un médico nombrado atiende el parto, se incrementa la probabilidad de que se realice cesárea.

Además, la estimación de la cronología del parto confirma la Hipótesis 3, según la cual la tasa de cesáreas a partos totales es más alta en los hospitales de ESSALUD que en los de MINSA, debido a los efectos de esta forma de proceder en la comodidad del médico. En este caso, la estimación puntual es −0,055, lo que indica que las pacientes de ESSALUD1 están más propensas a someterse a cesárea en días que no son de asueto. Por añadidura, este efecto es mayor y estadísticamente más fuerte en ESSALUD1 que en MINSA2, donde se restringe la libertad de los médicos para programar los partos.

Se estimaron otras dos características técnicas, con el fin de analizar la interacción de la condición contractual con la programación de los partos. La diferencia entre estos modelos y los anteriores es que las variables referentes a la fecha del parto y la condición contractual se combinaron para crear cuatro variables en lugar de dos. La primera adquiere un valor de 1 cuando el parto ocurre en un día de asueto y es atendido por un médico nombrado, y un valor de 0 en los demás casos. La segunda asume un valor de 1 cuando el parto ocurre en un día laborable regular y es atendido por un médico nombrado, y un valor de 0 en los otros casos. De igual modo, se asigna un valor de 1 a la tercera y la cuarta variables cuando un médico contratado atiende el parto en un fin de semana o un día laborable, respectivamente. Estos nuevos cálculos tienen por objeto evaluar la diferencia en los pesos relativos de estos dos factores no médicos —la condición contractual y la fecha del parto— que recaen en la probabilidad de cesárea, según el hospital público donde el parto tenga lugar.

Los resultados muestran que, en MINSA2, la condición contractual del médico tiene una importancia relativamente mayor en la probabilidad de parto por cesárea. Por tanto, los partos atendidos por médicos nombrados, independientemente de que ocurran o no en fin de semana, tienen mayor probabilidad de hacerse por esta vía. Si el parto ocurre en un día laborable, la probabilidad de cesárea también se incrementa, pero no tanto. El efecto marginal es de 0.858 en partos en día laborable atendidos por médicos nom-

Cuadro 5.12 Factores en la probabilidad de parto por cesárea (efectos marginales): especificaciones adicionales

	MINSAL		ESSALUD1	
Factores médicos				
Edad de la gestante	0,007	0,57	-1x10 ⁻⁴	-0,01
Edad de la gestante ²	3x10 ⁻⁵	0,14	2x10 ^{-4*}	1,64
Embarazos previos	-0,183*	-1,60	-0,027	-7,06
Edad gestacional	-0,383	-0,49	0,129	5,74
Edad gestacional ²	3x10 ⁻⁴	0,26	-0,002	-6,20
Embarazo múltiple	0,093	0,83	0,202	4,22
Estado del neonato	—		-0,384	-8,11
Peso natal	-0,191	-1,14	-0,674	-9,36
Peso natal ²	0,028	1,06	0,101	8,99
Perímetro cefálico	0,158	2,68	—	
Perímetro cefálico ²	-0,002	-2,58	—	
Factores institucionales				
Nombrado x fin de semana	0,771	17,99	0,048*	1,53
Nombrado x día laborable	0,858	21,94	0,101	3,41
Contratado x día laborable	-0,042	-0,89	0,065	1,89
Contratado x fin de semana (excl.)	—		—	
Chi cuadrada	1725,27		545,47	
R ² ajustada	0.644		0.047	
	2,009		8,399	

Fuente: Oficina de Estadística e Informática.

Notas: El asterisco indica estadísticamente significativo al nivel de 10%. Las negritas indican estadísticamente significativo al nivel de 5%. Las estadísticas t se muestran en cursiva.

brados, 0,771 en los que ocurren en días de asueto y son atendidos por médicos nombrados, y -0,042 cuando ocurren en un día laborable y son atendidos por médicos contratados (Cuadro 5.12).

Por el contrario, en ESSALUD1, la fecha de parto adquiere una importancia relativamente mayor. Ahí, un parto en un día laborable tiene mayor probabilidad de ser cesárea, independientemente de la condición

contractual del médico que lo atiende. Si se hace cargo un médico nombrado, la probabilidad de cesárea será mayor, pero el efecto de la condición contractual es mucho menor que el de la cronología del parto. Un parto en un día laborable atendido por un médico nombrado tiene un efecto marginal de 0,101, seguido de 0,065 si aquel ocurre en un día laborable y es atendido por un médico contratado y de 0,048 si el parto se produce en un día de asueto y es atendido por un médico nombrado. Esto concuerda completamente con las Hipótesis 3 y 4 respecto al efecto de los incentivos para inducir el uso de servicios de salud que no tienen justificación médica.

En el hospital privado ninguna de las variables, ni el indicador chi cuadrada, resultaron estadísticamente significativos. Esto parece indicar que en Privado1 hay otras variables, además de las médicas y las explicativas comparadas en estos modelos, que podrían influir en la probabilidad de parto por cesárea. El fracaso del modelo parece comprensible, puesto que la proporción de cesáreas en Privado1 es sumamente alta, cercana a 80%.

Conclusiones y recomendaciones

La corrupción en los hospitales públicos es un problema grave en Perú. Aunque este estudio se concentró en dos tipos específicos de conductas punibles —el ausentismo y la provisión de servicios innecesarios— está muy difundida la idea de que la corrupción es un problema importante. Alrededor de 36% de médicos encuestados en hospitales públicos dicen estar enterados de irregularidades en sus instituciones. También parecen graves los problemas de hurto de suministros y cobros indebidos a los pacientes. Hasta 21% de los médicos del sector público consideraron que el hurto de insumos es común o muy común, y 9% dieron opiniones similares sobre los cobros indebidos a los pacientes. Puesto que las encuestas investigaban sólo algunos tipos de corrupción, los resultados del estudio no niegan la existencia de otros tipos de conductas impropias.

Las actividades corruptas parecen ser más frecuentes en MINSA1, seguido de MINSA2 y ESSALUD1. Por ejemplo, en estos hospitales la proporción de médicos que dijeron saber de actividades corruptas fue de 48, 40, y 29%, respectivamente. Existen diferencias institucionales importantes entre los hospitales, que parecen relacionarse con diferencias en la magnitud y en los tipos de corrupción observados. La frecuencia más alta de actos corruptos corresponde a MINSA1, donde los mecanismos de control y san-

ción son muy ineficaces. En ello le sigue MINSA2, que en fecha reciente modificó sus procesos administrativos de acuerdo con el Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG). El ESSALUD1, sujeto a una dirección centralizada dentro del sistema del seguro social, parece ser el hospital público menos corrupto de la muestra. Esto puede indicar que la toma de decisiones y la administración centralizadas generan mecanismos más eficaces de rendición de cuentas.

Los cuatro hospitales, incluido el perteneciente al sector privado, padecen problemas de comunicación. Una gran proporción de médicos de cada institución tenían una idea equivocada o no estaban enterados de la existencia de un conjunto de instrumentos de gestión importantes. Por ejemplo, 40% de los médicos del MINSA1 contestaron incorrectamente —o no sabían— cuando se les preguntó si su hospital tenía un plan de desarrollo institucional. En MINSA2 y ESSALUD1 las cifras fueron de 36 y 18%, respectivamente.

El ausentismo parece ser un problema mayor en los hospitales públicos. El grado de éste que se informa en cada hospital guarda una fuerte relación con dos factores institucionales: el alto costo de oportunidad para los médicos que trabajan su turno completo en el hospital, y la ineficacia de los mecanismos de monitoreo y sanción. Los resultados demuestran que el ausentismo es mucho más común y grave entre los médicos nombrados que entre los contratados. Una razón probable es que los primeros tienen mayores incentivos para trabajar fuera del hospital, porque han establecido contactos y prácticas privadas que les son lucrativas. Asimismo, a los médicos nombrados les preocupa menos la posibilidad de ser sancionados por ausencias porque es difícil que los despidan, sobre todo en comparación con el estado relativamente frágil de los médicos contratados, cuyo convenio de trabajo puede simplemente no renovarse. La percepción general de mecanismos de control ineficaces en los hospitales del sector público viene a reforzar ese sentido de seguridad. En el mejor de los casos, el sistema actual de registrar la asistencia obliga a los médicos a presentarse al trabajo, pero no puede asegurar que permanezcan en él durante el turno completo.

Resulta evidente que el sector público necesita instaurar una estructura de pagos que premie el buen desempeño, estimule la productividad y mejore la calidad de los servicios. Tales medidas irían también en beneficio de la atención de los pacientes. Sin embargo, las restricciones legales y presupuestarias hacen difícil cambiar la estructura de pagos en el corto plazo.

Otra opción sería introducir horarios de trabajo flexibles, que dieran más libertad a los médicos para emprender otras actividades. Esto podría acompañarse de mecanismos más eficaces de control y sanción por los actos punibles. De hecho, la experiencia sugiere que los aumentos salariales rara vez redundan en un mejoramiento importante del desempeño, si no van acompañados de mecanismos eficaces para asegurar la rendición de cuentas.

El estudio también mostró que la demanda inducida de servicios que están más allá de lo médicamente indicado depende de motivos pecunarios. La perspectiva de incrementar los ingresos parece tener una influencia significativa en la probabilidad de que los partos se hagan por cesárea (aun cuando el procedimiento vaya en perjuicio de la paciente). Los especialistas médicos señalan que el parto natural es la manera más sana de dar a luz y, sin embargo, se encuentran tasas de cesárea increíblemente altas en ESSALUD1 y en Privado1, donde los riesgos de salud son menos probables. Aunque es posible que las pacientes del sector privado soliciten la realización de cesárea por propia comodidad o por miedo al parto natural, es responsabilidad del médico explicar a la mujer cuándo es necesario y cuándo no realizar un parto quirúrgico. De hecho, el médico es la fuente principal de información para estas mujeres. Para reducir esta asimetría de información entre médico y paciente, ésta necesita información independiente con respecto a las ventajas y desventajas del parto natural y de la cesárea.

También otras variables institucionales no médicas parecen influir en la decisión de hacer cesárea, incluso después de que los médicos someten a control los factores. Como en el caso del ausentismo, la condición contractual del médico (si es nombrado o contratado) es un factor significativo para determinar la probabilidad de que se haga cesárea. En el hospital ESSALUD1, la variable que indica la comodidad del médico (que el parto ocurra en un día laborable o de asueto) también fue un factor significativo que ilustra la ausencia de mecanismos para regular, controlar y sancionar los procedimientos médicos inapropiados.

Página en blanco a propósito

Impacto de las reformas de salud en las irregularidades de los hospitales de Bogotá

Úrsula Giedion, Luis Gonzalo Morales y Olga Lucía Acosta

Una investigación en hospitales de Bogotá, Colombia, reveló una amplia variedad de actividades irregulares. Se estima que, en 1998, cerca de 5% de las horas laborales de los médicos se perdieron a causa del ausentismo injustificado. Alrededor de 60% de los insumos médicos de una muestra se adquirieron a precios más altos de los que hubieran podido obtenerse a través del organismo utilizado por las autoridades distritales para negociar precios básicos con los proveedores. Todo esto ocurrió en el contexto de la reforma del sector salud de Colombia, un importante cambio que amplió la cobertura médica para la población, a través de un plan público y privado para ofrecer servicios de salud. Las pruebas indican que no en todos los casos la reforma logró cambios sustanciales en las reglas que gobiernan el sector. Aun así, los hospitales que al parecer asimilaron con mejor éxito las reformas manifestaron menor grado de conductas irregulares, según mediciones realizadas por medio de un índice formulado con datos sobre precios de los insumos.

Introducción

De acuerdo con diversas investigaciones internacionales, Colombia es un país asediado por la corrupción. La gravedad del problema se ha exacerbado en los últimos dos decenios, con la penetración del narcotráfico en casi todas las esferas de la sociedad, especialmente en las ramas del poder público. Ha prosperado un clima dominante de tolerancia ante el enriquecimiento fácil y rápido a costa de la legalidad. Por ejemplo, una investigación realiza-

da a principios del decenio de 1980 puso de manifiesto que 62% de los colombianos pensaba que “la corrupción está generalizada o muy generalizada” y 32% “confiesa haber incurrido en prácticas corruptas alguna vez en su vida” (Vesga *et al.*, 1992). En una investigación reciente del sector empresarial, las firmas reconocieron haber pagado sobornos del orden de 12,4% del valor de cada contrato que ganaban (Fundación Corona, 2000).

Algunos observadores del sector salud sostienen ahora que la corrupción es el problema más grave que enfrenta el sistema de seguridad social (Thoenne, 1999). Por ejemplo, a principios de 2000 se informó que la Superintendencia de Salud estaba investigando irregularidades de financiamiento en 20 de las 29 compañías de seguros que atienden a los beneficiarios regulares de la seguridad social.

No obstante, son limitadas las pruebas fehacientes de corrupción en el sector salud y nunca se ha llevado a cabo un análisis sistemático. Los únicos datos disponibles derivan de los archivos de la Contraloría General de la República y de la Superintendencia de Salud. Estos registros muestran que el sector salud adolece de todas las formas posibles de corrupción, así como de formas diversas de hurto y fraude, de irregularidades en los procedimientos públicos, en la adquisición de bienes y servicios, en los procedimientos de licitación y, recientemente, en el flujo de fondos públicos a las compañías aseguradoras privadas. Algunos consideran que este último fenómeno es una consecuencia no buscada del cambio de las reglas básicas generado por las reformas del sistema de seguridad social (Thoenne, 1999), un cambio que abrió nuevos espacios para la corrupción, al tiempo que cerraba otros. La ciudad capital, Bogotá, ofrece una oportunidad insuperable para evaluar la forma en que las innovaciones institucionales han afectado la conducta irregular en los hospitales públicos. Esto tiene dos razones. La primera es que la ciudad ha estado a la vanguardia en el desarrollo y la implementación de reformas en el sector salud. La segunda es que ha habido considerable diversidad al aplicar estas innovaciones.

La Secretaría Distrital de Salud (SDS), entidad que coordina el sector, fue reorganizada cuatro veces en el decenio de 1990, para facilitar la descentralización y llevar a cabo la reforma del sector salud. Para 1999, cerca de 80% de la población estaba cubierta con seguros médicos que ofrecían 24 de las 28 compañías aseguradoras más grandes del país, y todos los hospitales públicos de Bogotá funcionaban dentro de una figura jurídica que les daba independencia en áreas clave, como la venta de servicios y, en menor grado,

la contratación de personal. La venta de servicios a los sectores público y privado generaba 71% de los fondos de los hospitales públicos.

Lo anterior representa un avance importante, si se tiene en cuenta que hace apenas cinco años la atención médica de la población pobre dependía por completo de la asistencia pública, los hospitales eran administrados centralmente por la secretaría, y todos los fondos se asignaban con base en los presupuestos históricos, sin distinción de la cantidad o la calidad de los servicios proporcionados.

Aunque la reforma ha tenido sus mayores efectos en Bogotá, todos los hospitales han puesto en práctica las innovaciones, cada uno a su propio ritmo. Por ejemplo, algunos hospitales financian gran parte de su presupuesto operativo a través de acuerdos de servicio con aseguradoras privadas que atienden a personas pobres (mediante primas con subsidio público), mientras que otros siguen dependiendo casi del todo de fondos asignados directamente por la SDS. Debido a su tamaño y a la amplitud de participación en la reforma institucional, el sistema distrital de salud ofrece un contexto muy rico para estudiar los efectos de las innovaciones en la conducta irregular que se registra en los hospitales públicos.

La reforma de salud en Colombia y las innovaciones institucionales

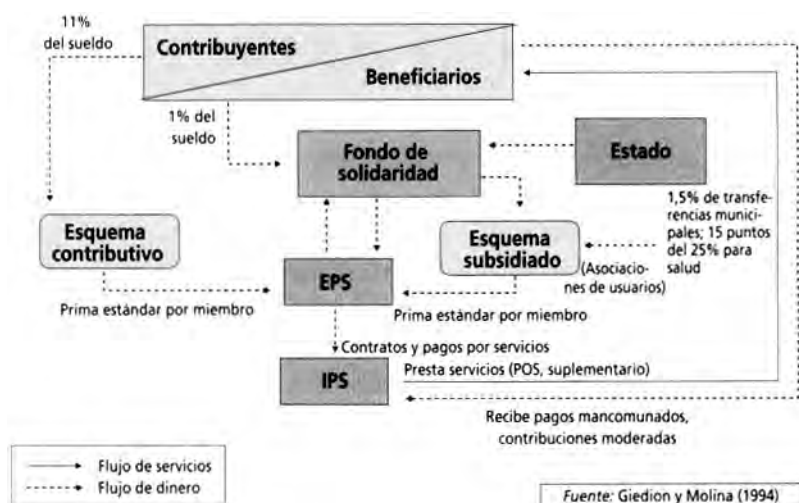
En respuesta a la desigualdad, la ineficiencia y la mala calidad en la provisión de servicios, Colombia inició una importante reforma de su sector salud en 1993. En esa época, sólo 20% de la población estaba cubierta por algún seguro de salud y los médicos trataban un promedio de menos de dos pacientes por hora, dando prioridad a los tratamientos curativos sobre los preventivos. Aunque no hay estudios detallados sobre la calidad de los servicios en el sector público antes de la reforma, viene al caso señalar que, en 1992, 40% de las consultas externas y 45% de las hospitalizaciones tuvieron lugar en el sector privado (Molina y Giedion, 1993). Lo que es aún más preocupante, incluso las personas que estaban cubiertas por la dependencia pública de seguridad social preferían recurrir a los servicios de las redes privadas. En 1992, más de 15% de la hospitalización rural y 35% de la urbana en centros de salud privados correspondió a pacientes que tenían seguro médico financiado por el Estado (Facultad de Salud Pública de Harvard, 1995).

Desde un principio estuvo claro que la escasa cobertura se debía menos a la falta de recursos que a la mala administración de los fondos y a la

forma de asignarlos. En consecuencia, la reforma del sector salud se diseñó para imprimir cambios radicales en esas áreas. El financiamiento público directo de los hospitales públicos se canalizó gradualmente a través de dos conductos: por un lado las aseguradoras públicas y privadas, conocidas como Empresas Promotoras de Salud (EPS), las cuales atendían a las personas que podían pagar las primas, y por el otro lado las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), que cubrían a las personas pobres. Se esperaba que estas organizaciones compitieran por los miembros negociando acuerdos de provisión de servicios de alta calidad y bajo costo, con los proveedores públicos y privados de servicios de salud. Así, toda la población estaría cubierta en un Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el derecho de elegir entre diversos proveedores de servicios en competencia (Gráfico 6.1). La intención era lograr una cobertura universal, con un paquete de beneficios preestablecido.

Las reformas del sector salud significaron múltiples innovaciones importantes para el sector de los hospitales públicos. En primer lugar, el nuevo sistema de asignación de recursos gubernamentales sustituyó gradualmente al presupuesto tradicional. Los hospitales ya no recibirían sus fondos exclu-

Gráfico 6.1 El nuevo sistema de seguro médico de Colombia, basado en la Ley 100



sivamente del sector público, sino también de la venta de servicios a las aseguradoras privadas. Los recursos públicos restantes habrían de desembolsarse contra la demostración del volumen real de servicios. La idea era cambiar los incentivos que se presentaban a los hospitales públicos, con el fin de estimular una administración más eficiente y transparente, a través de una rendición de cuentas efectiva ante los usuarios, quienes recompensarían o sancionarían a los hospitales a través de su decisión como consumidores.

La segunda innovación fue que los hospitales públicos se convirtieron en Empresas Sociales del Estado (ESE), condición administrativa que les confería mayor independencia en el manejo de los recursos humanos y financieros, al tiempo que facilitaba el control directo de la comunidad sobre las operaciones del hospital. Como se definió en el decreto 1298 del 22 de junio de 1994 (artículo 95), las ESE constituyen una categoría especial de entidades públicas “descentralizadas con personalidad jurídica, capital propio e independencia administrativa”. Así, las ESE ya no dependían de los gobiernos provinciales (las entidades territoriales) para la designación de los funcionarios.¹

La tercera fue que se crearon juntas directivas, con amplia representación de la comunidad, para tener voz en la designación y destitución de los directores de hospitales, ejercer vigilancia en la administración y facilitar mayor independencia en la contratación de personal. En efecto, las decisiones que antes se tomaban en una oficina central (la secretaría de distrito) serían tomadas ahora por cada junta, formada por funcionarios del hospital, delegados de la comunidad elegidos por las asociaciones de usuarios que respondieran a la invitación a participar, y por un representante de la Secretaría Distrital de Salud (SDS).

Es indiscutible la ampliación de la cobertura lograda hasta ahora con las reformas. Aproximadamente 60% de los colombianos, incluso 75% de la

¹ De acuerdo con la declaración explicativa de la reforma, las principales modificaciones al modelo existente de los hospitales fueron la búsqueda de “entidades independientes, financieramente solventes y descentralizadas [proveedoras de servicios]”, con “independencia”, dándole a los proveedores de servicios “plena capacidad de actuar, contratar y asumir obligaciones [y] para esto, los hospitales y otros centros pueden convertirse en ESE [cuyos] procesos de contratación están sujetos a la ley privada” (Ministerio de Salud, 1984). Con esto se esperaba darle a los hospitales una administración más flexible, que es una condición fundamental para competir con otros proveedores, como era la intención de la reforma de 1993.

Cuadro 6.1 Características representativas del sector salud en Colombia y en Bogotá

Indicadores	Antes de la reforma (1993)		Cinco años después (1998)	
	Colombia	Bogotá	Colombia	Bogotá
Población asegurada en relación con el total (%)	24	30	60	81
Proporción de población pobre cubierta con seguro (%)	0	0	75	88
Número de aseguradoras en el sistema contributivo	20	2	29	24
Número de aseguradoras en el sistema subsidiado	0	0	243	18
Total de fondos públicos para salud (millones de pesos de 1998)	1.512.127	171.586	3.654.012	318.753
Proporción de fondos públicos asignados a salud (%)	—	—	31	38

Notas: Aquí la categoría del sistema contributivo incluye la seguridad social para los trabajadores del sector privado y el seguro público para los empleados públicos. En 1998, el tipo de cambio aproximado era de 1.426 pesos colombianos por dólar estadounidense.

población más pobre, están ahora asegurados con un paquete básico de servicios. Cerca de 200 ARS nacionales ofrecen servicios a los pobres, con primas subsidiadas. En Bogotá hay 300 ARS que compiten por cerca de un millón de miembros. Además, los hospitales más complejos del país, y todos los hospitales públicos de Bogotá, se han convertido en empresas independientes que adquieren sus propios suministros, contratan a su propio personal y elaboran su propio presupuesto. Por último, debe agregarse que la reforma también incrementó sustancialmente el monto del financiamiento, lo que hizo posible una cobertura médica más extensiva (Cuadro 6.1).

Sin embargo, la puesta en práctica de las reformas se ha topado con limitaciones importantes. Por ejemplo, la cobertura de seguros está financiada en gran medida con fondos nuevos, y sólo una pequeña parte procede de la reasignación de fondos. Sólo 17% de la transferencia fiscal del gobierno central —que tradicionalmente ha sido la fuente principal de financiamiento del sector público— se ha transformado en subsidios de demanda que fluyan a las ARS. El 83% restante de los fondos públicos aún se canaliza directamente a los hospitales públicos, que siguen asignando sus recursos en forma ineficiente. Por ejemplo, los hospitales menos complejos de Bogotá atienden a alrededor de 12% de la población pobre, pero reciben

un monto de fondos similar al de las ARS, que aseguran a 82% de esta población. Sólo 31% del total de los fondos públicos para salud se asignan como subsidio a la demanda; el resto sigue asignándose al apoyo de la capacidad instalada. Debido a las presiones de varios grupos del sector, se ha congelado el proceso de transformación de estos fondos públicos. Por consiguiente, se muestra muy limitado el panorama para ampliar la cobertura de seguros y mejorar el paquete de beneficios para la población pobre. Por último, una recesión económica muy grave ha complicado la situación, llevando a los hospitales públicos al borde de una crisis financiera sin precedente.

Aunque las cifras mencionadas muestran que los cambios en el sector salud de Colombia estuvieron bien concebidos, no todos los agentes, menos aún los hospitales públicos, han podido ponerlos en práctica a fondo y con eficiencia máxima. Los hospitales públicos dedican al personal 70% de su presupuesto, pero sufren restricciones en el recorte de costos, a causa de la inflexible legislación laboral que protege a los trabajadores. Es más, se han debilitado los incentivos para la reestructuración, debido a los titubeos del gobierno para realizar una transición expedita al nuevo modelo y a que regularmente es necesario rescatar a hospitales en crisis. De hecho, en muchos casos los cambios organizacionales no han producido instituciones nuevas.

Diseño institucional y conducta irregular

La corrupción es difícil de medir, por su propia naturaleza. Colombia está clasificada entre los países con mayor evidencia de prácticas corruptas. Año tras año, las dependencias auditoras demuestran corrupción en el sector público, entendida ésta como el desvío de fondos públicos para satisfacer fines privados. La constitución de 1991 se originó en un movimiento estudiantil de repudio a la política tradicional, en la que los individuos usaban los fondos públicos para su propio provecho. En opinión de algunos expertos constitucionales, la nueva carta magna regula en exceso las actividades de los funcionarios públicos, con un celo demasiado moralizante, a manera de reacción a los problemas endémicos de corrupción y padrínzgo tanto tiempo tolerados y fomentados por el Congreso de la República.

La nueva constitución representó también un intento de usar con mayor eficiencia los fondos públicos, incorporando nuevos principios en la procuración de servicios que tradicionalmente habían sido coto exclusivo

del sector público. El desarrollo jurídico de estos principios constitucionales fomentó vínculos con el sector privado en muchos servicios públicos y en el ámbito de la seguridad social.

El aumento del financiamiento de la salud y el incremento de agentes incorporados en este sector hicieron necesaria la creación de entidades muy poderosas de vigilancia y control que todavía no se han consolidado. En efecto, han aumentado las quejas sobre corrupción pero, a pesar del furor, no se ha encargado ningún estudio para analizar sistemáticamente la extensión y el alcance del problema en este sector.

El capítulo presente constituye un esfuerzo precursor en esta tarea, en el que se aprovecha el hecho de que no todos los agentes han asimilado del mismo modo las nuevas reglas establecidas por la reforma, lo cual hace posible comparar la conducta irregular en las instituciones reformadas con la de aquellas que aún siguen funcionando conforme a los lineamientos administrativos tradicionales. Sin embargo, antes de continuar será útil revisar los tipos de corrupción que se han identificado en los hospitales públicos.

El primer grupo de actividades corruptas deriva de la relación médico-paciente. Muchas de estas prácticas se producen cuando los médicos disfrutan de un empleo en el sector público y en forma paralela tienen un consultorio privado. Por ejemplo, los médicos pueden usar indebidamente las instalaciones, equipo y suministros del sector público para atender a pacientes que pagan honorarios, lo cual genera ingresos adicionales a los que el médico percibe en el hospital público. Esta combinación de fuentes de ingreso público y privado también fomenta el ausentismo que ocurre durante las horas de trabajo del hospital. Además de este “robo” de tiempo, estos trabajadores hacen un uso indebido de las instalaciones, del equipo y de los suministros para atender a sus pacientes privados. Parte de las razones que se esgrimen para explicar esta conducta es que en el sector público estos profesionales reciben un salario fijo, y por ello carecen de incentivos para dedicar su tiempo y energía a su empleo en el sector público, ante todo cuando tienen esa otra opción, mucho más remunerativa.

Otro abuso en la relación médico-paciente ocurre cuando se solicitan pagos informales (subrepticios) a cambio de ciertos servicios o de reducir el tiempo de espera. Esta modalidad, que es frecuente en los hospitales del sector público, persiste a causa de la escasez crónica de servicios y recursos financieros.

Un tercer abuso en esta relación se presenta cuando los médicos indu-

cen a los pacientes a someterse a procedimientos innecesarios. El problema se agrava cuando a los médicos se les paga por el tipo y número de servicios proporcionados: el sistema de honorarios por servicio, más característico del ejercicio privado que del público. Mientras que el salario fijo no constituye ningún incentivo para inducir una mayor demanda, el sistema de honorarios por servicio puede generar una demanda innecesaria, lo que atenta contra la seguridad del paciente.

Una cuarta forma de abuso se produce cuando los profesionales de salud remiten indebidamente a los usuarios a su consultorio privado en interés del beneficio personal. Esta conducta, bien llamada en el medio “robo de pacientes”, puede ejercerse en perjuicio de otros profesionales, o de la lista de espera del hospital. Una variante de esta práctica consiste en influir indebidamente en los pacientes para que recurran a servicios de proveedores en quienes el médico tiene algún interés pecuniario o de quienes recibe beneficios.

Un segundo grupo de actividades corruptas deriva de la relación hospital-pagador. Consiste primordialmente en la falsificación de facturas, ya sea para reportar servicios que no se han proporcionado o para exagerar la gravedad del caso atendido (práctica llamada “subir de código”). Este problema, que no existía en el sistema presupuestario histórico (en el que no se generaban facturas), irá cobrando importancia conforme más hospitales públicos reciban reembolsos por los servicios proporcionados a la población asegurada. En la actualidad, el Ministerio de Salud está efectuando ese cambio en la asignación de sus fondos para atender a la población no asegurada. Aunque el nuevo sistema ofrece claras ventajas en términos de los incentivos para una mayor productividad, crea enormes problemas de control y vigilancia, ya que la Superintendencia Nacional de Salud es la institución encargada de reunir y analizar información sobre los servicios proporcionados por más de mil proveedores en todo el país.

Un tercer grupo de actividades corruptas deriva de la relación hospital-proveedor. Éstas se producen cuando un empleado del hospital solicita o acepta beneficios personales por parte de una empresa proveedora de suministros o equipo médico, a cambio de darle preferencia en los pedidos. Dichos beneficios pueden ser pasivos (como prebendas o regalos) o activos (soborno franco). Estas formas de corrupción son comunes en otras ramas del sector público. Ya que el suministro y el equipo hospitalarios por lo general tienen características muy específicas, los proveedores recurren a una

variedad infinita de mecanismos sutiles para influir en los profesionales que asesoran a las dependencias públicas en cuanto a los aspectos técnicos de las adquisiciones. Situaciones de este tipo se cumplen especialmente cuando la compra implica tecnología médica de punta, en la que pueden esgrimirse ventajas médicas supuestas para anular otras consideraciones, como el costo.

El último grupo constituye el depósito de otras actividades corruptas. Por ejemplo, se considera también una forma de corrupción la ausencia injustificada de personal médico contratado para trabajar en un horario específico en el hospital, aun cuando el motivo no sea promover la consulta privada. En general, este tipo de ausentismo se tolera y justifica socialmente aduciendo que se debe a la paga tradicionalmente baja del personal médico. Otra forma muy frecuente de corrupción es la sustracción o robo flagrante de suministros por parte del personal del hospital. El alto costo y el tamaño reducido de estos artículos permiten a los trabajadores hurtar fácilmente pequeñas cantidades sin ser descubiertos. Los productos hurtados pueden cargarse fácilmente a la cuenta de los pacientes, ya que por lo general la persona que solicita un suministro es también la responsable de utilizarlo en los enfermos.

Para conocer mejor estos tipos de corrupción se aplicaron encuestas a una muestra representativa de 32 hospitales. En este capítulo nos concentraremos en particular en el ausentismo injustificado de médicos y el cobro excesivo en la compra de suministros.

Teoría de principal-agente y combate a la corrupción

Hay un creciente consenso de que el nivel de corrupción es afectado por los factores institucionales que regulan la función del hospital como agente y la función de la comunidad y de la secretaría de salud como jefes o principales (representados en la junta directiva de los hospitales). El marco teórico de la teoría de principal-agente permite explicar cómo ocurren las ineficiencias cuando los principales delegan funciones en los agentes, cómo divergen los objetivos del principal y del agente, y cómo cada parte tiene acceso a distinto tipo de información sobre la prestación de servicios y del producto.

Estas ineficiencias se reducirán cuanto más estrechamente coincidan los intereses del principal y del agente, y cuanto más se refuercen la transparencia y la rendición de cuentas (exigibilidad). Esto último se logra mediante una combinación de factores como son el conceder independencia al

agente, obtener información acerca de la producción de éste y otorgar control a las partes interesadas.

Las innovaciones institucionales introducidas en el sector de hospitales públicos de Colombia apuntan precisamente a estos tres elementos: incrementar la independencia de los hospitales, condicionar la entrega de fondos públicos a los servicios realmente suministrados —y no a los insumos utilizados— y crear en los hospitales juntas directivas formadas por los principales más importantes, es decir, la Secretaría Distrital de Salud y la comunidad. Examinaremos por turno cada uno de estos tres elementos.

Una opinión frecuente, no siempre bien fundada, es que la independencia institucional para los funcionarios públicos (es decir, los agentes) es conveniente, aunque los estudios para evaluar esta pretensión apenas están empezando a rendir frutos. Aumentar la independencia de la administración del hospital ofrece infinidad de ventajas, como la capacidad de tomar decisiones expeditas basadas en más información, una mayor responsabilidad local sobre el desempeño institucional y mayor capacidad de mejorar la situación general y la condición financiera de la institución (Walford, 1998). Con estas ideas en mente, es posible conjeturar que el aumento de la independencia del hospital reducirá el grado de las conductas irregulares. En teoría, un director de hospital independiente tiene más incentivos para controlar las malversaciones, ya que es directamente responsable del rendimiento y tiene mayor autoridad discrecional en la toma de decisiones. Entonces, presuntamente las dos formas de conducta irregular que son el tema central del presente capítulo —el índice de ausentismo y la variación de precios de los suministros— serán menores cuando el hospital ejerza mayor control sobre sus recursos humanos.

Aun así, pueden presentarse argumentos en contra de la independencia de los hospitales, por monitorear la dificultad que tiene el principal (en este caso, el cuerpo rector del hospital) para el rendimiento de su agente (p. ej., el director del hospital). Es muy grande la asimetría de información entre la junta directiva y el director del hospital. La complejidad de la información hospitalaria y la relativa facilidad con que ésta puede ser manipulada pueden impedir que el principal ejerza un control adecuado sobre el agente. Resulta evidente que no es posible evaluar la independencia por separado de los mecanismos de rendición de cuentas. De hecho, el aumento de independencia empeoraría la corrupción, a falta de mecanismos apropiados de monitoreo, supervisión y control, o de competencia con otros proveedores.

Por tanto, la transparencia verdadera requiere contar con información clara, completa y oportuna, que le permita al principal vigilar las acciones del agente y decidir si éstas coinciden con sus propios intereses. La eficacia de la información para restringir las conductas irregulares depende de cómo se usen los datos. La gama de manejos posibles abarca desde simplemente generar y publicar la información hasta los sistemas que recaban y analizan datos para asignar recursos. En el contexto de este estudio es evidente la enorme importancia de contar con información, y de aplicarla para restringir las conductas irregulares.

Por lo general, para lograr un grado significativo de transparencia no basta con recabar y publicar información. Incluso es posible que una junta directiva eficiente, que cuente con los instrumentos administrativos necesarios, representantes de la comunidad y competencia de otros hospitales, no utilice la información para controlar las conductas irregulares, si dicha junta es presa de intereses especiales. A menos que la junta rinda cuentas efectivamente a los ciudadanos, ningún volumen de información resolverá el problema.

Para combatir las conductas irregulares son fundamentales los mecanismos eficientes de supervisión y control. Sin estos mecanismos, será imposible convencer a nadie de que las actividades ilegales conllevan riesgos. Dentro de los hospitales, cada autoridad ejerce estas funciones a su manera. Los empleados son monitoreados formalmente por los supervisores, quienes a su vez son supervisados por el jefe de departamento o el director del hospital. Las unidades internas especializadas, como las oficinas de control, las auditorías externas y estatutarias y los contralores también suelen monitorear al personal, a los administradores y a las unidades institucionales. En su nivel más alto, las actividades del hospital están sujetas formalmente a revisiones y auditorías del organismo del sector público que sea responsable de su control financiero.

Estos diversos niveles de ejercicio de supervisión, el control y la penalización requieren una coordinación considerable. Después de detectar alguna actividad irregular en un nivel dado, la sanción (penalización), aunque de carácter variado, puede ser un recurso poderoso para combatir la corrupción. Sin embargo, para ser efectiva, la vigilancia también requiere información, procedimientos transparentes de investigación y decisiones que no admitan manipulación.

Cabe suponer que la variedad de las actividades corruptas estará más restringida en un ambiente institucional que ofrezca mecanismos efectivos

de supervisión cuya transparencia y eficacia sean respetadas por la comunidad y se consideren legítimas. En suma, dentro del contexto de la reforma de salud, el volumen de conductas irregulares debe ser inversamente proporcional al grado de independencia del hospital, la disponibilidad de la información, la injerencia de los principales en el proceso de toma de decisiones y la existencia de mecanismos de control y supervisión.

Fuentes del estudio y resultados iniciales ²

Bogotá fue la primera ciudad colombiana en la que se aplicaron ampliamente las reformas de salud en el decenio de 1990. Por esta razón, y debido al interés de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) en conocer más a fondo la situación, se decidió investigar los 32 hospitales de la red pública de la SDS, a partir de los resultados de un estudio anterior sobre eficiencia, también encargado por la SDS (Giedion y Morales, 1997 y 1999).

Como primer paso, se entrevistó a informantes clave (el gerente, el director administrativo, el jefe de personal y el jefe de control disciplinario interno) de cada hospital, con el fin de evaluar la aplicación de las reformas y explorar el grado de independencia, participación de la comunidad, rendición de cuentas y los sistemas tanto interno como externo de vigilancia y control, en cada institución. Las respuestas obtenidas de estas entrevistas fueron opiniones, así como datos verificables. Siempre que fue posible, la información dada por los informantes se cotejó con los registros correspondientes. Los principales procesos que se sometieron a ese cotejo fueron la contratación de personal y la adquisición de suministros. Las entrevistas también ayudaron a obtener información directa sobre la composición de la fuerza de trabajo en términos de la condición del empleo (convenio permanente o contrato renovable), el número y resultados de las evaluaciones de personal, el número de procesos disciplinarios iniciados y concluidos y la aplicación de instrumentos administrativos básicos.

En segundo lugar, se evaluaron los procesos relacionados con la adquisición de suministros, aplicando un inventario o “lista de control” para determinar si cada hospital poseía los mecanismos y las condiciones míni-

² En esta sección se describen las fuentes de información utilizadas en el capítulo, y se ofrece un resumen descriptivo de los resultados del estudio. Véase más información en Giedion *et al.* (2000).

mas de transparencia. Uno de los puntos de esta lista era si el hospital llevaba registros o planes documentados de adquisiciones.

El tercer paso fue realizar encuestas, para lo cual se aplicaron dos cuestionarios en cada hospital. El primero fue un sondeo de opinión sobre la presencia, frecuencia y causas de ciertos tipos de corrupción; la existencia de mecanismos de supervisión y de control; y la actitud de los funcionarios al descubrirse una violación. La encuesta se aplicó a una muestra representativa de los 8.256 funcionarios médicos y administrativos de los hospitales distritales. Se obtuvo una tasa agregada de respuesta de 95%, la cual resulta bastante aceptable, en particular si se considera que se trata de una encuesta en la que el entrevistado informa de sí mismo.

El segundo estudio fue un censo de jefas de enfermeras de los hospitales públicos de Bogotá, en el que se hicieron preguntas sobre las “horas laborales de los doctores”, para determinar el alcance y las implicaciones del ausentismo de los médicos, sus posibles causas, y la existencia, capacidad operativa y eficacia de los mecanismos de supervisión y control diseñados para evitar tal conducta. La aplicación del sondeo se vio dificultada gravemente por la actitud de un grupo de enfermeras de varios hospitales. Aunque se recibieron 395 cuestionarios respondidos, después de una revisión y validación críticas, sólo 139 se consideraron útiles. Algunas enfermeras mostraron reticencia a cooperar en el proceso, ya fuera por solidaridad con los médicos o por miedo de quedar identificadas como informantes. En cualquier caso, esto sólo implica que el verdadero nivel de ausentismo puede ser superior al que indica el estudio.

En cuarto lugar, se elaboró un elemento representativo (*proxy*) de las prácticas corruptas en la adquisición de suministros medico-quirúrgicos, a partir de una revisión de todos los registros de adquisiciones de 1998 de todos los hospitales. Estos datos se usaron para identificar el precio pagado por seis productos específicos, junto con información relacionada acerca de la compra (por ejemplo, la fecha y la forma de pago). Esta revisión generó una base de datos validada con 549 observaciones. Los suministros se seleccionaron conforme a criterios como la uniformidad de carácter, calidad y uso. Se dio preferencia también a los suministros adquiridos en gran volumen, en relación con las compras totales de la institución. Los productos seleccionados conforme a esos criterios fueron Diclofenac sódico en solución inyectable, 75 mg/3 ml; Gentamicina en solución inyectable, 80 mg/2 ml; lidocaína 15 sin adrenalina en solución inyectable, 50 ml; penicilina en

polvo inyectable, 1.000.000 UI; jeringas desechables de 5 ml con aguja, y guantes de látex para examen, de diversos tamaños.

De los hospitales públicos se obtuvo información secundaria acerca de las características de los jefes de compras (por ejemplo, género, escolaridad y antigüedad en el servicio) y sus ingresos. Por último, también se obtuvo información de la organización no gubernamental Red Salud, que establece normas de referencia para los precios de compra de suministros.

Percepción de la corrupción

A fin de evaluar los conceptos generales que se tienen sobre la corrupción dentro de los hospitales de distrito, se elaboró un indicador a partir de la encuesta entre personal hospitalario. El indicador se formuló como la proporción de los miembros del personal que afirmaron que había por lo menos una norma de conducta irregular en su hospital. En la lista de conductas figuraban el ausentismo, el hurto, irregularidades en las adquisiciones, cobros informales por servicios y uso impropio de instalaciones por parte del personal. Alrededor de 55% de los trabajadores encuestados en los 32 hospitales de distrito señalaron que en sus instalaciones había conductas irregulares. En su opinión, las irregularidades más frecuentes eran el incumplimiento de las horas de trabajo por parte de los médicos y la mala administración en la adquisición de suministros (Cuadro 6.2). En este sentido no hubo diferencias significativas entre hospitales, ni entre el personal administrativo y el médico.

En comparación con las condiciones previas a la reforma, 59% de los entrevistados consideraron que ahora es más baja la frecuencia de actos irregulares en los hospitales públicos, mientras que 27% no percibieron cambio alguno y sólo 14% consideraron que aquella se había incrementado. El dato parece alentador en el sentido de que, por lo menos en los hospitales, se ha reducido la percepción de la corrupción, lo cual es un indicio de que la situación pudo mejorar. Claro, se trata sólo de un indicador imperfecto.

Con base en esos resultados, los análisis ulteriores se centraron en dos formas de conducta irregular que se consideraron las más comunes: la mala administración en la adquisición de suministros y equipo, y el incumplimiento injustificado de las horas laborales contractuales por parte de los médicos.

El principal indicador de la mala administración de las adquisiciones

Cuadro 6.2 Tipos más frecuentes de irregularidades en los hospitales públicos

¿Está usted enterado de...?	Sí (número)	Personal que señala irregularidades (%)	Proporción del total de personal (%)
Ausencias injustificadas del personal médico	185	38	
Mala administración en adquisiciones	190	39	
Hurto de material o equipo	78	16	
Uso no autorizado de equipo, instalaciones o suministros	24	5	
Facturación no autorizada de pacientes	5	2	
Personal que informó de alguna conducta irregular	482	100	55
Personal que no informó de irregularidades	395		44
Sin respuesta	9		1
Total de respuestas	886		100

Fuente: Estudio de opinión del personal hospitalario acerca de irregularidades.

Nota: La proporción de personal que informó de conductas irregulares tiene como denominador la muestra completa del personal hospitalario, incluyendo médicos, enfermeras y empleados administrativos.

fue la proporción entre los precios unitarios pagados realmente y los precios unitarios publicados por Red Salud, una organización no gubernamental que fue contratada por la Secretaría Distrital de Salud (SDS) para negociar acuerdos con las compañías farmacéuticas y distribuidores a fin de bajar el costo de las adquisiciones. Red Salud negocia el precio de unos 185 medicamentos y nueve insumos medicoquirúrgicos. El acuerdo negociado se envía a los directores de hospital y jefes de compras de los 32 hospitales de la SDS, con toda la información necesaria sobre adquisiciones, como los medicamentos e insumos negociados, quiénes son los proveedores, el precio unitario pactado, algunos posibles descuentos y el calendario de entregas. El precio pactado es válido por un año y no varía por el volumen de adquisiciones que haga el hospital.

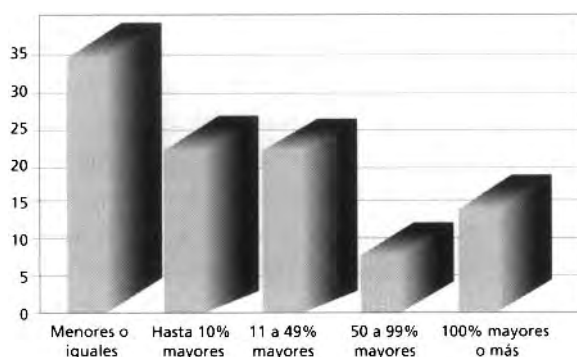
La divergencia resultante de los precios de compra respecto de las normas de referencia es significativa en el caso de los seis productos analizados (Cuadro 6.3 y Gráfico 6.2). Con la excepción de la lidocaína, el precio promedio de compra fue superior al precio al que era asequible a los hospitales a través de los acuerdos de Red Salud.

Cuadro 6.3 Precio de algunos productos médicos (pesos colombianos de 1998)

Indicadores	Penicilina	Jeringas	Guantes	Diclofenac	Gentamicina	Lidocaína
Precio más bajo	260	49	66	170	36	410
Precio más alto	950	428	160	980	1.425	3.814
Precio promedio	467	124	88	303	425	2.515
Desviación estándar	167	43	15	127	282	1.069
Coefficiente de variación	0,36	0,35	0,18	0,42	0,66	0,43
Precio de referencia de Red Salud	392	105	69	195	298	2.573

Fuente: Cálculos de los autores, basados en registros de adquisiciones en hospitales distritales y precios de referencia indicados por Red Salud.

Nota: La información específica sobre suministros médicos, como las unidades de compra, se encuentra en el texto. En 1998, el tipo de cambio promedio era de 1,426 pesos colombianos por dólar estadounidense.

Gráfico 6.2 Distribución de precios pagados por ciertos productos médicos, en relación con los precios de referencia (%)

Nota: Estimaciones de los autores basadas en los registros de adquisiciones de los hospitales de distrito y en los precios de referencia de Red Salud correspondientes a 1998.

Es poco probable que todas las desviaciones se deban a corrupción en el manejo de las adquisiciones. La mala administración también puede ser la causa. Muchos hospitales carecen incluso de los elementos más rudimentarios para administrar las adquisiciones; así, no es nada raro ver que algunos directores explican las diferencias de costo con argumentos como que al

hospital “se le acabaron las existencias, lo que obligó a comprar de urgencia los suministros necesarios en la farmacia más cercana, a precios muy altos”, o que “los proveedores nos cobran más caro porque el hospital no tiene recursos”.

Aun así, tampoco sería infundado suponer que estas diferencias se deben a irregularidades. En efecto, los medios de comunicación informan regularmente de acusaciones e investigaciones sobre corrupción en las adquisiciones. Las acusaciones van desde la compra intencional de suministros de baja calidad para el hospital, hasta casos en los que las cantidades adquiridas se inflan injustificadamente a cambio de regalos o pagos informales de los contratistas. Las entrevistas con informantes clave también revelaron la extrema debilidad de los mecanismos de supervisión y control en las adquisiciones. Esta impresión fue reforzada por los resultados del estudio, en el que los entrevistados señalaron las conductas irregulares en las compras como una de las prácticas corruptas más comunes en su institución.

La distribución de precios en los hospitales de la SDS también indica que el soborno tiende a ser generalizado en el proceso de compra. Sólo 34% de las compras se realizaron a un precio igual o inferior al de referencia. Cerca de 22% estuvieron dentro del 10% del precio de referencia; pero otro 22% excedió el lineamiento en un porcentaje de 11 a 50. En 8% de los casos el precio fue entre 51 y 100% superior, y en 14% se elevó a más del doble.

La magnitud de esta actividad irregular puede estimarse calculando el dinero que podría ahorrarse si todas las adquisiciones se realizaran al precio de referencia (Cuadro 6.4). Si los seis productos seleccionados se compraran al precio negociado a través de Red Salud, los hospitales ahorrarían 56 millones de pesos colombianos al año, lo cual representa aproximadamente 11% del gasto total en los productos seleccionados. Suponiendo que este porcentaje represente la pérdida promedio en las adquisiciones de todos los insumos hospitalarios en un año, y dado que el gasto en suministros representa cerca de 10% del presupuesto de un hospital, la pérdida total para la Ciudad de Bogotá se eleva aproximadamente a 3,025 billones de pesos colombianos. Este cálculo conservador representa una cantidad de dinero suficiente para cubrir los gastos médicos de otros 24.000 miembros del plan médico de seguridad social.

Junto con las irregularidades en las adquisiciones, la ausencia injustificada del personal médico fue el problema más identificado en las encuestas. En el estudio, 38% de quienes hablaron de irregularidades mencionaron

Cuadro 6.4 Costo estimado de la corrupción en las adquisiciones de los hospitales públicos de Bogotá, 1998 (millones de pesos colombianos)

Artículo médico	Valor total de adquisiciones	Costo de las adquisiciones al precio de referencia	Diferencia
Diclofenac	21,1	17,6	3,5
Gentamicina	22,5	20,1	2,4
Lidocaína	35,8	34,5	1,2
Penicilina	27,6	29,6	(2,0)
Jeringas	67,1	62,9	4,3
Guantes	309,0	262,3	46,7
Total	483,3	427,1	56,2

Fuente: Véase Cuadro 6.3.

que los médicos no cumplían con sus horas laborales. Este mismo personal consideró que, en promedio, los médicos pasaban ausentes sin justificación 5,7% del tiempo.

Debido a las dificultades ya mencionadas que se encontraron al recabar información acerca del ausentismo de los médicos, estas cifras probablemente subestimen el problema, que según los datos anecdóticos parece estar generalizado. Teniendo en cuenta estas limitaciones, un cálculo conservador del costo directo por año de este fenómeno en Bogotá es de 2.575 millones de pesos colombianos, lo que equivale a poco más de un millón de dólares, es decir, 1% del gasto total de los hospitales del distrito. Esta cifra podría ser apenas la punta del *iceberg*, ya que el salario del personal médico representa sólo una quinta parte de los gastos en personal, los cuales a su vez representan unas tres cuartas partes del gasto total del hospital. Si otros trabajadores de hospitales estuvieran ausentes en la misma proporción que los médicos, el costo total sería tres o cuatro veces superior.

De las enfermeras que respondieron al cuestionario sobre su propia actividad, 61% contestaron que la modalidad más frecuente de ausentismo entre los médicos era “llegar después de iniciado el turno”; 15% respondieron que los médicos “se van antes de terminar el turno sin justificación”, situación relacionada con el fenómeno de “multiempleo” y el horario concurrente en distintos lugares.

Al consultar a las enfermeras sobre las causas básicas del ausentismo en los médicos, 40% culparon a “la tolerancia de esta situación en el sector público de salud”; 39% identificaron como tales a las “medidas ineficaces de supervisión y control”; no obstante, sólo 12% señalaron “bajos salarios”. Este último resultado es importante, ya que la paga es el principal argumento para explicar por qué los médicos tienen varios empleos con horarios traslapados.

A la pregunta referente a las consecuencias de estas ausencias injustificadas, 27% de las enfermeras señalaron “demora u obstrucción de las actividades a la hora y en la forma necesarias”, lo que obviamente genera más ineficiencia en el uso de los recursos públicos. Otro 26% consideró que estas ausencias eran responsables de “crear una mala imagen de la institución” y 26% consideraron que “reducen la calidad de la atención”. En el competitivo mercado que ha surgido a raíz de las reformas recientes, el efecto neto del ausentismo es socavar la competitividad de los hospitales públicos.

Características institucionales de los hospitales públicos de Bogotá

Los hospitales públicos de la Ciudad de Bogotá no son homogéneos en sus características institucionales, y tampoco en el grado señalado de conductas irregulares, a pesar de estar sujetos todos a las mismas reglas. El grado de desarrollo desigual generado a partir de la reforma de salud de 1993 parece derivar de diferencias en las restricciones, o por lo menos de diferencias en los grados de restricción, lo cual podría ser superado en cierta medida con la adaptación al nuevo sistema institucional. Para entender mejor los factores que contribuyen a la corrupción conviene analizar la variedad de sistemas organizativos que existen entre estos hospitales, en particular en lo relativo a los diversos grados de independencia, de transparencia y administración, así como de supervisión y control.

Con el nuevo sistema, todos los hospitales públicos de Bogotá parecen gozar de considerable independencia. Los hospitales distritales funcionan dentro del mismo marco regulatorio, lo que, de acuerdo con Bossert (1997), implica que en teoría todos tienen el mismo margen de acción o espacio para la toma de decisiones. Aun más, los directores de hospitales opinan que poseen considerable independencia. De hecho, con el nuevo sistema la mayoría de los hospitales considera que el Ministerio de Salud rara vez o nunca interviene en sus actividades fundamentales (elaboración de presupuestos,

Cuadro 6.5 Autonomía de los hospitales: índice de intervención de la agencia supervisora, 1999 (%)

	Siempre	A veces	Rara vez	Nunca
¿Con qué frecuencia interviene la agencia en la elaboración del presupuesto anual?				
SDS	91	0	0	9
Ministerio de Salud	3	6	22	69
¿Con qué frecuencia interviene la agencia en las adquisiciones?				
SDS	9	16	9	66
Ministerio de Salud	3	3	3	91
¿Con qué frecuencia interviene la agencia en la contratación del personal de servicio civil?				
SDS	44	25	3	28
Ministerio de Salud	0	0	9	75
¿Con qué frecuencia interviene la agencia en la contratación de personal temporal?				
SDS	0	10	3	87
Ministerio de Salud	0	7	3	90
¿Con qué frecuencia interviene la agencia en la fijación de salarios de los trabajadores del servicio civil?				
SDS	39	7	0	55
Ministerio de Salud	13	7	3	77
¿Con qué frecuencia interviene la agencia en la fijación de salarios del personal temporal?				
SDS	0	3	3	94
Ministerio de Salud	0	3	0	97

Fuente: Estudio de informantes clave.

Nota: Las cifras representan la proporción de respuestas de los directores de hospital a las preguntas de la encuesta.

contratación de personal y adquisición de insumos), en claro contraste con la situación anterior a la descentralización y a la reforma de salud, cuando la secretaría era el actor principal (Cuadro 6.5).

Sin embargo, esta independencia es menos clara en lo que toca a la SDS, la dependencia pública encargada de la administración y dirección del sector salud en el ámbito distrital. Así se aprecia especialmente en el proceso de elaboración de presupuestos y administración general. Cerca de 90% de

los hospitales informan que la secretaría distrital participa en forma permanente en esas funciones.

Nada tiene de extraño la participación de la SDS, si se considera que no han perdido ninguna importancia los subsidios gubernamentales en el financiamiento de los presupuestos de los hospitales públicos. La SDS debe ocuparse de la solvencia del gobierno distrital, que puede verse fuertemente afectada por el gasto de los hospitales, ya que los gastos en salud representaron 8% del presupuesto del distrito en 1998. En ese mismo año, la SDS generó ingresos por la venta de servicios médicos a las aseguradoras privadas, pero sus utilidades sólo representaron en promedio 10% del gasto total. El 90% restante de los gastos siguió siendo financiado por la SDS en la forma de subsidio directo por servicios prestados.

El grado en que los hospitales públicos difieren en su independencia respecto de la SDS, depende de su capacidad relativa para lograr la independencia financiera a través del ingreso generado por la venta de servicios. En general, les toca atender a una pequeña proporción del mercado subsidiado de seguros que cubre a la población pobre. Por ejemplo, en 1998 la SDS asignó 90 mil millones de pesos colombianos al pago de primas subsidiadas correspondientes a las familias de bajos recursos; sin embargo, los hospitales públicos sólo recibieron unos 22 mil millones de ese total. A pesar de su participación relativamente menor en el mercado, los hospitales públicos varían enormemente en su capacidad de respuesta al mercado. La proporción de los gastos hospitalarios que representó la venta de servicios conforme al nuevo sistema de seguros, varió desde apenas 2% hasta casi 50% en 1998 (Cuadro 6.6). Así, el verdadero margen de maniobra de los hospitales distritales depende no tanto de su condición de empresas sociales del Estado, que les otorga libertad *de jure*, sino de la independencia financiera que les confieren los pagos que cada uno recibe de las aseguradoras no gubernamentales, más allá de los fondos asignados directa o indirectamente por la Secretaría Distrital de Salud.

Con respecto a la administración independiente de los recursos humanos, 44% de los directores de hospital consideraron que la secretaría “siempre” interviene en la contratación de personal permanente y casi otro tanto (39%) identificó su intervención en la determinación de salarios de ese personal. Las tarifas de honorarios son establecidas por el consejo distrital, que es la máxima autoridad regional, tiene facultades regulatorias y ejerce funciones de supervisión y control por encima de otras dependencias distritales (véase Cuadro 6.5).

Cuadro 6.6 Porcentaje de los ingresos de los hospitales públicos por prestaciones a aseguradoras privadas (%)

	ARS y EPS			Todas (ARS, EPS, y SDS)		
	1997	1998	1999	1997	1998	1999
Promedio	5	10	9	47	63	71
Mínimo	0	2	0	31	16	48
Máximo	22	46	19	68	87	91
Mediana	3	8	8	—	—	—

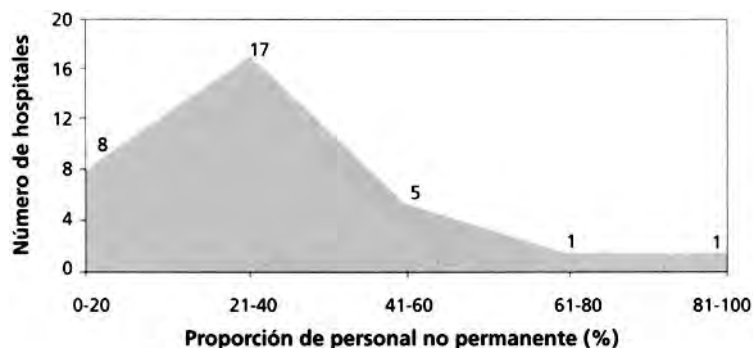
Fuente: Secretaría Distrital de Salud.

Nota: Las cifras representan la proporción del ingreso de los 32 hospitales públicos del distrito de Bogotá, que procede del reembolso por servicios proporcionados a los asegurados con Empresas Promotoras de Salud (EPS), Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y la Secretaría Distrital de Salud (SDS).

Lo anterior refleja la persistencia de limitaciones en el manejo de los recursos humanos, aunque los hospitales tienen una independencia considerablemente mayor para administrar al personal que ingresa por contrato (no permanente). Si bien 77% de los directores afirmaron que el Ministerio de Salud siempre interviene para establecer los salarios del personal permanente (casi el doble que el índice de la SDS), ningún director mencionó intervenciones en determinar la paga del personal contratado (véase cuadro 6.5). Ya que casi tres cuartas partes de los gastos del hospital se destinan a pagar salarios (Giedion y Morales, 1999), las restricciones para la administración de personal pueden limitar gravemente a los hospitales con una alta proporción de personal permanente. Con el fin de evitar esta rigidez, muchos hospitales distritales han optado por contratar personal temporal, que no está sujeto a las regulaciones del servicio civil.

Los hospitales públicos aprovechan en forma distinta su margen de independencia en la administración de recursos humanos, y se observan grandes variaciones de uno a otro hospital. En 1998, la proporción promedio del personal que ingresaba por contrato en relación con el total fue de 33%, pero el intervalo varió entre cotas mínimas y máximas de 12 y 91%. Aunque en términos generales es limitada la independencia en la administración de personal, algunos hospitales recurren ampliamente a la contratación de personal no permanente (véase Gráfico 6.3).

Gráfico 6.3 Distribución de los hospitales distritales de Bogotá, por proporción de personal con contrato temporal



En resumen, los hospitales públicos parecen gozar de una independencia significativa respecto del Ministerio de Salud, que era omnipotente antes de las reformas de 1993. Al mismo tiempo, parte de esta independencia reciente está restringida por el gobierno local (SDS), y en la administración de personal permanente el margen de maniobra sigue siendo en extremo limitado. Los hospitales distritales varían en cuanto a independencia financiera respecto de la SDS, y en ese mismo sentido algunas instituciones financian parte importante de sus gastos con la venta de servicios. En general, sin embargo, los hospitales públicos no han captado una porción sustancial del mercado potencial. La independencia de los hospitales también se diferencia en cuanto a la proporción de miembros del personal que tienen contratos más flexibles, transitorios, no sujetos a los códigos del servicio civil.

Transparencia, rendición de cuentas y usos de la información

En 1998, un promedio de 63% del ingreso de los hospitales provenía de la facturación de servicios a pacientes, quienes estaban cubiertos por aseguradoras del distrito o no gubernamentales conforme a los sistemas de subsidio (ARS) y de contribuyentes (EPS). El 37% restante provenía de la SDS, a través de pago directo a los hospitales y sin ningún mecanismo específico de rendición de cuentas.

Es más, se observan importantes diferencias en la proporción del in-

greso recibido por la prestación de servicios. Entre 1997 y 1999, algunos hospitales obtuvieron por facturación cerca de 87% de su ingreso total, mientras que otros sólo pudieron facturar 16% (véase Cuadro 6.6). Este sistema mixto de incentivos —ingresos por servicios, más subsidio público para cubrir casi cualquier déficit— significa que en un sentido real no se responsabiliza a los hospitales del uso de sus fondos.

Además del mecanismo de asignación, la rendición de cuentas efectiva requiere contar con un conjunto de instrumentos administrativos básicos que generen información fidedigna. Mecanismos de ese tipo son los planes de desarrollo, los presupuestos anuales con revisiones periódicas y los planes de inversión, además de objetivos de producción, productividad y calidad. En 1998, 80% de los hospitales carecían de estos mecanismos básicos de administración.

En el caso específico de las adquisiciones, muchos hospitales carecen de mecanismos tan esenciales como un plan de compras con cantidades mínimas y máximas de inventario, datos sobre consumo promedio y tiempos de reposición, y un sistema de registro en kárdex. Sólo 4% de los hospitales distritales llevan planes de compras y sólo 17% cuentan con registro en kárdex, que quizá sea el recurso más elemental para llevar un control de los suministros.

Tener información y recursos de administración no significa nada si no los utiliza una persona interesada en corregir las irregularidades. La reforma de salud abordó este problema creando juntas directivas formadas por representantes del hospital, del distrito y de la comunidad. En 1998, los 32 hospitales contaban con una junta directiva, que se reunía en promedio dos veces al mes, con la asistencia de todos los miembros (en seis hospitales) o de casi todos (en 19) (Cuadro 6.7). En los sondeos, 20 hospitales reportaron participación activa de la junta directiva, lo que indica que la comunidad participa efectivamente en la administración de los hospitales públicos.

Supervisión y control en los hospitales distritales

Como ya se mencionó, Colombia se caracteriza por una regulación excesiva y un gran número de entidades de control, que se supone constituyen “el garrote” para combatir la corrupción. Es difícil calcular el costo total de estas dependencias controladoras, pero Bogotá destina cerca de 8% de su presupuesto general a las entidades de control consignadas a la inspección y vigilancia, y a la paga de funcionarios que se dedican exclusivamente a estas tareas.

Cuadro 6.7 Participación y registro de asistencia de las juntas directivas de hospitales, 1999

	Número de hospitales
Asistencia de la junta directiva	
Todos los directores asisten	6
Ocasionalmente un miembro ausente	19
Ocasionalmente varios miembros ausentes	4
Con frecuencia uno o más miembros ausentes	3
Participación de la junta directiva	
Asiste a las reuniones para ser informada	5
Asiste, pero no participa en decisiones importantes	13
Asiste, comenta y participa en algunas decisiones	20
Asiste, comenta y participa en todas las decisiones	6
Número total de hospitales distritales	32

Fuente: Entrevistas con directores de hospital e informantes clave.

Nota: Las cifras pueden no cuadrar, debido a respuestas múltiples.

En el estudio de los 32 hospitales de Bogotá, más de 50% de los miembros del personal reconocieron la existencia de mecanismos de supervisión y control para impedir las conductas irregulares en sus instituciones (Cuadro 6.8). Sin embargo, cuando se les preguntaba por qué se presentaban distintos tipos de conductas irregulares, la respuesta más frecuente era que tales mecanismos de vigilancia y control eran débiles. Casi la mitad de los entrevistados achacaron el ausentismo a la mala supervisión y el escaso control, y 60% culparon del hurto a las mismas deficiencias (Cuadro 6.9). Al parecer, los mecanismos de supervisión y control son en gran medida formales e ineficaces en la práctica.

La supervisión y el control no deben depender exclusivamente de mecanismos formales. En muchas situaciones, la gente considera que las normas sociales y la preocupación por la reputación personal no sólo llevan a adoptar la conducta legal y aceptable, sino también a denunciar actividades irregulares cuando las observe. Parece que esas condiciones no se dan en los hospitales públicos investigados, ya que una alta proporción del personal piensa que denunciar conductas irregulares a las autoridades puede

Cuadro 6.8 Opinión del personal sobre los mecanismos de vigilancia para impedir irregularidades (%)

¿Existen en su hospital mecanismos de vigilancia y control para impedir...?	Sí	No	No sé
Ausencias injustificadas del personal médico	62	31	7
Mala administración de las adquisiciones	50	38	12
Hurto de materiales y equipo	58	32	10
Uso no autorizado de equipo, instalaciones y productos médicos	52	36	12
Cobros no autorizados a pacientes	59	28	13

Fuente: Encuesta de médicos, enfermeras y personal administrativo.

Cuadro 6.9 Razones de las irregularidades aducidas por el personal (%)

Razones aducidas por	Proporción del personal	
	Ausentismo de médicos	Hurto
Bajos salarios	15	8
Turnos laborales demasiado largos	6	—
Tolerancia de esa conducta por parte del sector público	33	20
Mecanismos deficientes de vigilancia y control	46	60
Otras razones	—	11
Total	100	100

Fuente: Encuesta de médicos, enfermeras y personal administrativo.

susitar represalias. Así, 65% de las personas que estaban enteradas de algún acto irregular no hicieron “nada” para denunciarlo y 85% explicaron que había sido por “temor a las represalias”. En promedio, los encuestados respondieron que la razón entre delitos detectados y total del personal era de aproximadamente 7%, aunque este resultado varió mucho de un hospital a otro.

En resumen, aunque hoy en día los hospitales públicos cuentan con los mecanismos mínimos para ejercer vigilancia y control, los resultados de la investigación indican que se aplican en forma ineficaz y a menudo son

inapropiados para la comunidad y la institución, situación que se complica por el temor a las represalias.

Valoración del poder disuasivo de los factores institucionales

Esta sección se basa en un análisis estadístico de variables múltiples orientado a establecer si las variaciones en el diseño institucional de un hospital a otro se vinculan con grados distintos de corrupción. El análisis se concentra en determinar si el grado de independencia, la generación y aprovechamiento de la información, la participación de las partes interesadas y la vigilancia y el control en los hospitales guardan alguna relación con el grado de corrupción una vez que se controlan otros factores.

Evaluación de los diferenciales de precio como evidencia de corrupción

Como ya se señaló, los hospitales pagan precios muy distintos por sus suministros. Estos precios también difieren en grado significativo de los precios de referencia que son negociados por Red Salud. Estas variaciones podrían ser justificables; por ejemplo, puede haber diferentes costos de transporte, descuentos por volumen o cargos adicionales por pago atrasado o entrega urgente. Sin embargo, la mayoría de estas diferencias entre los hospitales son bastante pequeñas. Todos están en la misma ciudad, en el mismo mercado y en estrecha proximidad. Para definir si estas diferencias de precio son importantes y si se relacionan sistemáticamente con las variables institucionales que hemos identificado, se emplearán diversas variables de control en una regresión de variables múltiples.

La variable independiente en el análisis es la fluctuación de precios. En beneficio de la sencillez y la comparación, los precios se normalizaron alrededor del precio de referencia negociado por Red Salud. De ahí que la variable independiente fuera en realidad la diferencia porcentual entre el precio pagado y el de referencia. Estas “brechas” en los precios se sometieron a regresión con tres tipos de variables: las relacionadas con el proceso de compra en sí, las relacionadas con las características institucionales de los hospitales y, por último, las vinculadas con las características individuales del jefe de compras. A continuación se presentan las variables explicativas utilizadas, con una indicación de su relación esperada con las brechas en los precios.

Las variables explicativas relacionadas con el proceso de compra son el volumen, las formas de pago, el tipo de proveedor (mayorista o detallista), las condiciones de crédito y el tipo de arreglo en la licitación. En teoría, los hospitales que compren grandes cantidades tienen la capacidad de negociar descuentos por volumen y, por tanto, obtienen precios relativamente más bajos (volumen). También es probable que los proveedores impongan precios más altos a los compradores que regularmente no pagan a tiempo (pago demorado). Las transacciones del hospital con establecimientos minoristas suelen ser más caras que aquellas con mayoristas, que por lo general tienen costos fijos y de distribución más bajos (menudeo). Los precios también suelen ser más altos cuando se concede al hospital más tiempo para pagar la factura (período de gracia). Por último, la adquisición directa suele producir precios más altos que la licitación abierta, ya que ésta, si se realiza adecuadamente, disciplina a los proveedores a través de la competencia (licitación competitiva).

Las variables anteriores se introducen como controles. Nuestro principal interés reside en las variables institucionales que pueden inhibir la corrupción. Con base en la explicación anterior, establecimos la hipótesis de que a mayor grado de aplicación de las reformas, medido como una mayor independencia, habría menor divergencia respecto del precio de referencia. Aun más, a mejor información y mayor participación de las partes interesadas, los precios deberían tender a reducirse, por la inhibición de las conductas irregulares. Y la existencia y eficacia de mecanismos de vigilancia y control también deben tender a inhibir las conductas irregulares y a relacionarse con la reducción de las brechas en los precios.

Para medir la independencia de los hospitales se utilizó la proporción del total de miembros del personal que tienen contratos temporales (personal temporal). Esta relación contractual varía significativamente de un hospital a otro y tiene un importante efecto en la discrecionalidad administrativa del director del hospital. En teoría, los hospitales con mayor número de empleados temporales pueden controlar mejor a su personal, a condición de que cuenten además con mecanismos adecuados de rendición de cuentas.

Para medir la rendición de cuentas se usaron cuatro indicadores que están relacionados con la posibilidad de generar información y de participación de las partes interesadas que usen dicha información. La primera variable es la proporción del ingreso total del hospital que proviene de la facturación a la Secretaría Distrital de Salud y a las aseguradoras (propor-

ción de facturación). Como la asignación de recursos a los hospitales públicos depende cada vez más de la verdadera producción de servicios, y no del nivel histórico de los gastos, debe reducirse el margen para el ocultamiento de conductas irregulares y, por tanto, deben observarse precios más bajos.

Asimismo, la rendición de cuentas debe ser mayor en hospitales que obtienen una proporción sustancial de sus ingresos de la facturación a las aseguradoras (proporción de aseguradoras), ya que los hospitales están plenamente expuestos al mercado para la prestación de servicios y sufren mayores presiones para controlar sus costos. Estos incentivos fomentan una mayor vigilancia de las conductas irregulares. Cuanto mayor sea la proporción de facturación a las aseguradoras, tanto más cerca de los precios de referencia deben estar los que paga el hospital por los insumos.

Los mecanismos de control que posea la administración son otro factor institucional importante. Se creó una variable que representara la proporción de mecanismos básicos de administración (instrumentos administrativos), con base en una lista, preparada con la ayuda de expertos, de siete elementos que son operativos en un hospital. Esos mecanismos son: a) planes de desarrollo, b) presupuestos anuales de ingresos, c) planes de inversión, d) metas de producción, e) metas de eficiencia y productividad, f) metas de calidad, y g) misión institucional. En teoría, la aplicación de tales mecanismos introduce la transparencia en la administración de la institución, lo que, en consecuencia, permite reducir las conductas irregulares.

Asimismo, los mecanismos con que cuente el hospital para manejar los insumos médicos y quirúrgicos pueden afectar su capacidad de combatir la corrupción (administración de insumos). Con base en una lista de cuatro elementos preparada con la ayuda de expertos, se creó otra variable equivalente a la proporción de dichos elementos que están disponibles en el hospital. Los mecanismos son: a) planes de compras que establezcan precios mínimos y máximos, b) planes de compras relacionados con el consumo promedio, c) información sobre los plazos de reposición, y d) un sistema de kárdex. Como en el caso anterior, se supone que la disponibilidad de estos mecanismos reduce las conductas irregulares al establecer mayor transparencia en la administración.

El último factor institucional se relaciona con los mecanismos existentes para la supervisión y el control del personal (*vigilancia*). Se creó una variable equivalente a la proporción de seis mecanismos de supervisión y control, identificados con la ayuda de expertos, que el hospital tiene a su

disposición. Se trata de: a) oficinas de control de disciplina interna, b) oficinas de quejas y reclamaciones, c) teléfono de quejas, d) bonificaciones para el personal, e) auditorías externas, y f) auditorías estatutarias. Estos mecanismos de control deben reforzar la capacidad de monitorear y disciplinar al personal, con lo que se inhiben las conductas irregulares y se reduce la diferencia entre el precio pagado y el de referencia.

Se introdujo un tercer tipo de variable para considerar el posible efecto de las diferencias entre los jefes de compras. En primer término, se incluyó el ingreso del jefe de compras del hospital (ingreso), con base en el supuesto de que es menos probable que un gerente bien pagado incurra en actividades corruptas y, por tanto, se lo encontrará relacionado con hospitales que paguen menos por los suministros. En segundo, se incluyó el sexo del jefe de compras para evaluar cualquier diferencia sistemática entre hombres y mujeres (femenino). En muchos estudios se sostiene que las mujeres tienden menos a incurrir en prácticas irregulares, por lo que es de esperar que ese coeficiente sea negativo. En tercer término, el tiempo de servicio en el sector público, medido en años (antigüedad), puede asociarse con un nivel más alto de conducta irregular. Los funcionarios con mayor experiencia tienen mejor conocimiento de las oportunidades para violar la ley y pueden estar mejor preparados para ocultar las irregularidades. Si los jefes de compras pagan menos por los productos, puede ser una indicación de que la experiencia genera una mayor eficiencia en las adquisiciones. En cambio, el que una mayor antigüedad se asocie con precios más altos, después de controlar otros factores, puede estar indicando que existe corrupción.

La cuarta característica de los jefes de compras que se incluyó en el análisis fue el estado civil (casado). Esta última condición desalentaría las conductas irregulares, ya que las responsabilidades familiares incrementan la aversión a correr riesgos, o bien, pueden también fomentar conductas irregulares ante la necesidad de cumplir con mayores responsabilidades económicas.

La última característica personal fue la escolaridad del gerente, particularmente si el hecho de haber recibido o no capacitación especializada puede afectar la propensión a incurrir en actividades corruptas (estudios especializados). Por ejemplo, el logro de un nivel de escolaridad terciario, lo que no es frecuente en Colombia, podrían asociarse con mayor ambición académica y principios más sólidos. Por otra parte, haber terminado los estudios superiores podría asociarse con mayor ambición personal, deseo de

riqueza y habilidad para manipular el sistema. De ahí que este factor pueda tener un efecto positivo o negativo.

Ya que no se dispuso de información acerca de los jefes de compras de todos los hospitales, el análisis se basó en datos de sólo 22 de los 32 hospitales, con lo que se formó una muestra de estudio de 452 transacciones. Aun más, deben corregirse los errores estándar, debido a que el conjunto relacionado de datos tiene distintos grados de agregación. Aunque el estudio reunió un conjunto de 452 observaciones de diferencias de precios, las variables explicativas (institucionales o individuales) que se relacionan con un hospital o con un jefe de compras se repiten en cada transacción de un hospital determinado y, por tanto, no son independientes. En particular, la estadística T puede sesgarse hacia arriba por errores comunes del grupo, como lo demostró Moulton (1986). Blanchflower y Oswald (1990, 1994 y 1995) mostraron cómo calcular coeficientes no sesgados en tales condiciones, mediante la especificación correcta de los efectos de las variables agregadas.

El análisis se inició con un conjunto de regresiones OLS con errores firmes ("robustos"), y agrupadas por hospital, y con variables ficticias (dicotómicas) de control para el mes de compra y el producto en particular. Al corregir los efectos agregados se hicieron estimaciones de los efectos aleatorios, pero no fueron concluyentes, dados los resultados de las pruebas de Breusch Pagan, que encontraron que la varianza de los errores no es diferente de 0 (véase la última fila del Cuadro 6.10).

Los mejores resultados se obtuvieron con OLS con errores firmes y agrupadas por hospital. Se aplicaron tres regresiones. La primera con datos de la muestra completa, mientras que en la segunda y la tercera se usaron datos de transacciones de los procesos de licitación y de órdenes de compra, respectivamente. Como se verá más adelante, la creación de esta última submuestra incrementó en grado considerable el poder explicativo de la regresión (en Giedion *et al.*, 2001, anexo 5, se encontrará el resumen completo de las variables explicativas empleadas en las regresiones).

En las primeras dos regresiones no fueron significativas las variables relacionadas con el proceso de compra (volumen, pago demorado, menudeo, licitación competitiva, período de gracia) y se eliminaron de la pequeña muestra de órdenes de compra.

En cambio, entre las variables institucionales, la relación con el personal contratado, como se esperaba, fue muy significativa. Esto confirma la hipótesis de que la administración independiente de los recursos humanos

Cuadro 6.10 Determinantes de la variación de precios de los artículos

Variables	Muestra completa		Adquisición por por licitación		Adquisición por orden de compra	
Constante	3,334	2,622	3,626	2,904	-3,044	-1,201
Características del proceso de compra						
Volumen						
(coef, x 10 ⁻²)	4,47	0,158	-40,70	0,677	—	—
Pago demorado	-0,106	-1,010	-0,058	-0,469	—	—
Menudeo	0,098	1,003	0,061	0,535	—	—
Licitación competitiva	0,092	1,494	—	—	—	—
Periodo de gracia						
(coef, x 10 ⁻²)	-0,050	-1,203	0,020	0,255	—	—
Factores institucionales						
Personal temporal	-0,722	2,755	-1,016	-3,152	-7,759	-4,633
Proporción de facturación	-0,559	-1,977	-0,832	-2,950	-5,271	-2,419
Administración de insumos	-0,088	-0,692	0,679	0,500	2,471	4,171
Instrumentos administrativos	0,268	2,345	0,408	3,020	3,920	3,722
Supervisión	0,295	4,439	0,365	5,423	—	—
Participación de aseguradoras	-0,009	-1,248	-0,114	-1,366	—	—
Características de los gerentes de compras						
Ingresos						
(coef, x 10 ⁻¹)	-4,040	-2,028*	-6,450	2,651	32,700	3,104
Mujeres	0,191	2,389	0,293	2,420	2,685	2,655
Casados	0,115	2,493	0,135	3,025	0,787	3,987
Antigüedad						
(coef, x 10 ⁻²)	0,003	0,074	0,010	0,344	-1,930	-5,440
Estudios especializados	-0,147	2,352	-0,075	-1,184	-1,225	-4,582
Observaciones	452		380		72	
R ²	0,33		0,33		0,63	
Estadística F	43,71		21,51		39,26	
Probabilidad F	0,0000		0,0000		0,0000	
Probab. F conjunta de que todos los coefs. institucionales = cero	0,0000		0,0000		0,0000	

Notas: Las negritas indican cifras estadísticamente significativas al nivel de 5 por ciento. El asterisco indica cifras estadísticamente significativas al nivel de 10%. Las estadísticas t se muestran en cursivas.

(personal temporal) reduce el sobrepago por suministros. Aun más, todas las regresiones indican que la brecha de precios se reduce conforme se incrementa el ingreso por venta de servicios (proporción de facturación). En cierta medida, esto confirma la confiabilidad de este indicador como representativo (proxy) de la rendición de cuentas, ya que es difícil imaginar que la proporción de facturación tuviera efectos por cualquiera otra razón. Al mantener su significación y signo a lo largo del procedimiento, las dos variables relacionadas con los mecanismos de contratación y financiamiento parecen ser los más sólidos de los factores institucionales. Es interesante este resultado, porque refleja un cambio muy real en el funcionamiento del hospital, especialmente en relación con los incentivos para la institución en lo general (los mecanismos de financiamiento) y para el personal en lo particular (la condición contractual).

Los mecanismos formales de administración no tuvieron el efecto esperado. En particular, contar con un plan de desarrollo fue estadísticamente significativo en todas las regresiones, pero se asoció con precios más altos y no más bajos. Del mismo modo, la existencia de mecanismos formales de control (vigilancia) estuvo asociada con una mayor brecha en los precios. Lo que es más sorprendente, los mecanismos básicos relacionados con la adquisición de suministros, como el sistema de kárdex y los planes de compras, no fueron significativos en las primeras dos regresiones. Sólo en la muestra de órdenes de compra directa estos instrumentos parecen tener un efecto significativo, pero también en este caso, el efecto es contrario al esperado.

Con respecto a las características del jefe de compras, el estado civil y el sexo fueron significativos y mantuvieron su signo en todas las regresiones. Los precios son más bajos cuando el jefe de compras no está casado o es mujer. Aunque el ingreso del jefe de compras es significativo, la variable cambia de signo en la última regresión y es muy significativa. Se confirmó una relación inversa entre el nivel de ingreso y la brecha de precios sólo en las primeras dos regresiones. Por último, la brecha de precios parece ser más baja conforme se incrementa la escolaridad. En general, la regresión mejora cuando la muestra se restringe a transacciones que no estuvieron sujetas a licitación. El poder explicativo, indicado por la R^2 , casi se duplica de 0,33 a 0,63 en la regresión de esta submuestra (véase Cuadro 6.10); y el coeficiente de nuestras dos variables explicativas de mayor interés, la proporción de facturación y la proporción de personal temporal, se incrementó en forma significativa.

El efecto de las variables institucionales en el ausentismo

Para analizar las posibles relaciones entre el ausentismo y los factores institucionales, se usó la información obtenida del estudio sobre las opiniones del personal, para elaborar un modelo del ausentismo. Esta variable (ausentismo percibido) es la proporción de miembros del personal de cada hospital que afirman estar enterados del ausentismo de los médicos en su institución. No se usó la tasa de ausentismo extraída del censo de enfermeras mencionado anteriormente, ya que las entrevistadas mostraron reticencia a responder en este tema. Por tanto, la muestra resultante de los hospitales en los cuales se obtuvieron respuestas es, desgraciadamente, muy pequeña. En consecuencia, el siguiente análisis se limita a explorar correlaciones pareadas. Se tuvo muy poco margen libre para realizar un análisis de variables múltiples. Aun más, debe ponerse énfasis en que el ausentismo percibido es sólo un indicador muy burdo y son válidas todas las calificaciones mencionadas antes.

Se analizó la relación entre el ausentismo percibido y múltiples variables institucionales. Además de la proporción de facturación, la existencia de instrumentos administrativos y la proporción de personal temporal, se consideró el número de reuniones mensuales de la junta directiva como indicador del grado de actividad de la junta en la supervisión y monitoreo de su hospital. Se analizaron también las opiniones del personal sobre la eficacia de los mecanismos de supervisión y control, y el número de acciones disciplinarias registradas, dividido entre el número total del personal. En el caso de los aspectos de supervisión y control, era de esperar que los mecanismos más fuertes estuvieran asociados con menor ausentismo. Sin embargo, la posible relación con la frecuencia de acciones disciplinarias resulta ambigua, ya que un número más alto de violaciones puede significar mayor incidencia de la conducta irregular o una aplicación más estricta y efectiva de las reglas.

El análisis de los coeficientes de correlación del Cuadro 6.11 muestra una relación inversa significativa entre la percepción del ausentismo y el porcentaje del personal contratado. Es importante la distinción en la condición contractual, porque es casi imposible contratar y despedir a personal permanente, mientras que una legislación laboral menos rígida facilita el recurso de la contratación temporal. La relación inversa indica que el ausentismo declina en la medida en que dentro de las facultades del director está la de despedir a los empleados que muestren un rendimiento insatisfactorio.

Cuadro 6.11 Relaciones entre el ausentismo percibido de los médicos y las variables institucionales

Variables	Correlación con el ausentismo percibido de los médicos
Proporción de facturación	-0,048
Instrumentos administrativos	-0,084
Personal temporal	-0,446*
Número de reuniones de la junta directiva al mes	0,276
Opinión del personal sobre la eficacia de la supervisión	-0,061
Frecuencia de violaciones disciplinarias	0,248

Nota: El asterisco indica cifras estadísticamente significativas al nivel de 10 por ciento.

Ninguna de las otras correlaciones resultó estadísticamente significativa. Sin embargo, tres de los signos estuvieron en la dirección esperada. Así, la proporción del presupuesto cubierta por la venta de servicios, la aplicación de instrumentos administrativos y la opinión de que estos mecanismos eran efectivos, mostraron relación inversa con la percepción del ausentismo. Es difícil explicar la asociación estadística positiva entre el número de reuniones mensuales de las juntas directivas y el ausentismo de los médicos. Podría ser reflejo, como en el caso de la incidencia de las acciones disciplinarias, de actividad y supervisión más intensas en los hospitales que presentan mayores problemas.

Conclusiones

Contrariamente a los objetivos de la reforma del sector salud en Colombia, los hospitales distritales de Bogotá están lejos de ser independientes en términos de manejo de los recursos humanos y de independencia financiera. Aunque se han logrado algunos avances al introducir principios administrativos modernos —independencia, transparencia y rendición de cuentas— las pruebas obtenidas a través de entrevistas y estudios muestran que en muchos casos los adelantos institucionales son someros y no se han establecido plenamente. El avance hacia una administración más independiente depende fundamentalmente de los incentivos integrados en las reformas. Sin embargo, la mayoría de los hospitales han puesto de lado la reestructu-

ración y el reembolso por los servicios proporcionados, lo cual generaría los ingresos y habilidades necesarias para ser más independientes. En cambio, continúan dependiendo del desembolso gubernamental para cubrir su déficit —no obstante la cantidad de servicios que realmente proporcionen al público—, respaldados por la presión política y el apoyo de los sectores que se oponen a las reformas. En 1998, los hospitales seguían recibiendo 47% de sus fondos operativos de subsidios directos; y, en promedio, 67% del personal hospitalario estaba trabajando conforme a las inflexibles regulaciones del servicio civil administrativo y de los contratos colectivos, que limitan fuertemente la administración independiente del personal, el recurso más importante de los hospitales.

La instauración del proceso de reforma no estuvo exenta de fallas. Quizás el peor fracaso fue el congelamiento indefinido del período que los hospitales requerían para calcular las obligaciones de pensión para los trabajadores, preparar fórmulas para integrarlos en el nuevo modelo y reconocer obligaciones hasta 1994. De hecho, nada de esto se hizo y se perdió un tiempo muy valioso. Apenas ahora se está intentando un plan serio de reestructuración para los hospitales de Bogotá, más de seis años después de la ley de reforma y en medio de una grave crisis económica nacional. Este proyecto aspira a fusionar 15 de los 32 hospitales, como primer paso para adaptarlos al nuevo sistema nacional de seguro médico.

A pesar de los pasos relativamente tímidos hacia la instrumentación de cambios institucionales dentro de los hospitales de Bogotá, algunos de éstos han progresado más que otros. Estas variaciones posibilitaron el análisis de las relaciones entre las características institucionales y la conducta irregular en los hospitales. El análisis confirmó que la conducta irregular en las compras y el ausentismo de los médicos, tal como lo señaló el personal del hospital en las encuestas, están relacionadas con las características institucionales de los hospitales. La pérdida de recursos públicos por la compra de suministros a precios superiores a los de referencia puede ser hasta 10% de la asignación presupuestal para la adquisición de suministros medicoquirúrgicos. Esto permitiría financiar la cobertura de unas 24.000 personas pobres dentro del nuevo sistema público de seguro médico. Los recursos perdidos a causa del ausentismo de los médicos se calculan en alrededor de 5,7% del presupuesto, lo suficiente para asegurar a otras 12.000 personas.

La autonomía de los hospitales —en términos de una mayor discre-

ción en el manejo de personal y una mayor participación del ingreso derivado de reembolsos por servicios prestados— es el único factor institucional que parece tener un efecto fuerte en reducir las conductas irregulares. En particular, hay una relación inversa, y estadísticamente firme, entre el precio pagado por los suministros y la flexibilidad que tienen los directores para emplear una mayor proporción de personal temporal (por contrato renovable) que de personal permanente. Sin perder de vista el mayor riesgo y las muchas desventajas que conlleva la contratación temporal de los empleados, el resultado de las correlaciones muestra que la brecha de precios y el nivel de ausentismo se reducen conforme aumenta esta forma de empleo. Esta relación ha sido confirmada por otros estudios que demuestran que los códigos laborales demasiado rígidos, que restringen gravemente la capacidad de administración del personal, incrementan la ineficiencia del hospital. Los países que han adoptado sistemas de contratación que incluyen la evaluación del desempeño constituyen una prueba de que estos sistemas son más eficientes para ofrecer acceso a los servicios públicos.

El análisis demuestra también los beneficios de que el hospital aproveche la capacidad de generar ingresos a través del reembolso por servicios prestados a personas aseguradas con la Secretaría Distrital de Salud o con aseguradoras no gubernamentales. Los hospitales cuyo ingreso se genera en mayor proporción a través de tales reembolsos muestran un proceso de adquisiciones más eficiente; compran los suministros a precios que sistemáticamente están más cerca o incluso por debajo de los precios de referencia. Por el contrario, los hospitales con menor proporción de facturación pagan precios más altos por los suministros. Es posible que dicha proporción genere incentivos poderosos para administrar con mayor eficiencia los recursos, ya que el presupuesto depende de los servicios requeridos por la población y ya no de los simples niveles históricos de apoyo para mantener la capacidad del hospital, independientemente de las necesidades de la población. Sin embargo, parece que esta relación sólo se sostiene cuando la proporción de facturación incluye a la Secretaría Distrital de Salud y no cuando está restringida a la facturación de las aseguradoras privadas.

Por último, es importante reconocer el valor práctico de la investigación para medir y analizar las conductas irregulares. La corrupción por lo general es invisible, pero puede encontrarse la forma de sacarla a la luz. Las pérdidas estimadas demuestran la importancia de combatir esta conducta irregular, y el refinamiento de la medición de la conducta irregular puede

guiar las acciones políticas en esa dirección. Por ejemplo, como consecuencia de este estudio, el gobierno distrital implementó cambios significativos para reducir la corrupción en los acuerdos de adquisición de suministros. Durante el año 2000, el primero completo tras su puesta en marcha, la información de la Secretaría Distrital de Salud documentó un sustancial ahorro en costos a partir de los procedimientos revisados. En estudios futuros deberá evaluarse este nuevo diseño institucional, a fin de conservar la capacidad de descubrir métodos para combatir la corrupción.

Página en blanco a propósito

Los estudios de Costa Rica y Nicaragua

A. Los hospitales costarricenses

Los cuadros siguientes se seleccionaron de un estudio en que se entrevistó a médicos, enfermeras y pacientes de hospitales costarricenses. De los seis hospitales inspeccionados, tres participan en un sistema de compromisos de gestión que se negocian anualmente con la Caja Costarricense de Seguro Social, la cual es su propietaria y operadora. Se consultó a más de 1.400 personas durante diciembre de 1998 y enero de 1999, incluyendo enfermeras (390), médicos (156) y pacientes (928). Los principales tipos de actividad ilegal en estos hospitales parecen referirse al ausentismo y al uso de instalaciones o suministros públicos para la práctica privada. El grado de ausentismo es muy notable, según lo confirma la opinión de más de 90% de las enfermeras y los médicos.

En Cercone, et al. (2000) podrán encontrarse los detalles completos del estudio, más cuadros y un análisis del impacto de los compromisos de gestión en la corrupción.

Los editores

Cuadro A.1 Médicos, enfermeras y pacientes entrevistados, por hospital

Hospital	Personal			Total
	Médicos	Enfermeras	Pacientes	
<i>Con compromiso de gestión</i>	90	272	486	848
San Juan de Dios	40	213	188	441
San Vicente de Paúl	20	26	149	195
Monseñor Sanabria	30	33	149	212
<i>Sin compromiso de gestión</i>	66	118	442	626
Guápiles	18	30	143	191
Max Peralta	16	33	164	213
San Rafael de Alajuela	32	55	135	222
Total	156	390	928	1.474

Fuente: Encuesta de personal y pacientes.

Cuadro A.2 Características principales de los pacientes encuestados (%)

Características de la muestra	Proporción de pacientes
Mujeres	74,5
Amas de casa	52,3
Empleados (varias categorías de ingresos)	22,0
Entre 14 y 34 años de edad	50,0
Más de 60 años de edad	6,6
Instrucción primaria completa o menos	56,5
Ingreso familiar mensual menor de 30.000 colones por persona	53,2
Utilizó los servicios de internamiento del hospital	13,0
En el hospital para consulta	48,3
En el hospital para servicios de internamiento	26,1
Ha acudido alguna vez a un médico privado	56,8
Vino al hospital en autobús o a pie	56,5

Fuente: Encuesta de personal y pacientes.

Nota: Al momento del estudio el tipo de cambio de la moneda costarricense era de aproximadamente 257 colones por dólar estadounidense.

Cuadro A.3 Valuaciones promedio de los entrevistados acerca de los niveles de corrupción en las instituciones costarricenses

Institución	Pacientes	Médicos	Enfermeras
Escuelas privadas	5,3	5,1	6,2
Ministerio de Educación	5,4	5,7	6,5
Ministerio de Salud	5,4	5,3	6,7
Medios de comunicación	5,6	6,1	5,8
Caja Costarricense de Seguro Social	6,1	6,8	7,6
Suprema Corte de Justicia	6,2	6,0	7,2
Bancos gubernamentales	6,3	6,8	7,6
Ministerio de Obras Públicas y Transporte	6,7	8,0	7,9
Certificado de Abono Tributario	7,0	9,2	8,6
Presidencia de la República	7,2	6,6	8,2
Policía de tránsito	7,6	8,5	8,4
Número de respuestas	482	125	348
Sin respuesta (%)	48,0	19,8	10,7

Fuente: Encuesta de personal y pacientes.

Notas: Los niveles de corrupción se tasaron en una escala de 0 a 10, donde 0 indica ninguna corrupción y 10 el grado más alto de ésta. El Certificado de Abono Tributario es la autoridad de certificación para el pago de impuestos.

Cuadro A.4 Proporción de entrevistados que da razones particulares para la corrupción del sector público (%)

Razones	Médicos	Enfermeras	Pacientes
Regulaciones excesivas y complejas	30,8	16,4	8,3
Leyes débiles	51,3	71,3	41,3
Falta de profesionalismo	36,5	52,3	38,6
Bajos salarios	57,1	40,3	35,7
Malos modelos de liderazgo	61,5	68,7	35,3
Pobreza	16,7	26,4	35,3
Falta de educación	19,9	23,6	23,3
Interferencia política	61,5	44,9	12,9
Reforma económica insuficiente	7,1	14,6	3,1
Impuestos excesivos	24,4	27,4	4,4
Falta de motivación en el trabajo	44,9	44,9	—
Número de respuestas	153	384	652
Sin respuesta (%)	1,9	1,5	29,7

Fuente: Encuesta de personal y pacientes.

Cuadro A.5 Proporción de médicos y enfermeras que perciben corrupción, por tipo de actos (%)

Tipo de corrupción	Médicos	Enfermeras
Evidencia de ausentismo médico	79,5	97,8
Cobros indebidos a los pacientes	85,4	90,1
Hurto de equipo y suministros	71,2	82,9
Número de respuestas	113	328
Sin respuesta (%)	27,5	15,8

Fuente: Encuesta de personal y pacientes.

Cuadro A.6 Incidencia media de corrupción, por tipo

Tipo de corrupción	Médicos	Enfermeras
Reprogramación de operaciones	3,6	6,7
Uso de los quirófanos para pacientes privados	3,9	7,1
Recetas médicas	2,8	6,2
Exámenes de laboratorio	2,9	5,9
Listas de espera	4,2	7,5
Estudios especiales	2,7	6,4
Cobros indebidos a los pacientes	3,9	7,2
Contratación de personal	3,1	5,6
Desvío de pacientes a consultorios privados	3,5	7,1
Número de respuestas	107	282
Sin respuesta (%)	31,4	27,6

Fuente: Encuesta de personal y pacientes.

Nota: La incidencia se califica en una escala de 0 a 10, donde 0 indica ninguna corrupción y 10 el grado más alto de ésta.

Cuadro A.7 Proporción de pacientes que señalan razones específicas para el retraso en la atención (%)

Razón	Porcentaje
El doctor llegó tarde	57,6
El doctor salió temprano	3,2
El doctor no estaba	2,8
El doctor no llegó	3,0
Se perdieron los papeles	2,1
Otras razones	31,4
Número de respuestas	907
Sin respuesta (%)	2,3

Fuente: Encuesta de personal y pacientes.

Nota: Los porcentajes no suman 100, a causa del redondeo.

Cuadro A.8 Opiniones del personal sobre la frecuencia de ausentismo entre los médicos (%)

Frecuencia de ausentismo	Médicos	Enfermeras
Diariamente	64,0	63,9
Una o dos veces por semana	23,0	20,1
Una o dos veces por mes	6,0	5,3
De vez en cuando durante el año	7,0	10,7
Número de respuestas	100	338
Sin respuesta (%)	35,8	13,3

Fuente: Encuesta de personal y pacientes.

Cuadro A.9 Proporción del personal que atribuye el ausentismo médico a una causa específica (%)

Razones	Médicos	Enfermeras
Bajos salarios	37,2	6,9
Turnos muy largos	11,5	16,4
Demasiado trabajo	31,4	16,2
Falta de dividendos en el sector público	25,0	17,7
Falta de evaluaciones del desempeño	26,9	49,2
No sentirse parte de la organización	25,6	13,8
Los directores toleran las actitudes permisivas	34,0	65,6
Por costumbre	20,5	32,3
Falta de motivación	30,8	11,5
Los médicos trabajan en localidades distintas	25,6	68,7
Falta de control	17,4	66,1
Formas de contratación	16,7	11,0
Número de respuestas	153	385
Sin respuesta (%)	1,9	1,2

Fuente: Encuesta de personal y pacientes.

Cuadro A.10 Opinión del personal acerca de la frecuencia con que se usan instalaciones o suministros públicos para atender a pacientes privados (%)

Frecuencia	Médicos	Enfermeras
Diariamente	20,6	47,6
Por lo menos una vez por semana	35,1	37,5
Por lo menos una vez al mes	16,5	10,7
Casi nunca	18,6	2,5
Nunca	9,3	1,6
Número de respuestas	97	317
Sin respuesta (%)	37,8	18,7

Fuente: Encuesta de personal y pacientes.

Nota: Las cifras no suman 100, a causa del redondeo.

Cuadro A.11 Distribución de los cobros ilegales por brindar consulta médica

Cantidad cobrada	Número de respuestas	Proporción acumulativa (%)
Menos de 5.000 colones	7	24
5.000 a 10.000 colones	9	55
10.000 a 20.000 colones	3	66
20.000 a 40.000 colones	3	76
40.000 a 80.000 colones	4	90
80.000 colones o más	3	100

Fuente: Encuesta de personal y pacientes.

Cuadro A.12 Opinión del personal sobre la frecuencia de hurto (%)

Frecuencia	Médicos	Enfermeras
Mucha	14,7	22,3
Regular	41,3	57,1
Poca	44,0	20,6
Total	100,0	100,0
Número de respuestas	142	366
Sin respuesta (%)	8,9	6,1

Fuente: Encuesta de personal y pacientes.

Cuadro A.13 Proporción del personal que percibe corrupción, por tipo y hospital (%)

Compromiso de gestión:	Médicos		Enfermeras	
	Con	Sin	Con	Sin
Tipo de corrupción				
Ausentismo entre médicos	78,8	80,3	97,6	98,4
Cobros indebidos a pacientes	84,2	87,5	89,5	92,2
Hurto de suministros o equipo	81,4	58,2	84,4	81,3
Número de respuestas	113		328	
Sin respuesta (%)	27,5		15,8	

Fuente: Encuesta de personal y pacientes.

Nota: Las negritas indican diferencia estadísticamente significativa al nivel de 5%.

Cuadro A.14 Opinión del personal respecto a la corrupción, por ocupación y compromiso de gestión

Compromiso de gestión:	Médicos			Enfermeras		
	Con	Sin	Difer.	Con	Sin	Difer.
Tipo de corrupción						
Reprogramación de operaciones	3,8	3,4	0,4	6,8	6,5	0,3
Uso de quirófanos para pacientes privados	4,2	3,4	0,8	7,3	6,8	0,5
Recetas médicas	2,6	3,0	-0,4	6,5	5,4	1,1
Estudios de laboratorio	2,7	3,2	-0,5	6,2	5,0	1,2
Listas de espera	4,3	4,0	0,3	7,6	7,1	0,5
Exámenes especiales	3,0	2,3	0,7	6,6	5,7	0,9
Cobros indebidos a pacientes	4,1	3,5	0,6	7,1	7,3	-0,2
Contratación	3,4	2,6	0,8	5,8	5,0	0,8
Desvío de pacientes a consultorios privados	3,3	3,7	-0,4	7,1	7,2	-0,1
Número de respuestas	107			282		
Sin respuesta (%)	31,4			27,6		

Fuente: Encuesta de personal y pacientes.

Notas: Se califica en una escala de 0 a 10, donde 0 indica ninguna corrupción y 10 el grado más alto de ésta. Las negritas indican estadísticamente significativo al nivel de 5%.

B. Los hospitales nicaragüenses

Los cuadros siguientes se seleccionaron de un estudio en que se consultó a médicos, enfermeras y pacientes de tres hospitales nicaragüenses. El estudio incluyó entrevistas con 377 miembros del personal de hospitales públicos y 369 pacientes. Aunque los tres hospitales son propiedad y responsabilidad del sector público, se encontraron diferencias significativas en el manejo y las percepciones de la corrupción entre ellos. En términos globales, una proporción grande del personal médico y los pacientes consideran que el ausentismo, el hurto y el uso de instalaciones o suministros públicos para la práctica privada son hechos comunes.

En Espinosa (2000) podrán consultarse los detalles completos del estudio, más cuadros y una exposición del contexto en que éste se desarrolló.

Los editores

Cuadro B.1 Tamaño de la muestra: encuesta de personal

Hospital	Médicos		Enfermeras		Otros empleados		Todo el personal	
	Muestra	Proporción	Muestra	Proporción	Muestra	Proporción	Muestra	Proporción
Alemán Nicaragüense	60	52,2	57	31,0	36	9,6	153	22,7
Antonio Lenin Fonseca	42	34,7	53	29,9	19	4,1	114	15,1
Roberto Calderón	42	41,2	49	23,8	19	5,1	110	16,1
Todos los hospitales seleccionados	144	42,6	159	28,0	74	6,1	377	17,8
Todos los hospitales nacionales	144	10,2	159	4,4	74	1,0	377	2,9

Fuente: Encuesta especial de pacientes y personal.

Cuadro B.2 Características de la muestra de pacientes

	Hospitales			Total
	Roberto Calderón	Alemán Nicaragüense	Antonio Lenín Fonseca	
Total	101	169	99	369
Sexo(%)				
Mujeres	53	74	69	67
Hombres	47	26	31	33
Estado ocupacional (%)				
Empleado	18	15	15	16
Por cuenta propia	26	19	18	21
Ama de casa	30	47	47	43
Jubilado	5	2	5	4
Desempleado	20	15	7	14
Dependiente	2	2	7	3
Escolaridad (%)				
Ninguna instrucción	25	18	37	25
Primaria	33	40	32	36
Secundaria	33	33	24	31
Técnica	3	1	0	1
Universidad	7	8	6	7
Ingreso (en córdobas)				
Ingreso familiar mensual promedio	2.135	1.939	1.212	1.762

Fuente: Encuesta especial de pacientes y personal.

Notas: Se entrevistó sólo a pacientes mayores de 14 años de edad. Al momento del estudio (1998), el tipo de cambio de la moneda nicaragüense (córdoba) era de C\$ 10.6 por dólar estadounidense.

Cuadro B.3 Proporción del personal que percibe corrupción en la administración de los hospitales, por hospital y ocupación (%)

Acción	Hospitales			Personal		
	Roberto Calderón	Alemán Nicarag.	A. Lenín Fonseca	Médicos	Enfermeras	Otros empleados
Fraude o cobro indebido	27	25	12	24	19	24
Compras para beneficiar a proveedores	28	30	14	27	22	24
Uso personal de vehículos públicos	41	46	32	45	45	20
Gastos en actividades ajenas a los servicios hospitalarios	45	40	26	41	40	24
Gastos en mejoras para beneficio de particulares	36	33	18	35	26	24
Tratamiento diferencial a pacientes por exención de pago	46	37	30	38	39	32
Hurto de equipo	32	22	14	22	29	8
Hurto de suministros	32	21	12	21	24	18
Desvío de donaciones para uso personal	46	29	32	34	41	23
Desvío de fondos	43	28	21	32	35	16
Apropiación de utilidades en beneficio personal	38	20	18	26	28	15
Número de entrevistados	110	153	114	144	159	74

Fuente: Encuesta especial de pacientes y personal.

Nota: El cuadro indica la proporción de entrevistados que clasificaron el tipo particular de acción como "muy frecuente" o "siempre".

Cuadro B.4 Proporción del personal que percibe corrupción entre médicos, por hospital y ocupación (%)

	Roberto Calderón	Alemán Nicarag.	A. Lenín Fonseca	Médicos	Enfermeras	Otros empleados
Uso de equipo para los amigos	36	32	32	24	41	32
Uso de equipo para pacientes privados	49	31	38	29	48	35
Llegar tarde	33	28	17	13	37	27
Salir temprano	27	37	25	24	36	31
Ausentarse en horas de trabajo	25	30	18	15	30	31
Trabajar menos horas que las requeridas	13	16	11	10	14	18
Hurto de equipo público	31	13	15	6	34	11
Hurto de suministros públicos	17	8	10	6	16	11
Desvío de donaciones para uso personal	24	15	15	7	28	15
Número de entrevistados	110	153	114	144	159	74

Fuente: Encuesta especial de pacientes y personal.

Nota: El cuadro indica la proporción de entrevistados que clasificaron el tipo particular de acción como "muy frecuente" o "siempre".

Cuadro B.5 Gastos promedio hechos por los pacientes en los hospitales (córdobas de 1998)

	Roberto Calderón	Alemán Nicaragüense	A. Lenín Fonseca	Promedio
Suministros médicos	516,00	107,50	24,00	221,70
Respuestas de emergencia	503,33	194,44	188,00	247,06
Estudios y análisis	777,10	231,25	657,78	496,89
Medicamentos	679,72	222,65	811,68	542,15
Promedio	619,04	188,96	420,37	376,95

Fuente: Encuesta de pacientes.

Nota: El pago promedio entre hospitales similares fue de C\$ 431, según indicó la encuesta sobre demanda de 1996, realizada por el Ministerio de Salud Pública. Sólo un tercio de los pacientes del estudio informaron algún gasto dentro del hospital.

Cuadro B.6 Costos unitarios por servicios hospitalarios (en córdobas de 1998)

Servicio	R. Calderón	A. Nicaragüense	A. L. Fonseca
Internación	243,77	122,37	138,01
Consulta externa	36,52	22,46	19,06
Urgencias	121,88	61,18	69,00
Radiología	24,36	80,96	6,43
Laboratorio	7,04	2,60	3,08

Fuente: Fiedler, John L.: "Eficiencia, financiamiento y papel del Ministerio de Salud de Nicaragua: Un análisis retrospectivo y prospectivo".

Cuadro B.7 Indicadores de recursos y productividad, por hospital

	R. Calderón	A. Nicaragüense	A. L. Fonseca
Camas por médico	2,28	1,78	2,42
Camas por enfermera	1,13	1,11	1,66
Altas por cama	27,90	99,46	36,25

Fuente: Cuadro 1, en: "Nicaragua: Sistema de hospitales públicos (1998)".

Cuadro B.8 Percepciones de los entrevistados sobre factores que afectan la probabilidad de detección (%)

	Roberto Calderón	Alemán Nicaragüense	Antonio Lenín Fonseca
Actitud del personal que presencia la conducta ilegal			
Indiferente	5	10	4
Denuncia	8	23	11
No denuncia	53	26	39
Razones para no denunciar			
Miedo	41	46	27
Procedimientos difíciles	5	4	3
Otras	34	25	39
No sabe	13	18	19
Monitoreo y sanción del ausentismo			
Los directivos toleran el ausentismo	19	26	22
Falta de monitoreo	21	25	32
Ninguna sanción por ausentismo	9	11	9
Monitoreo deficiente	21	14	18

Fuente: Encuesta especial de personal de hospitales.

Cuadro B.9 Importancia de las sanciones: proporción que considera probable una sanción particular (%)

	Roberto Calderón	Alemán Nicarag.	A. Lenín Fonseca	Médicos	Enfermeras	Otros empleados
Despido	44,6	69,9	43,4	62,5	46,0	66,1
Multas	3,6	2,2	4,8	3,8	2,9	3,4
Reprimenda	22,9	5,1	8,4	5,8	14,4	11,9
Otro	25,3	13,2	32,5	22,1	25,2	13,6
No sabe	3,6	9,6	10,8	5,8	11,5	5,1

Fuente: Encuesta especial de personal de hospitales.

REFERENCIAS

- Ades, A., y R. Di Tella. 1995. "Competition and Corruption". Applied Economics Discussion Paper Series No. 169. Oxford University, Oxford, England.
- _____. 1997a. "National Champions and Corruption: Some Unpleasant Interventionist Arithmetic". *Economic Journal*. 107: 1023–42.
- _____. 1997b. "The New Economics of Corruption: A Survey and Some New Results". *Political Studies*. 45: 496–515.
- _____. 1999. "Rents Competition and Corruption". *American Economic Review*. 89 (4): 982–94.
- Alcázar, L., y R. Andrade. 2000. "Transparencia y rendición de cuentas en los hospitales públicos: El caso Peruano". Latin American Research Network Working Paper R-383. Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D.C.
- Alesina, A., y B. Weder. 1999. "Do Corrupt Governments Receive Less Foreign Aid". NBER Working Paper No. 7108. National Bureau of Economic Research, Cambridge, Massachusetts.
- Arrow, K. 1963. "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care". *American Economic Review*. 53: 941–73.
- _____. 1985. "The Economics of Agency". En J. W. Pratt y R. J. Zeckhauser, editores. *Principals and Agents: The Structure of Business*. Boston: Harvard Business School Press.
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID). 1996. *Making Social Services Work, Economic and Social Progress in Latin America, 1996 Report*. Washington, D.C.: Johns Hopkins University Press.
- Banerjee, A. 1997. "A Theory of Misgovernance". Mimeographed document. Department of Economics, Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, Massachusetts.
- Bardhan, P. 1997. "Corruption and Development: A Review of Issues". *Journal of Economic Literature*. 35 (September): 1320–46.
- Barnum, H., y J. Kutzin. 1993. *Public Hospitals in Developing Countries: Resource Use, Cost, Financing*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- Becker, G. S. 1968. "Crime and Punishment: An Economic Approach". *Journal of Political Economy*. 76 (2): 169–217.
- Becker, G., y G. Stigler. 1974. "Law Enforcement, Malfeasance, and Compensation for Employees". *Journal of Legal Studies*. 3 (1): 1–18.
- Blanchflower, D., y A. Oswald. 1990. "The Wage Curve". *Scandinavian Journal of Economics*. 92 (2): 215–35.
- _____. 1994. "Estimating a Wage Curve for Britain 1973–90". *Economic Journal*. 104: 1025–43.
- _____. 1995. "An Introduction to the Wage Curve". *Journal of Economic Perspectives*. 9 (3): 153–67.
- Blaug, M. 1980. *The Methodology of Economics*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Bliss, C., y R. Di Tella. 1997. "Does Competition Kill Corruption?" *Journal of Political Economy*. 105 (5): 1001–23.
- Borenstein, S., y N. Rose. 1994. "Competition and Price Dispersion in the U.S. Airline Industry". *Journal of Political Economy*. 102: 653–83.
- Bossert, T. 1997. "Decentralization of Health Systems: Decision Space, Innovation, and Performance". Data for Decision Making (DDM) Working Paper. Harvard University School of Public Health, Cambridge, Massachusetts.
- Burki, S., y G. Perry. 1998. *Beyond the Washington Consensus: Institutions Matter*. The Banco Mundial Latin American and Caribbean Studies Series: Viewpoints. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Burki, S., G. Perry, y W. Dillinger. 1998. *Beyond the Center: Decentralizing the State*. The Banco Mundial Latin American and Caribbean Studies Series: Viewpoints. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Caiden, G. E., y N.J. Caiden. 1998. "Enfoques y lineamientos para el seguimiento, la medición y la evaluación del desempeño en programas del sector público". *Revista Reforma y Democracia*. 12: Caracas: CLAD.
- Cagan, P. 1958. "The Demand for Currency Relative to the Total Money Supply". *Journal of Political Economy*. (August): 303–28.
- Campbell, T. 1997. "Innovations and Risk-Taking: The Engine of Reform in LAC". Banco Mundial Discussion Paper No. 357. Banco Mundial, Washington, D.C.

- Cárdenas, M., y C. Darrás. 1997. "Documento preparatorio: Plan estratégico de salud". Documento mimeográfico. Ministerio de Salud, La Paz, Bolivia.
- Cercone, J. A., F. Durán-Valverde, y E. Muñoz-Vargas. 2000. "Compromiso de gestión, rendición de cuentas y corrupción en los hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social". Latin American Research Network Working Paper R-418. Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D.C.
- Consorcio Hospitalario de Catalunya. Consultoría i Gestió, S.A. 1997. "Focalización de la inversión pública a nivel nacional e implementación del programa de atención integral a la salud: Primer informe". Documento mimeográfico. Informe elaborado para el Proyecto Salud – MSAS. Caracas, Venezuela: MSAS (22 de agosto).
- Di Tella, R. 1997. "Volver a Sarmiento: Una propuesta para mejorar la eficiencia del gasto social basada en la competencia". Documento mimeográfico. Fundación Mediterránea, Buenos Aires.
- Diéguez, H., J. Llach, y A. Petrecolla. 1990. "El gasto público y social". Informe del Programa Nacional de Asistencia Técnica para la Administración de los Servicios Sociales en la República Argentina (PRONATASS), Buenos Aires.
- Dmytraczenko, T., I. Aitken, S. Escalante Carrasco, K. Capra Seoane, K. J. Holley, W. Abramson, A. Saravia Valle, y M. Aparicio. 1998. "Evaluación del Seguro Materno Infantil en Bolivia". PHR Technical Paper No. 2347. Partnership for Health Reform, Bethesda, Maryland.
- Espinosa Ferrando, J. 2000. "Rendición de cuentas y transparencia en los hospitales públicos de Nicaragua". Documento mimeográfico. Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D.C.
- Feldstein, P. 1993. *Health Care Economics*. 4th ed. Albany, New York: Delmar Publishers.
- Fisman, R., y R. Gatti. 2000. "Decentralization and Corruption across Countries". Policy Research Working Paper 2290. Banco Mundial, Washington, D.C.
- Fundación Corona. 2000. "Resultados del estudio de probidad". *El Tiempo*. 6 de abril. (Bogotá, Colombia)
- Gatti, R. 1999. "Explaining Corruption: Are Open Countries Less Corrupt?" Documento mimeográfico. Banco Mundial, Washington, D.C.

- Giedion, U., y C. Molina. 1994. "El sector de la salud: Desafíos futuros". *Revista Coyuntura Social*. 11: 71–87. (Bogotá, D.C., Colombia: FEDESARROLLO)
- Giedion, U., y L. Morales. 1997. "Aproximación a la medición de la eficiencia en los hospitales públicos del Distrito Capital". Documento mimeográfico. Fedesarrollo, Secretaría Distrital de Salud, Bogotá, D.C., Colombia.
- _____. 1999. *Medición de la eficiencia económica y de la gestión de los hospitales públicos del Distrito de Santafé de Bogotá*. Bogotá, Colombia: Secretaría Distrital de Salud.
- Giedion, U., L. Gonzalo Morales, y O. L. Acosta. 2000. "Efectos de la reforma en salud sobre las conductas irregulares en los hospitales públicos: El caso de Bogotá, Distrito Capital – Colombia". Latin American Research Network Working Paper R-426. Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D.C.
- Giussani, B., y F. Ruiz. 1997. "El proceso de descentralización y financiamiento de los servicios de educación y salud en Bolivia". Serie Reformas de Política Pública 48. CEPAL, Santiago, Chile.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA), Secretaría de Salud. 1997a. *Análisis comparativo de precios de compra y consumos para los insumos hospitalarios según modalidad del gasto existente*. Buenos Aires: CGBA.
- _____. 1997b. *Síntesis estadística*. Buenos Aires: CGBA.
- Goel, R., y D. Rich. 1989. "On the Economic Incentives for Taking Bribes". *Public Choice*. 61 (3): 269–75.
- González, M. 1997a. "Evaluation of Intergovernmental Health Systems in Latin American and Caribbean Countries: Foundations of a Research Program". Documento mimeográfico. University of Pittsburgh, Pittsburgh, Pennsylvania.
- _____. 1997b. "Evaluación del sistema intergubernamental de salud de Venezuela (1990–1996): Una aproximación inicial". Documento mimeográfico. MSAS/BID/Banco Mundial, Caracas, Venezuela.
- González García, G., y F. Tobar. 1997. *Más salud por el mismo dinero: La reforma del sistema de salud en Argentina*. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano-ISALUD.

- Graham, C., y M. Naim. 1998. "The Political Economy of Institutional Reform". En N. Birdsall, C. Graham, y R. Sabot, editores. *Beyond Tradeoffs: Market Reforms and Equitable Growth in Latin America*. Washington, D.C.: Brookings Institution Press/Banco Interamericano de Desarrollo.
- Gray, C. 1979. "Civil Service Compensation in Indonesia". *Bulletin of Indonesian Economic Studies*. 15 (March): 85–113.
- Gray, C. W., y D. Kaufmann. 1998. "Corrupción y desarrollo". *Finanzas y desarrollo*. (March): 7–10.
- Gray-Molina, G., editor. 1997. *Construyendo políticas públicas locales en Bolivia*. La Paz: Plural.
- Gray-Molina, G., y C. H. Molina. 1997. "Popular Participation in Bolivia: Building Public Accountability from the Grassroots". Documento presentado en el seminario "State Reform in Bolivia, 1993–1997", el 30 de abril, en Harvard University, Cambridge, Massachusetts.
- Gray-Molina, G., y K. O'Neill. En prensa. "Popular Participation: An Experiment in Grassroots Decentralization". En Jorge Muñoz, editor. *Bolivia: The Art of Reform 1982–1997*. Cambridge, Massachusetts: Harvard Institute for International Development (en prensa).
- Gray-Molina, G., E. Pérez de Rada, y E. Yáñez. 1999. "Transparency and Accountability in Bolivia: Does Voice Matter?" Latin American Research Network Working Paper R-381. Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D.C.
- Harvard School of Public Health. 1995. "La Reforma de salud y el plan maestro de implementación: Informe final". Documento mimeográfico. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health.
- Hines, J. 1995. "Forbidden Payments: Foreign Bribery and American Business after 1977". NBER Working Paper No. 5266. National Bureau of Economic Research, Cambridge, Massachusetts.
- Hirschman, A. O. 1970. *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Declines in Firms, Organizations, and States*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Instituto Apoyo. 1999. *La agenda de la primera década*. Lima, Perú: Instituto Apoyo.

- Instituto Nacional de Estadística (INE). 1992. *Censo nacional de población y vivienda*. La Paz, Bolivia: INE.
- . 1994. *Encuesta nacional de demografía y salud*. La Paz, Bolivia: INE.
- Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). 1998. *Avance del récord de estadísticas médico asistenciales, año 1997: Versión preliminar*. Ministerio del Trabajo/Instituto Venezolano de los Seguros Sociales/Dirección General de Planificación, Programación y Presupuesto. Caracas, Venezuela: Instituto Venezolano de Seguros Sociales (mayo).
- Jaén, M. H., y D. Paravisini. 1999. "Diseño institucional, estructura de incentivos y corrupción en hospitales públicos en Venezuela". Latin American Research Network Working Paper R-380. Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D.C.
- Jaén, M. H., S. Salvato, A. Briceño, J. Díaz Polanco, G. Padrón, D. Gómez Cova, C. Venot, B. Guzmán, J. Aparicio, L. Castillo, V. Aguirre, y L. Fuenmayor. 1997. "La reforma de salud en Venezuela". *Cuadernos para la reforma del sector salud*, 1:1. Caracas, Venezuela: Ministerio de Sanidad y Asistencia Social/Proyecto Salud.
- Johnston, M. 1997. "The Search for Definitions: The Vitality of Politics and the Issue of Corruption". *International Social Sciences Journal*. 149: 321–35.
- Kaufmann, D., y S. J. Wei. 1999. "Does Speed Money Grease the Wheels of Commerce?" Working Paper 2254. Banco Mundial: Washington, D.C.
- Kaufmann, D., A. Kraay, y P. Zoido. 1999. "Aggregating Governance Indicators". Policy Research Working Paper 2195. Banco Mundial: Washington, D.C.
- Keppel K., S. Taffel, y P. Placek. 1982. "Source of Hospital Payment for Deliveries in the United States, 1980". Documento presentado en la Reunión Anual de la American Public Health Association, en Montreal, Canadá.
- Klitgaard, R. 1988. *Controlling Corruption*. Berkeley: University of California Press.
- . 1990. "Combatiendo la corrupción: Información e incentivos". *Nueva Sociedad*. 145.
- . 1991 *Adjusting to Reality: Beyond 'State Versus Market' in Economic Development*. San Francisco: International Center for Economic Growth/ICS Press.

- _____. 1992. *Controlando la corrupción*. La Paz, Bolivia: Quipus.
- La Forgia, G. M. 1990. "Challenging Health Service Stratification: Social Security – Health Ministry Integration in Panama, 1973–1986". Tesis de doctorado, University of Pittsburgh.
- La Porta, R., F. López de Silanes, A. Shleifer, y R. Vishny. 1999. "JLEO Bureaucracy Conference: The Quality of Government". *Journal of Law, Economics, and Organization*. 15 (1): 222.
- Lewis, M., G. M. La Forgia, y M. B. Sulvetta. 1996. "Measuring Public Hospital Costs: Empirical Evidence from the Dominican Republic". *Social Science Medicine*. 43 (2): 221–35.
- Macho Stadler, I., y D. Pérez Castrillo. 1994. *Introducción a la economía de la información*. Barcelona, España: Ariel Economía.
- Marjit, S., y H. Shi. 1998. "On Controlling Crime with Corrupt Officials". *Journal of Economic Behavior and Organization*. 34 (1): 163–72.
- Mauro, P. 1995. "Corruption and Growth". *Quarterly Journal of Economics*. 110 (3): 681–712.
- _____. 1997. *Why Worry about Corruption*. Economic Issues No. 6. Washington, D.C.: Fondo Monetario Internacional.
- _____. 1998. "Corruption and the Composition of Government Expenditure". *Journal of Public Economics*. 69 (2): 263–79.
- Mera J., E. Scharfrodsky, D. Staffa, y F. Weinschelbaum. 1999. "Transparencia y rendición de cuentas en los hospitales públicos de América Latina". Informe preliminar. Latin American Research Network, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D.C.
- Ministerio de Salud. 1994. "La reforma de la seguridad social en salud". Ministerio de Salud, Bogotá, D.C., Colombia.
- _____. 1998. "Censo del recurso humano y dinámica salarial del sector salud oficial, 1994–1998". Ministerio de Salud, Bogotá, D.C., Colombia.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS). 1997. "Estadísticas hospitalarias año 1996". Dirección General Sectorial de Salud, Dirección Técnica de Servicios, Caracas, Venezuela.
- _____. 1998. "Estadísticas hospitalarias año 1997". Dirección General Sectorial de Salud, Dirección Técnica de Servicios, Caracas, Venezuela.

- Ministerio de Salud de Perú. 1996. "2do. Censo de infraestructura sanitaria y recursos del sector salud". Ministerio de Salud, Lima, Perú.
- Molina, L., y U. Giedion. 1993. "Distribución de subsidios públicos en salud en Colombia". Documento mimeográfico. Banco Mundial, Washington, D.C.
- Moreno Ocampo, L. 1993. *En defensa propia: Cómo salir de la corrupción*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Mosqueira Medina, E. 1995. "El rol de las instituciones en la lucha contra la corrupción". *Contribuciones*. 12 (4): 105–26.
- Moulton, B. 1986. "Random Group Effects and Precision of Regression Estimates". *Journal of Econometrics*. 32 (3): 385–97.
- Myrdal, G. 1968. *Asian Drama: An Inquiry in the Poverty of Nations*. New York: Pantheon Press.
- Nieves, I., G. La Forgia, y J. Ribera. 2000. "Large-Scale Government Contracting of NGOs to Extend Basic Health Services to Poor Populations in Guatemala". Estudio de caso presentado en la conferencia de IESE/Banco Mundial/BID, The Challenge of Health Reform: Reaching the Poor, del 24 al 26 de mayo en San José, Costa Rica.
- North, D. 1990. *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Organización de los Estados Americanos (OEA). 1996. Convención Interamericana contra la corrupción. Caracas, Venezuela, 29 de marzo.
- Palmier, L. 1983. "Bureaucratic Corruption and its Remedies". En M. Clarke, editor. *Corruption, Causes, Consequences and Control*. Londres: Frances Pinter.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). 1994. *Salud en las Américas*. Washington, D.C.: OPS.
- _____. 1998. *Salud en las Américas*. Washington, D.C.: OPS.
- Paul, S. 1992. "Accountability in Public Services: Exit, Voice and Control". *World Development*. 20 (7): 1047–60.
- _____. 1994. "Does Voice Matter? For Public Accountability, Yes". Policy Research Working Paper 1388. Banco Mundial, Washington, D.C.

- Peterson, G. 1997. *Decentralization in Latin America: Learning through Experience*. The World Bank Latin American and Caribbean Studies Series; Viewpoints. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Picciotto, R. 1997. "Putting Institutional Economics to Work: From Participation to Governance". En C. Clague, editor. *Institutions and Economic Development: Growth and Governance in Less-Developed and Post-Socialist Countries*. Baltimore y Londres: Johns Hopkins University Press.
- Picciotto, R., y E. Wiesner. 1998. *Evaluation and Development: The Institutional Dimension*. Londres: Transaction Books.
- Prats, J., y J. Company. 1996. "Barcelona Governance Project". Documento mimeográfico. Instituto Internacional de Gobernabilidad, Barcelona, España (julio).
- Pratt, J. W., y R. J. Zeckhauser, editores. 1985. *Principals and Agents: The Structure of Business*. Cambridge: Harvard Business School Press.
- Prud'homme, R. 1995. "The Dangers of Decentralization". *World Bank Research Observer*. 10 (2): 201–21.
- Rasmusen, E. 1996. *Juegos e información*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Reinganum, J. 1979. "A Simple Model of Equilibrium Price Dispersion". *Journal of Political Economy*. 87 (4): 851–8.
- República de Venezuela. 1983. Gaceta Oficial No. 32650, Decreto No. 1.798 del 21 de enero de 1983.
- Rose-Ackerman, S. 1975. "The Economics of Corruption". *Journal of Public Economics*. 4 (2): 187–203.
- _____. 1978. *Corruption: A Study of Political Economy*. New York: Academic Press.
- _____. 1986. "Reforming Public Bureaucracy through Economic Incentives". *Journal of Law, Economics, and Organization*. 2 (1): 131–61.
- _____. 1998. "Corruption and Development". En B. Pleskovic y J. E. Stiglitz, editores. *Annual World Bank Conference on Development Economics 1997*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Salop, S., y J. Stiglitz. 1977. "Bargains and Rip-offs: A Model of Monopolistically Competitive Price Dispersion". *Review of Economic Studies*. 44 (3): 493–510.

- Salvato de Figueroa, S. 1998. "Financiamiento del gasto en salud en Venezuela". Documento mimeográfico. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.
- Schargrodsky, E., J. Mera, y F. Weinschelbaum. 2000. "Transparencia y rendición de cuentas en los hospitales de América Latina: El caso de Argentina". Serie de documentos de trabajo R-382. Banco Interamericano de Desarrollo: Washington, D.C. (febrero).
- Shapiro, C., y J. Stiglitz. 1984. "Equilibrium Unemployment as a Worker-Discipline Device". *American Economic Review*. 74: 433–44.
- Shleifer, A., y R. W. Vishny. 1993. "Corruption". *Quarterly Journal of Economics*. 108 (3): 599–617.
- Svensson, J. 1999. "Who Must Pay Bribes and How Much". Documento mimeográfico. Banco Mundial, Washington, D.C.
- Tanzi, V. 1998. "Corruption around the World: Causes, Consequences, Scope, and Cures". IMF Working Paper WP/98/63. Fondo Monetario Internacional, Washington, D.C.
- Tanzi, V., y H. Davoodi. 1997. "Corruption, Public Investment and Growth". IMF Working Paper WP/97/139. Fondo Monetario Internacional, Washington, D.C.
- Thoene, B. 1999. "Posición de la Asociación Colombiana frente a la reforma de la ley 100 y la corrupción dentro del sistema de seguridad social en salud". *Revista Hospitalaria*. 1 (1): 6–8.
- Transparencia Internacional en Bangladesh. 1996. *Survey on Corruption in Bangladesh*. Dhaka, Bangladesh.
- Treisman, D. 1998. "The Causes of Corruption: A Cross-National Study". Documento mimeográfico. UCLA, Los Angeles, California.
- Tussing, D., y M. Wojtowycz. 1992. "The Cesarean Decision in New York State: Economic and Noneconomic Aspects". *Medical Care*. 30 (6).
- . 1993. "The Effect of Physicians' Characteristics on Clinical Behavior: Cesarean Sections in New York State". *Social Science Medical*. 37 (10): 1251–60.
- Van Rijckeghem, C., y B. Weder. 1997. "Corruption and the Rate of Temptation: Do Low Wages in the Civil Service Cause Corruption?". IMF Working Paper WP/97/73. Fondo Monetario Internacional, Washington, D.C.

- Vesga, R., et al. 1992. *La corrupción administrativa en Colombia*. Bogotá, D.C., Colombia: Fedesarrollo.
- Walford, V., y K. Grant. 1998. *Health Sector Reform: Improving Hospital Efficiency*. Londres: Health System Resource Centre.
- Walsh, J. 1998. "A World War on Bribery". *Time*. 22 de junio.
- Wei, S. 1997. "How Taxing Is Corruption to International Investors?" NBER Working Paper No. 6030. National Bureau of Economic Research, Cambridge, Massachusetts.
- Banco Mundial. 1992. "Venezuela Health Sector Review". Vols. 1 y 2. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- _____. 1993. *World Development Report 1993: Investing in Health*. New York: Oxford University Press/Banco Mundial.
- Wouters, A. 1998. "Incentivos para mejorar la prestación de los servicios de salud: Métodos alternativos de pago a los proveedores". Documento mimeográfico. Partnerships for Health Reform (PHR), Abt Associates, Bethesda, Maryland.
- Yellen, J. 1984. "Efficiency-Wage Models of Unemployment". *American Economic Review*. 74: 200-5.

COLABORADORES

Olga Lucía Acosta es Investigadora en FEDESARROLLO, la Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo, de Colombia. Tiene grado de MsD. en Economía y Regulación por la Universidad de París, y ha publicado artículos sobre investigación aplicada en asuntos sociales y fiscales. Desde 1997 es editora de la *Revista Coyuntura Social*.

Lorena Alcázar es Economista Jefa del Instituto APOYO. Participa activamente en comisiones nacionales relacionadas con el mejoramiento de las condiciones de salud y la lucha contra la pobreza en Perú.

Raúl Andrade es Coordinador de Proyecto en el Instituto APOYO, de Lima, Perú.

Rafael Di Tella es Profesor Asistente de Economía en la Harvard Business School, de Cambridge, Massachusetts. Ha publicado una extensa variedad de artículos sobre corrupción en revistas líderes, como *American Economic Review* y *Journal of Political Economy*. Abordó por primera vez el tema de la corrupción en el sector salud cuando trabajaba para el Ministerio de Economía de Argentina, en Buenos Aires, en 1996.

George Gray-Molina es Socio Investigador de la Fundación Diálogo, de La Paz, Bolivia. Además, está adscrito a la Unidad de Análisis de Políticas Sociales, también en La Paz.

Úrsula Giedion es actualmente consultora de Bitrán & Asociados, en Chile y, en el momento del estudio, estaba trabajando como investigadora de FEDESARROLLO en Colombia. Tiene grado de M.A. en Economía, ha publicado artículos sobre las reformas del sector salud en Colombia, y fue asesora principal del Ministerio de Salud.

María Helena Jaén es Profesora de Política Pública en el Centro de Política Pública del Instituto de Estudios Superiores de Administración (IESA), de Caracas, Venezuela. Tiene grado de maestría en Salud Pública por la University of Texas, y de Ph.D. en Estudios sobre Desarrollo, por el Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) de la Universidad Central de Venezuela. Ha publicado artículos y libros acerca del sistema de salud ve-

nezolano, las reformas y la descentralización en este campo, y en temas de nutrición y pobreza.

Jorge Mera es Investigador en el Instituto Torcuato Di Tella, de Buenos Aires, Argentina. Doctor en medicina, tiene grado de M.P.H. por la Universidad de Buenos Aires, y ha sido becario posdoctoral de la University of California, Los Angeles. Ha publicado varios libros y artículos sobre la provisión de servicios de salud y las reformas a los sistemas asistenciales.

Daniel Paravisini es Investigador del Centro de Política Pública del Instituto de Estudios Superiores de Administración (IESA), de Caracas, Venezuela, y actualmente es candidato al grado de Ph.D. en Economía por el Massachusetts Institute of Technology (MIT), de Cambridge, Massachusetts. Ha escrito sobre temas relacionados con el desarrollo institucional y las reformas en América Latina.

Luis Gonzalo Morales era Investigador de FEDESARROLLO en el momento de este estudio. Tuvo el cargo de Secretario de Salud del Departamento de Bogotá, y actualmente está brindando apoyo a las reformas al sector salud en la República Dominicana.

Ernesto Pérez de Rada es Socio Investigador de la Fundación Diálogo, de La Paz, Bolivia.

William D. Savedoff es Economista Principal en el Departamento de Programas Sociales y Desarrollo Sostenible del Banco Interamericano de Desarrollo. Tiene grado de Ph.D. en Economía por la Boston University y ha publicado artículos y libros sobre investigación aplicada en mercados laborales, desarrollo urbano, educación y salud en América Latina.

Ernesto Schargrodsky es Profesor de la Universidad Torcuato Di Tella, de Buenos Aires, Argentina, y Profesor Visitante en la Stanford University, de Palo Alto, California. Tiene grado de Ph.D. en Economía por la Harvard University. Su trabajo de investigación se concentra en Organización Industrial y Economía de la Corrupción y el Delito.

Federico Weinschelbaum es Profesor Asistente en la Universidad de San Andrés, de Buenos Aires, Argentina. Tiene grado de Ph.D. en Economía por la University of California, Los Angeles (UCLA). Su investigación se enfoca en la teoría de los juegos e información, y trabaja actualmente en temas que atañen a la teoría de la agencia y la economía de la corrupción.

Ernesto Yáñez es Socio Investigador de la Fundación Diálogo y está afiliado a la Unidad de Análisis de Políticas Sociales, ambas en La Paz, Bolivia.

Por décadas, *corrupción* fue una palabra virtualmente innombrable en las publicaciones oficiales de América Latina. Hoy en día es un tema discutido frecuentemente en reuniones cumbres de gobiernos, negociaciones comerciales y debates sobre desarrollo económico.

Diagnóstico: corrupción amplía nuestro conocimiento sobre la corrupción dentro de un sector particular. Los hospitales públicos representan arriba del 2 por ciento del producto interno bruto de los países de la región para proveer –o privar de– un importante servicio social. A partir del estudio de sobornos, hurtos, ausentismo y pagos excesivos por suministros en los hospitales públicos de varios países, este libro muestra que es posible no sólo dimensionar la corrupción por nuevas vías, sino identificar los factores sistémicos que promueven o desalientan los delitos en el sector salud. Estos estudios, aparte de contribuir a comprender mejor el tema de la corrupción hospitalaria, proporcionan a los responsables de tomar decisiones, a los investigadores y a los administradores del sector público herramientas contundentes en la lucha para reducir la corrupción, fortalecer la democracia y construir la confianza pública.



Banco Interamericano de Desarrollo

1300 New York Ave., N.W.
Washington, D.C. 20577

www.iadb.org/pub

ISBN 1-931003-22-X



9 781931 003223 >