

INFORME GLOBAL DE LA CORRUPCIÓN

2006

Corrupción y salud



Banco Interamericano de Desarrollo



Página en blanco a propósito

Página en blanco a propósito

Informe global de la corrupción

Edición 2006: Corrupción y salud



Banco Interamericano de Desarrollo

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

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

Informe global de la corrupción : corrupción y salud.

“Edición 2006”

p.cm.

Includes bibliographical references.

ISBN-10: 1597820563

ISBN-13: 9781597820561

1. Medical care—Corrupt practices—Case studies. 2. Public health—Corrupt practices. 3. Hospital care—Corrupt practices. 4. Pharmaceutical industry—Corrupt practices. I. Inter-American Development Bank. II. Transparency International. III. Title.

RA395 .A3 I35 2007

362.10973 I35--dc21

Edición original Global Corruption Report 2006 publicado por Pluto Press para
© Transparency International, 2006

Primera edición en castellano, julio de 2007

© Transparency International y Banco Interamericano de Desarrollo, 2007.

Todos los derechos reservados. Para más información dirigirse a:

IDB Bookstore

1300 New York Avenue, NW

Washington, DC 20577

Estados Unidos de América

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

idb-books@iadb.org

www.iadb.org/pub

La Oficina de Relaciones Externas del BID fue responsable de la producción editorial de esta publicación.

Dirección editorial: Rafael Cruz

Editor principal: Gerardo Giannoni

Editora de producción: Claudia M. Pasquetti

Corrección de estilo: Emilia Ghelfi

Lectura de pruebas: Carmen Crouzeilles

Asistente editorial: Cathy Conkling-Shaker

Diagramación: Zona, Ltd.

La edición en español ha sido coordinada por Marta Erquicia y Diana Rodríguez (de TI), y Roberto de Michele y Leyda Fajardo (del BID).

Contenido

<i>Agradecimientos</i>	ix
Prefacio	xi
<i>David Nussbaum, director ejecutivo de Transparency International</i>	
Prólogo	xiii
<i>Mary Robinson</i>	
Prólogo de la edición en español	xv
<i>Nohra Rey de Marulanda y Stephen Zimmermann</i>	
Resumen ejecutivo	xvii
<i>Transparency International</i>	

Parte uno Corrupción y salud

1 Causas de la corrupción en el sector salud: el foco en los sistemas de atención médica	
¿Por qué los sistemas de salud son propensos a la corrupción?	3
<i>William D. Savedoff y Karen Hussmann</i>	
Corrupción en los sistemas de atención de salud: la experiencia de Estados Unidos	22
<i>Malcolm K. Sparrow</i>	
2 La magnitud del problema	31
Estudio de caso: graves actos de corrupción en Costa Rica	32
<i>Emilia González</i>	

	Medición de la corrupción en el sector salud: qué se puede aprender del seguimiento del gasto público y las encuestas sobre prestación de servicios en los países en desarrollo	35
	<i>Magnus Lindelow, Inna Kushnarova y Kai Kaiser</i>	
	La corrupción en el ámbito local afecta la prestación de servicios de salud en Filipinas	45
	<i>Omar Azfar y Tugrul Gurgur</i>	
	La corrupción es nociva para la salud: resultados de Europa Central y Oriental	48
	<i>Richard Rose</i>	
	Una auditoría ciudadana en México revela documentos sobre actos de corrupción	53
	<i>Helena Hofbauer</i>	
	El combate al fraude y la corrupción en el Servicio Nacional de Salud británico	56
	<i>Jim Gee</i>	
3	La corrupción en los hospitales	59
	La corrupción en la administración hospitalaria	59
	<i>Taryn Vian</i>	
4	Pagos informales por servicios de salud	77
	El pago por la atención médica gratuita: el problema de los pagos informales en la Europa poscomunista	77
	<i>Sara Allin, Konstantina Davaki y Elias Mossialos</i>	
	¿Regalo, honorario o soborno? Los pagos informales en Hungría	88
	<i>Péter Gaál</i>	
5	Corrupción en el sector farmacéutico	93
	Los productos farmacéuticos y la corrupción: análisis de riesgos	94
	<i>Jillian Clare Cohen</i>	
	La influencia corruptora del dinero en la medicina	105
	<i>Jerome P. Kassirer</i>	
	Promoción de la confianza y la transparencia en las empresas farmacéuticas: perspectiva de la industria	112
	<i>Harvey Bale</i>	

El combate contra la corrupción: la función de la profesión médica <i>John R. Williams</i>	115
La lucha contra los medicamentos falsificados en Nigeria <i>Dora Akunyili</i>	118
6 Corrupción y VIH/sida	127
Vínculo entre corrupción y VIH/sida <i>Liz Tayler y Clare Dickinson</i>	127
Corrupción en el Consejo Nacional para el Control del Sida en Kenia <i>Kipkoech Tanui y Nixon Ng'ang'a</i>	135
Parte dos	
Informes de país	
7 Lecciones aprendidas de las campañas anticorrupción	145
<i>Cobus de Swardt</i>	
8 Informes de país	148
Bolivia	148
<i>Guillermo Pou Munt Serrano</i>	
Brasil	152
<i>Ana Luiza Fleck Saibro</i>	
Costa Rica	156
<i>Roxana Salazar</i>	
Ecuador	160
<i>Andrés Tobar</i>	
España	162
<i>Manuel Villoria</i>	
Guatemala	167
<i>Alejandro Urizar</i>	
Nicaragua	172
<i>Roberto Courtney</i>	

Panamá	176
<i>Angélica Maytín Justiniani</i>	
Perú	180
<i>Samuel Rotta Castilla y Leonardo Narvarte Olivares</i>	
Venezuela	185
<i>Transparencia Venezuela</i>	

Parte tres

Investigación sobre la corrupción

9	Introducción	193
	<i>Robin Hodess</i>	
10	Diez años del IPC: determinación de tendencias	197
	<i>Johann Graf Lambsdorff</i>	
11	Índice de Percepción de la Corrupción 2005	203
	<i>Johann Graf Lambsdorff</i>	
12	Eficiencia de las transferencias federales a las municipalidades en Brasil	209
	<i>Marcos José Mendes</i>	
13	Índice de integridad de las instituciones públicas: evaluación del sector salud en Colombia	212
	<i>Transparencia por Colombia</i>	
14	Parámetros de reputación empresarial: incentivo para las buenas prácticas anticorrupción	216
	<i>Transparencia Mexicana</i>	
15	Estudio que esclarece la experiencia latinoamericana con la corrupción	218
	<i>Eric Kite y Margaret Sarles</i>	

Agradecimientos

Los editores del Informe global de la corrupción 2006 quieren agradecer a todos los que hicieron posible su elaboración, especialmente a los autores.

Quisiéramos agradecer especialmente a nuestro Panel de Asesores Editoriales por su continuo compromiso para con el *Informe global de la corrupción*, en particular por su gran aporte a la sección temática del informe de este año: Sir George Alleyne, Harvey Bale, Zainab Bangura, John Bray, Sarah Burd-Sharps, Laurence Cockcroft, Dennis de Jong, Jean de Kerguziau de Kervasdoué, John Makumbe, Anke Martiny, Phil Mason, Devendra Raj Panday, William D. Savedoff, Frank Vogl y Alexandra Wyke.

Deseamos agradecer también a los numerosos colegas en el movimiento de Transparency International (TI), desde la Secretaría en Berlín hasta los capítulos nacionales en todo el mundo, que han facilitado nuestra ardua labor con sus ideas y sugerencias. Los capítulos nacionales de TI merecen una mención especial por la gran contribución a la sección de informes de países.

Asimismo, agradecemos a muchas personas que no conforman la red de TI, pero que han dedicado generosamente su tiempo y energía a la elaboración de este informe: David Abouem, Jens Andvig, Frank Anechiarico, Ben Aris, Salahuddin Aminuzzaman, Guitelle Baghdadi, Manuhuia Barcham, Predrag Bejakovic, Peter Birle, Gerry Bloom, Martin Brusis, Richard Calland, Rowan Callick, Marianne Lala Camerer, Neil Collins, Aurel Croissant, Nicolas Dassen, Luis de Sousa, Phyllis Dininio, Gideon Doron, Tim Ensor, Aleksandar Fatic, Judith February, Mark Findlay, Ursula Giedion, Åse Grødeland, Djilali Hadjadj, Clement Henry, Paul Heywood, Sorin Ionita, Fernando Jiménez, Claude Kabemba, Nancy Kane, John-Mary Kauzya, Stuti Khemani, Grazyna Kopinska, Joe Kutzin, Johann Graf Lambsdorff, Peter Larmour, Azzedine Layachi, Nelson Ledsky, Robert Leonardi, Henrik Lindroth, Joan Lofgren, Roy Love, Xiaobo Lu, Stephen Ma, Muiris MacCarthaigh, Charles Manga Fombad, Susan Foster, Martin McKee, Timo Moilanen, Philippe Montigny, James Mormon, Ed Mountfield, Gregory Mthembu-Salter, Olga Nazario, Naison Ngoma, Jeremiah Norris, Abissama Onana, Katarina Ott, Heiko Pleines, Pierina Pollarolo, Gail Price, Miroslav Prokopijevic, Véronique Pujas, Gabriella Tuason Quimson, Mouin Rabbani, Vivek Ramkumar, Bernd Rechel, Peter Roberts, Nicholas Rosen, Alan Rouso, Greg Salter, Olaf Schmitz-Elvenich, Peter Schönhöfer, Amy Schultz, Hubert Sickinger, Leo Sisti, Bruno Wilhelm

Speck, Gopakumar K. Thampi, Rajib Upadhya, Nubia Uruena, Shyama Venkateswar, Marcin Walecki, Steve Weiss, Laurence Whitehead y Tom Zanol.

Un agradecimiento especial a Gerard Waite por su labor durante las etapas preliminares del informe, y a los pasantes de TI Conny Abel, Sarah Hees, Tom Lavers, Hazel Mowbray, Georg Neumann, Mathilde Piard, Amber Poroznuk y Aaron Rajania.

El *Informe global de la corrupción* recibe apoyo financiero del gobierno alemán. La edición en español ha sido financiada por el Banco Interamericano de Desarrollo.

Por último, agradecemos al Banco Interamericano de Desarrollo, especialmente a la Oficina de Integridad Institucional y al Departamento de Integración, por el apoyo técnico y financiero brindado para la traducción e impresión de este informe y la publicación definitiva del libro.

Prefacio

David Nussbaum, director ejecutivo de Transparency International

“Cuando mi esposa fue al hospital, le hicieron una revisión y le recetaron unas pastillas. Le dijeron que no las tenían allí, pero que si pagábamos de 20 a 30 dirhams, alguien nos podía conseguir la *medicación gratis*. El problema es que no tenemos dinero para los remedios”.

Estas son palabras de un hombre de Casablanca entrevistado por Transparency International Marruecos, pero podrían ser las palabras de muchas otras personas en muchos otros países. Este simple ejemplo ilustra las graves consecuencias de la corrupción en el sector salud. La corrupción puede significar la diferencia entre la vida y la muerte para aquellos que necesitan atención urgente. En la sociedad, son invariablemente los pobres los que se ven más afectados por la corrupción, porque no pueden pagar sobornos ni tener acceso a planes de salud privados. Sin embargo, la corrupción también tiene altos costos en las áreas más ricas del mundo. Se pierden cientos de millones de dólares al año como consecuencia de la corrupción y el fraude a aseguradoras médicas en los países más ricos, incluidos Estados Unidos y Reino Unido.

La lucha contra la corrupción en el sector salud es un problema complejo. En uno de los extremos de la balanza están los médicos y los enfermeros que cobran sumas pequeñas e informales a sus pacientes a fin de complementar insuficientes ingresos. En el otro, mucho más pernicioso, están los proveedores corruptos que ofrecen sobornos y los ministros de Salud y administradores de hospitales que los aceptan, o que desvían millones de dólares del presupuesto, con lo que se distorsionan las políticas sanitarias y se agotan los fondos que deberían ser destinados a construir hospitales, comprar medicamentos o contratar personal.

Tres de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), cuyo propósito es reducir a la mitad el nivel de pobreza para el año 2015, están directamente relacionados con la salud: reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades. El *Informe global de la corrupción 2006* de Transparency International demuestra que el cumplimiento de esas metas para la fecha estipulada se ve seriamente obstaculizado por la presencia de corrupción en los sistemas de salud.

La labor de Transparency International en todo el mundo incluye el análisis y la reducción de la corrupción en el sector salud, principalmente abordando la

asimetría de información que existe entre gobiernos y proveedores de servicios, por una parte, y pacientes, por la otra. Los capítulos nacionales de TI en Argentina, Alemania, Níger y Senegal, por mencionar sólo algunos, han realizado un trabajo pionero en este campo. Tal como se señala en esta publicación, periodistas especializados y representantes de organismos de control son otros modelos inspiradores: se atrevieron a enfrentar a poderosas figuras del gobierno y la industria, a menudo corriendo grandes riesgos personales.

Además de profundizar en el sector salud, el *Informe global de la corrupción 2006*, en sus revisiones anuales de países, hace un inventario de actividades relacionadas con la corrupción. Uno de los avances recientes más alentadores es la entrada en vigor de la Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción, que establece una estructura común para todos los países en la lucha contra este flagelo. Son particularmente valiosas sus disposiciones respecto de la cooperación entre países que reflejan la naturaleza cada vez más internacional del problema y la circulación de sus ganancias ilícitas.

Uno de los desafíos dominantes es asegurar que las personas a las que se confía el poder en todo el mundo adopten con rigor y compromiso las lecciones sobre cómo combatir la corrupción. Con demasiada frecuencia, la retórica anticorrupción no va seguida de la acción. El *Informe global de la corrupción 2006* registra la caída debido a la corrupción de una serie de regímenes que llegaron al poder prometiendo integridad moral y probidad fiscal. También muestra cómo las instituciones, las leyes y los mecanismos, enfocados aparentemente a combatir la corrupción, pueden perder fuerza si no se les otorgan los recursos y la independencia necesarios para actuar.

Otro de los desafíos es crear lazos más fuertes entre el movimiento anticorrupción y los movimientos relacionados con otros aspectos de la buena gobernabilidad. Este informe demuestra que, aunque el dinero que se pierde directamente debido a la corrupción representa el costo más obvio e inmediato, los efectos negativos en cuanto a calidad de gobierno y bienestar de la población son de más largo plazo. Las potenciales ganancias de la lucha contra la corrupción –por ejemplo, más y mejor atención de la salud, un Poder Judicial más fuerte y una política legítima– son inmensas.

Los obstáculos enfrentados por el movimiento anticorrupción han cambiado de forma notable durante la última década. Cuando se formó Transparency International en 1993, los líderes nacionales e internacionales deliberadamente hacían caso omiso de los llamados a combatir la corrupción; era todo un logro siquiera ser escuchado. En la actualidad, el cuerpo de evidencias es demasiado contundente y el impacto omnipresente de la corrupción es altísimo como para desestimarlos. Tanto en los países ricos como en los pobres de todo el mundo, la corrupción arruina vidas.

La corrupción es una fuerza poderosa, pero no inevitable o imposible de prevenir. Al disminuir su impacto, es posible reencauzar a su propósito original los recursos desviados, brindando a las víctimas de la corrupción en todo el mundo mejores servicios de salud, nutrición y educación y, con ellos, oportunidades y esperanzas.

Prólogo

Mary Robinson¹

La comunidad de los derechos humanos necesita prestar aún más atención a la corrupción.

El nivel de calidad en salud más alto que se pueda alcanzar es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, contemplado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. La corrupción, junto con la pobreza, la desigualdad, los conflictos civiles, la discriminación y la violencia, es un tema primordial que no se ha tratado lo suficiente dentro del marco de estos derechos básicos. Lleva a la distorsión de las prioridades en los gastos de salud y a la disolución de los presupuestos de esta área, lo que redundará en el descuido de algunas enfermedades y de las comunidades afectadas por ellas. También implica que, por lo general, los pobres decidan no seguir un tratamiento que les salvaría la vida porque no pueden afrontar los costos de servicios de salud, que deberían ser gratuitos.

La corrupción en el sector salud afecta a personas de todo el mundo, como se refleja en los ensayos incluidos en el *Informe global de la corrupción 2006*. Así, el dinero que debería destinarse a aliviar la pobreza y las enfermedades termina en bolsillos privados. En este sentido, la corrupción viola literalmente los derechos humanos, puesto que las personas no reciben la atención sanitaria que sus gobiernos están obligados a proporcionarles.

Si bien la inquietud sobre este tema trasciende las fronteras, existen poblaciones para quienes las consecuencias de una mala salud son particularmente funestas. Si la corrupción y la falta de transparencia no se consideran parte integral de las estrategias de atención de la salud, el VIH/sida y otras enfermedades infecciosas amenazan con revertir los avances que tanto costaron lograr, en especial en África. En muchos de estos países, son las mujeres las que sufren mayor discriminación en la provisión de servicios, carecen de la capacidad para acceder a una atención de salud apropiada o para actuar de acuerdo con la información preventiva disponible.

Resulta esencial, desde una perspectiva de derechos humanos para la salud, asegurar la disponibilidad de medicamentos básicos accesibles y de buena calidad. Disponibilidad significa que estos medicamentos deben ofrecerse en cantidades suficientes en los países donde se necesitan. Accesibilidad significa que quienes precisan los remedios pueden obtenerlos fácilmente, sin ningún tipo de discrimi-

nación. Buena calidad significa que los medicamentos deben contar con la debida certificación científica y médica.

La corrupción obstaculiza el cumplimiento de estas obligaciones. La naturaleza imprevisible de las enfermedades, así como las decisiones de gasto poco claras y las agresivas prácticas de comercialización de las empresas farmacéuticas y los proveedores, crean un terreno fértil para la corrupción. Esto afecta la calidad de los medicamentos, por ejemplo, cuando los organismos reguladores aceptan sobornos para que los controles sean menos rigurosos, o bien cuando los administradores de los hospitales compran fármacos más baratos y menos efectivos y se embolsan las ganancias. Las consecuencias pueden tener un mayor alcance que la incapacidad de tratar a los pacientes hoy: el uso de medicamentos de mala calidad estimula la aparición de cepas fármacorresistentes de enfermedades mortales como la malaria.

El *Informe global de la corrupción 2006* revela temas relacionados con la corrupción y la salud que, como miembros de gobiernos, instituciones internacionales, el sector privado y la sociedad civil hay que tener en cuenta si es serio el compromiso de salvaguardar el derecho a la salud. Sin lugar a dudas, la tarea es titánica y sólo se puede emprender si se trabaja en conjunto, haciendo uso de los argumentos legales y morales dispuestos por el marco internacional de derechos humanos, así como también de las herramientas y estrategias prácticas –muchas de las cuales se destacan en esta publicación– que son necesarias para abordar de manera eficaz los problemas relacionados con la precariedad de la salud en el mundo.

En este informe del año 2006 se aprecia una singular urgencia respecto de los temas tratados. Para el período comprendido entre el 2006 y el 2015, se observará un drástico aumento de los presupuestos de asistencia de países donantes y gran parte de esta ayuda se destinará a apoyar las áreas de salud de los países en desarrollo. A menos que se mejoren la coherencia de las donaciones, la transparencia y la voluntad de los países en desarrollo de contar con sistemas rigurosos de rendición de cuentas, se verá cómo aumenta el problema de la corrupción y se perderá una gran oportunidad de fortalecer los sistemas de atención primaria de salud.

Este libro debería estar en el escritorio de todos los encargados de formular políticas que se preocupan por el desarrollo.

Nota

1. Mary Robinson es ex alta comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y, además, ex presidenta de Irlanda. Fundó y preside la iniciativa Realizing Rights: The Ethical Globalization Initiative.

Prólogo de la edición en español

Nohra Rey de Marulanda y Stephen Zimmermann¹

El Presidente del Banco Interamericano de Desarrollo, Luis Alberto Moreno, al inaugurar la 12^{va} Conferencia Internacional Anticorrupción de Transparency International en Guatemala, señaló que la corrupción siempre le roba oportunidades a la mayoría e impide que nuestros países compitan, crezcan y generen los empleos que son la única solución a la pobreza estructural.

El impacto negativo de la corrupción es un fenómeno ampliamente reconocido. Sin embargo, cuando se analiza la incidencia de la corrupción en el sector de la salud, es fácil observar que los efectos negativos adquieren una dimensión mayor. Esta publicación tiene como propósitos apoyar políticas públicas bien fundamentadas y atender a las distintas facetas del gran problema de la transparencia en el sector salud.

Por un lado, se encuentra la influencia de la industria de la salud, con su enorme capacidad de incidir en la adopción de las políticas generales del sector, así como también en las decisiones acerca de programas específicos, las terapias y medicamentos disponibles, y sus respectivos costos. Por otro lado, los beneficiarios del sistema de salud suelen hallarse dispersos, sin coordinación de sus intereses, y tener un bajo poder de incidencia en las decisiones sobre políticas, terapias, medicamentos y los costos involucrados.

La corrupción en el área de la salud puede manifestarse en forma sutil, por ejemplo, mediante el financiamiento de estudios supuestamente independientes para influir en las políticas del sector o, en forma más directa, mediante la contribución a campañas políticas, e incluso a través de medios espurios, como el pago de sobornos para imponer productos y servicios. Estos y otros casos implican la adopción de políticas de dudoso beneficio para la población con los consiguientes costos económicos asociados, que generan cargas difíciles de soportar, amplían la exclusión de los más necesitados y afectan al principio básico de igualdad.

Cualquiera sea la magnitud del hecho de corrupción, los efectos en el sistema de salud pueden ser devastadores. Aquellos que esperan acceder a los beneficios del sistema –la mayoría de la población– terminan postergados, recibiendo servicios de menor calidad y a mayor costo. En los casos citados, y en otros que este informe analiza y presenta de manera convincente, la corrupción en el sector de la salud es una amenaza concreta para el desarrollo y los derechos de las personas.

El enfoque regional del Banco y el financiamiento de esta publicación en particular permiten analizar el tema de manera integrada y programática, creando sinergias entre los países de la región y promoviendo soluciones comunes y eficientes.

Esperamos que esta publicación y los debates que en consecuencia se generen constituyan una contribución eficaz a los países de la región en la lucha contra la corrupción y la promoción de la transparencia.

Nota

1. Nohra Rey de Marulanda es Gerente del Departamento de Integración y Programas Regionales del Banco Interamericano de Desarrollo; Stephen Zimmermann es Jefe de la Oficina de Integridad Institucional, Oficina del Presidente del Banco Interamericano de Desarrollo.

Resumen ejecutivo

Transparency International

Cada año, el mundo gasta más de US\$3 mil millones en servicios de salud, la mayoría de los cuales son financiados por los contribuyentes. Este considerable flujo de fondos resulta un atractivo blanco para el abuso. Los riesgos son altos y los recursos preciosos: el dinero que se pierde por la corrupción se podría utilizar para comprar medicamentos, equipar hospitales, o bien contratar personal médico muy necesario.

La diversidad de los sistemas de salud en todo el mundo, la multiplicidad de las partes afectadas, la escasez de registros adecuados en muchos países y la complejidad para distinguir entre corrupción, ineficiencia y errores sin mala fe dificultan determinar los costos generales de la corrupción en este sector en todo el mundo. Sin embargo, la escala de corrupción es vasta tanto en países pobres como ricos. En Estados Unidos, que gasta más en sistemas de salud que cualquier otra nación industrializada (15,3% del PIB), los dos principales programas de atención de salud pública, Medicare y Medicaid, estiman que entre un 5% y un 10% de su presupuesto se pierde en “sobrepagos”. En Camboya, los profesionales de la salud entrevistados para el *Informe global de la corrupción 2006* consideran que más del 5% del presupuesto de salud se pierde por corrupción, incluso antes de salir del gobierno central.

La corrupción priva a las personas del acceso a los servicios de atención médica y puede derivar en la provisión de tratamientos equivocados. La corrupción en la cadena farmacéutica puede resultar fatal: según Dora Akunyili, jefa de la Agencia para la Administración y el Control de Alimentos y Medicamentos de Nigeria y ganadora de uno de los Premios de Integridad de TI en 2003, “la falsificación de medicamentos, facilitada por la corrupción, mata de un modo masivo y cualquiera puede ser una víctima”. El organismo que dirige ha descubierto casos en los que los falsificadores reemplazaban la adrenalina que salva vidas por agua, y diluían los ingredientes activos de los medicamentos, provocando la aparición de cepas de malaria, tuberculosis y VIH (las enfermedades que más muertes provocan en el mundo) resistentes a los medicamentos que las combaten.

Los pobres se ven desproporcionadamente afectados por la corrupción en el sector salud dado que no tienen los medios para pagar pequeños sobornos para obtener servicios asistenciales que se supone deberían ser gratuitos, o bien para pagar alternativas privadas si la corrupción ha mermado los servicios públicos de salud. Un

estudio sobre la prestación de servicios de salud en Filipinas demuestra que las municipalidades pobres o de ingresos medios registran tiempos de espera más largos en los hospitales públicos que las de altos ingresos y, cuando la corrupción alcanza niveles desenfrenados, una mayor frecuencia en la práctica de negar vacunas.

La corrupción afecta las políticas de salud y las prioridades de gastos. Los ejemplos de México y Kenia, incluidos en el *Informe global de la corrupción* de este año, ilustran cómo los funcionarios públicos han abusado de su poder para desviar fondos hacia sus proyectos “favoritos”, independientemente de si estos concuerdan con las políticas sanitarias aprobadas. También existen incentivos para distorsionar los pagos a nivel de la prestación de servicios. Cuando los trabajadores de la salud reciben pagos en forma de honorarios por servicios prestados, hay un incentivo para proporcionar tratamientos innecesarios que maximizan sus ingresos. En cambio, si reciben pagos “por paciente”, se ven beneficiados cuando no brindan servicios necesarios.

Si se reduce la corrupción, se pueden reinyectar ingresos al sector salud. En Reino Unido, la unidad antifraude del Servicio Nacional de Salud informa que ha reducido la corrupción en más de £170 millones (US\$300 millones) desde 1999 y que los beneficios financieros totales para este servicio (que también incluyen la recuperación de pérdidas generadas por fraude y la reducción de las pérdidas estimadas debido a la intervención de los servicios de lucha contra el fraude) han cuadruplicado esa cifra. Esto es suficiente para construir diez nuevos hospitales.

Transparency International define la corrupción como “el abuso del poder delegado, con fines de lucro personal”. En la esfera de la salud, la corrupción comprende los sobornos de los reguladores y los profesionales médicos, la manipulación de la información en los ensayos clínicos de medicamentos, el desvío de remedios y suministros, la corrupción en las compras y la sobrefacturación de las compañías de seguros. No se limita al abuso de los funcionarios públicos, porque la sociedad, por lo general, otorga a actores privados en el área de la provisión de servicios de salud funciones públicas importantes. Cuando los administradores de los hospitales, las compañías de seguros, los médicos o los ejecutivos farmacéuticos se enriquecen en forma ilícita, no están abusando del poder público formalmente, aunque sí abusan del poder que se les ha confiado y roban recursos preciados que son necesarios para mejorar la salud.

¿Por qué el sector salud es tan susceptible a los actos de corrupción?

Ciertas características contribuyen a que todos los sistemas de salud, ya sean de financiamiento público o privado, en países ricos o pobres, sean vulnerables a los actos de corrupción:

- En los sistemas de salud prevalece un *desequilibrio en la información*: los profesionales de la salud poseen más información acerca de las enfermedades que

los pacientes, y las empresas farmacéuticas o de suministros médicos saben más acerca de sus productos que los funcionarios públicos encargados de tomar las decisiones de gastos. Si se dispone de más información, se pueden reducir las pérdidas generadas por la corrupción. Un estudio realizado en Argentina demuestra que la variación de los precios pagados por suministros médicos entre hospitales se ha reducido en un 50% luego de que el ministerio comenzara a divulgar información acerca de lo que los hospitales pagaban por estos suministros.

- La *incertidumbre en los mercados de salud* –no saber quién se enfermará, cuándo ocurrirá la enfermedad, qué clase de enfermedades contrae la gente y cuán efectivos son los tratamientos– constituye otro obstáculo para los responsables de la formulación de políticas, puesto que dificulta la gestión de los recursos, incluidos la selección, monitoreo, evaluación y prestación de servicios de atención de salud y el diseño de planes de cobertura médica. El riesgo de corrupción es aún mayor en situaciones de emergencia humanitaria cuando se hace urgente la atención médica, razón por la cual generalmente se omiten los mecanismos de control.
- La *complejidad de los sistemas de salud*, en particular del gran número de actores involucrados, exacerba las dificultades de generar y analizar la información, promover la transparencia, y detectar y prevenir la corrupción. Las relaciones entre los proveedores de suministros, las entidades que brindan atención sanitaria y los responsables de la formulación de políticas públicas suelen ser poco transparentes y pueden derivar en la distorsión de las políticas, lo que resulta negativo para la salud pública.

Clases de corrupción en el sector salud

Reguladores, contribuyentes, prestadores de atención médica, proveedores y consumidores se enfrentan a una mezcla compleja de incentivos que pueden llevar a actos de corrupción. Las formas de corrupción en el sector salud incluyen:

- *Malversación y robo* del presupuesto de salud o de las tarifas pagadas por los usuarios. Esto puede ocurrir a nivel del gobierno local o central, o bien cuando se asigna la responsabilidad a una autoridad sanitaria en particular o a un centro de servicio. Los medicamentos y los suministros o equipos médicos pueden sustraerse para uso personal, para uso en consultorios privados o para su reventa.
- *Corrupción en las contrataciones públicas*. La connivencia, los sobornos y las comisiones ilegítimas en las compras generan sobrepagos de bienes y servicios contratados o incumplimiento de las normas contractuales de calidad. Además, los gastos hospitalarios pueden incluir grandes sumas para la construcción de edificios y la compra de costosas tecnologías, áreas de contratación pública que son particularmente susceptibles a la corrupción.

- *Corrupción en los sistemas de pago.* Las prácticas corruptas incluyen eximir del pago de tarifas, o falsificar documentos de seguros a pacientes particular, o utilizar presupuestos de hospitales para beneficiar a determinadas personas; facturar ilegalmente a las compañías de seguros, a los gobiernos o a los pacientes por servicios no cubiertos o no prestados a fin de aumentar al máximo los ingresos; falsificar registros de facturación, libros de recibos o registros de uso, o crear pacientes “fantasma”. Otras formas de corrupción relacionadas con las estructuras de pagos comprenden: la compra de médicos mediante incentivos financieros o comisiones por la derivación de pacientes, médicos que derivan pacientes del hospital público a su consultorio particular y la realización de intervenciones médicas innecesarias para incrementar los ingresos.
- *Corrupción en la cadena de provisión farmacéutica.* Los productos pueden ser desviados o bien sustraídos en varios puntos de la cadena de distribución; los funcionarios pueden exigir “tarifas” para aprobar productos, facilitar procedimientos de aduanas, o para fijar precios; la violación de las prácticas establecidas en los códigos de comercialización de la industria puede distorsionar las prescripciones de los profesionales médicos; se pueden exigir favores a proveedores como condición para recetar sus medicamentos y se puede autorizar la circulación de medicamentos adulterados u otras formas de fármacos de calidad inferior a lo establecido.
- *Corrupción en la prestación de servicios de salud.* Puede adoptar muchas formas: extorsionar o aceptar pagos por debajo de la mesa por servicios que supuestamente deben brindarse de manera gratuita, pedir pagos a cambio de privilegios o tratamientos especiales y exigir o aceptar sobornos para influir en las decisiones de contratación, licencias, acreditación o certificación de las instalaciones.

Recomendaciones para el sector salud

Las medidas anticorrupción deben adecuarse al contexto particular de los sistemas de salud de cada país. Como sucede con cualquier sector, la corrupción en los sistemas de salud es menos factible en sociedades donde existe un gran respeto por el Estado de derecho, la transparencia y la confianza, donde el sector público se rige por códigos eficaces de administración pública y estrictos mecanismos de rendición de cuentas y donde existen medios de comunicación independientes y una sólida sociedad civil. Las medidas preventivas –incluidos los lineamientos de compras, los códigos de conducta para los operadores, tanto institucionales como individuales, del sector salud, y la transparencia y procesos de control– constituyen puntos de presión para favorecer conductas honestas que no son parte de la ley, pero que pueden ser mecanismos efectivos para combatir la corrupción.

Transparencia

- Es esencial que los gobiernos y las autoridades de salud publiquen regularmente información actualizada en Internet sobre presupuestos de salud y el desempeño de los centros de atención a nivel local y nacional. Las reparticiones gubernamentales, los hospitales, las instituciones que ofrecen seguros de salud y otras entidades que manejen fondos deben estar sujetas a auditorías independientes.
- Los gobiernos y las autoridades sanitarias tienen la responsabilidad de publicar información en Internet acerca de los procesos de licitación, incluidos los llamados a licitación, los términos y condiciones, los procesos de evaluación y las decisiones finales.
- Los gobiernos deben implementar sistemas eficaces a nivel nacional para informar acerca de los efectos adversos de algunos medicamentos, a fin de que se obligue e incentive a los médicos a divulgar esta información.
- Se debe crear una base de datos pública que enumere los protocolos y resultados de todas las pruebas clínicas de medicamentos. Los informes de la industria farmacéutica sobre las pruebas clínicas deben ser obligatorios, así como la divulgación de todos los aportes financieros entregados a las unidades de investigación médica por parte de empresas farmacéuticas.
- Los donantes deben ser abiertos y explícitos respecto de lo que entregan, cuándo y a quién y deben evaluar sus programas en función del resultado y no del nivel o velocidad de desembolso. Los donantes también tienen la responsabilidad de coordinar su apoyo al sector salud, utilizando los mismos mecanismos de contabilidad y auditoría para reducir los costos de transacciones, mejorar la eficiencia y reducir los riesgos de corrupción.

Códigos de conducta

- Es indispensable que los reguladores, los profesionales médicos, los farmacéuticos y los administradores del sistema de salud aseguren la introducción y promoción de códigos de conducta, a través de una capacitación continua en todo el sistema. Estos códigos deben constituir una referencia explícita para prevenir la corrupción y los conflictos de intereses que pueden traducirse en actos de corrupción, y presentar sanciones detalladas para las infracciones, que deben ser implementadas por un organismo independiente.
- Es imperativo que las empresas farmacéuticas, de biotecnología y de suministros médicos adopten los Principios Empresariales para Contrarrestar el Soborno, a través de los cuales la empresa se compromete a evitar los sobornos en sus operaciones e implementar un extenso programa anticorrupción.¹

Participación y fiscalización de la sociedad civil

- Las autoridades sanitarias deben propiciar la fiscalización pública, que mejora la responsabilización y la transparencia. Deben fiscalizar la compra y selección de medicamentos en las instituciones y la prestación de servicios de salud a nivel de la comunidad y de las autoridades sanitarias locales.
- Es esencial que las políticas, prácticas y gastos públicos estén sujetos al escrutinio público y legislativo, mientras que las etapas de preparación de presupuestos, ejecución e información deben estar abiertas a la consulta de la sociedad civil.

Protección de los denunciantes

- Los gobiernos tienen que establecer protección para los denunciantes que trabajan en los organismos de contratación pública, entidades sanitarias, prestadores de servicios de salud y proveedores de medicamentos e instrumental médico.
- Las empresas farmacéuticas también deben introducir mecanismos para denunciar irregularidades y proteger a los denunciantes.

Reducción de incentivos para la corrupción

- Para asegurar que el tratamiento sea necesario para el paciente y no una oportunidad de lucro, los gobiernos deben ejercer un continuo control sobre los mecanismos de pago (ya sean honorarios por prestación de servicios, sueldos, capitación, presupuestos globales u otros).
- Los médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud deben recibir buenos sueldos, de acuerdo con su educación, sus habilidades y su capacitación.

Normas sobre conflictos de intereses

- Los reguladores tienen la responsabilidad de adoptar normas que impidan que personas o grupos de personas con intereses en la industria farmacéutica participen en ensayos clínicos de medicamentos.
- Los gobiernos deben promover la transparencia en los procesos reguladores de medicamentos, la reducción de la excesiva promoción de remedios, más restricciones a los médicos en cuanto a la prescripción desmesurada de fármacos y un mayor monitoreo de las relaciones entre las instituciones de salud y la industria farmacéutica.
- Las autoridades que expiden licencias médicas deben definir normas específicas sobre la conducta de los profesionales respecto de los conflictos de intereses (en particular en las relaciones con la industria farmacéutica y de suministros médicos), y obtener los recursos necesarios para hacer cumplir estas normas.

Pactos de integridad e inhabilitación

- Se debe aplicar un Pacto de Integridad en las grandes compras del sector salud. Este Pacto constituye un acuerdo obligatorio, tanto para los oferentes como para las empresas contratistas, de no ofrecer ni aceptar sobornos en las contrataciones públicas.²
- Los gobiernos deben sancionar a las empresas sorprendidas cometiendo actos de corrupción, inhabilitándolas para participar en procesos de licitación durante un período determinado.

Todo el rigor de la ley

- Es esencial que las autoridades judiciales refuercen el mensaje de que la corrupción tiene consecuencias aplicando todo el rigor de la ley mediante acciones contra los actos de corrupción claramente prohibidos por la legislación. Deben procesar a los fabricantes de medicamentos adulterados y a los funcionarios públicos que actúan en connivencia con ellos y aplicar las sanciones que estimen convenientes.
- Las entidades especiales anticorrupción y antifraude deben estar equipadas para detectar la corrupción y promover medidas de prevención en el sector salud, con la experiencia, los recursos y la independencia necesarios para llevar a cabo sus funciones y recibir el apoyo de tribunales independientes.

La salud constituye una de las principales industrias a nivel mundial y es una responsabilidad y una inversión de presupuesto fundamental de los gobiernos y las empresas, pero, más que nada, es un derecho humano. La corrupción priva a las personas del acceso a la atención de salud con el resultado de una precarización de la salud. No existen fórmulas mágicas para combatir la corrupción en el sector salud; sin embargo, las recomendaciones indicadas anteriormente y las iniciativas que se destacan en el *Informe global de la corrupción* podrían prevenirla, reducirla y controlarla. Estas iniciativas están dirigidas, como un llamado a la acción, a los investigadores, los gobiernos, el sector privado, los medios de comunicación y los ciudadanos de todo el mundo.

Notas

1. Para obtener más información sobre los Principios Empresariales para Contrarrestar el Soborno, sus documentos anexos y sus normas de implementación y herramientas de control, véase www.transparency.org/regional_pages/americas/sector_privado/principios_empresariales.
2. Para obtener mayor información acerca del Pacto de Integridad de TI, véase www.transparency.org/integrity_pact/index.html/.

Página en blanco a propósito

Parte uno

Corrupción y salud

Página en blanco a propósito

1 Causas de la corrupción en el sector salud: el foco en los sistemas de atención médica

La corrupción existe en todos los sistemas de atención médica. William Savedoff y Karen Hussmann analizan por qué el sector salud es especialmente vulnerable a la corrupción y se preguntan si esta vulnerabilidad varía en forma y magnitud según el tipo de sistema elegido. Un análisis de Colombia y Venezuela demuestra que aparecieron manifestaciones muy distintas de corrupción a medida que se fueron diferenciando los modelos de atención médica de ambos países.

Si existe corrupción, independientemente del sistema que se elija y lo bien financiado que esté, el gasto en salud no se traducirá en resultados proporcionales en el sector. En Estados Unidos, los ciudadanos gastan más en atención médica que en muchos otros países desarrollados; sin embargo, no se puede decir que la situación de la salud sea mejor. En el otro extremo de la balanza se encuentra Camboya, que depende de cientos de millones de dólares de ayuda internacional al año para mejorar su sistema de salud, y donde siguen en aumento los casos conocidos de tuberculosis.

¿Por qué los sistemas de salud son propensos a la corrupción?

William D. Savedoff y Karen Hussmann¹

La corrupción en el sector salud no es exclusiva de un tipo particular de sistema. Se presenta en todos ellos, sean predominantemente públicos o privados, estén bien o mal financiados, sean técnicamente simples o complejos. El grado de corrupción es, en parte, un reflejo de la sociedad en la que se manifiesta. La corrupción del sistema de salud es menos probable en aquellas sociedades donde existe un amplio respeto del Estado de derecho, mayor transparencia y confianza, y donde el sector público se rige por códigos eficaces de administración pública y mecanismos sólidos de rendición de cuentas.

Estos factores generales afectan el grado de corrupción en cualquier sector, pero el de la salud presenta múltiples dimensiones que lo hacen particularmente vulnerable a los abusos. Ningún otro sector cuenta con la combinación específica de

incertidumbre, información asimétrica y gran número de actores dispersos que caracteriza a la salud. En consecuencia, la susceptibilidad a la corrupción es una característica sistémica y, para controlarla, es necesario formular políticas dirigidas al sector en su conjunto.

Cabe mencionar otros dos factores que contribuyen a la corrupción en la atención médica. En primer lugar, el grado de la corrupción en este sector puede ser mayor que en otros porque, a menudo, la sociedad confiere a actores privados de la salud importantes funciones públicas. Cuando las compañías farmacéuticas, los hospitales o las aseguradoras del sector privado actúan con deshonestidad en pos de su propio enriquecimiento, no se las puede acusar de abusar formalmente de la administración pública para su propio beneficio. No obstante, sí abusan de la confianza del público porque se espera más de las personas y las organizaciones que prestan servicios de salud en lo referente a proteger el bienestar de la población. En la mayoría de los países, a la profesión médica se le permite, en particular, gran flexibilidad para autofiscalizarse a cambio de que asuma la responsabilidad profesional de actuar en beneficio de los intereses de los pacientes (véase “El combate contra la corrupción: la función de la profesión médica”, capítulo 5, página 115).

En segundo lugar, el sector salud es un blanco atractivo para la corrupción por el volumen de dinero público que maneja. Cada año, en el mundo se gastan más de US\$3,1 mil millones en servicios de salud, cifra en su mayor parte financiada por los gobiernos. Los miembros europeos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) gastan en conjunto más de mil millones de dólares al año, mientras que sólo Estados Unidos gasta US\$1,6 mil millones.² En América Latina, alrededor del 7% del PIB, unos US\$136 mil millones, se gastan anualmente en atención médica, de los cuales la mitad se financia con fondos públicos. En países de menores ingresos, el gasto privado en salud suele ser mayor que el público, aunque el último sigue siendo considerable. La proporción de los ingresos totales del gobierno que se destinan a la atención de la salud fluctúa entre menos del 5% en Etiopía, Egipto, Indonesia y Pakistán y más del 15% en Irlanda, Alemania, Estados Unidos y Costa Rica. Este importante flujo de fondos representa un atractivo blanco para el abuso.

Características de los sistemas de salud

El sector salud es el único que cuenta con la combinación específica de incertidumbre, información asimétrica y gran número de actores dispersos. Estas características combinadas generan sistemáticamente oportunidades para conductas corruptas y, al mismo tiempo, hacen difícil velar por la transparencia y la responsabilización que inhibirían este fenómeno.

La *incertidumbre* es un rasgo central del sector salud y supone implicaciones de gran alcance, como lo planteó por primera vez Kenneth Arrow en 1963.³ Arrow

demostró que la incertidumbre sobre quién se enfermará, cuándo se presentará la enfermedad, qué tipos de enfermedades contraerá la población y qué eficacia tendrán los tratamientos médicos dan a este mercado características muy distintas de otros en lo referente a la magnitud de la *falla del mercado*. Debido a la incertidumbre, es probable que tanto el mercado de servicios de atención médica como el de seguros de salud funcionen de manera ineficiente.

La incertidumbre domina el sector de la atención sanitaria. A veces la gente ni siquiera sabe que padece una enfermedad o que podría beneficiarse de los servicios de salud, como les ocurre con frecuencia a las personas con alta presión, anemia o diabetes en sus primeras etapas. Cuando alguien se enferma y busca atención médica, no puede juzgar si el tratamiento prescrito es apropiado. Si su salud mejora, es posible que nunca sepa si el tratamiento era necesario para su recuperación. Por ejemplo, es común que a personas con infecciones virales se les prescriban antibióticos, que son inservibles contra los virus.

Esta incertidumbre hace difícil que quienes requieren atención médica (los pacientes o sus familias) disciplinen a los proveedores de servicios, a diferencia de lo que ocurre en otros mercados. Los pacientes no pueden ir en busca del precio y calidad más convenientes cuando no conocen los costos, las alternativas y la naturaleza precisa de sus necesidades. En estas circunstancias, las opciones de los consumidores no reflejan el precio y la calidad de manera normal y, para asignar los recursos y determinar los tipos de atención que se prestarán, se introducen otros mecanismos como la concesión de licencias a profesionales y centros médicos o incluso la prestación pública directa de servicios. Como otra consecuencia, el funcionamiento deficiente de los mercados genera oportunidades de corrupción, y la incertidumbre inherente a la selección, el seguimiento, la evaluación y la prestación de los servicios de atención médica dificulta la detección y asignación de responsabilidades en caso de abusos.

Por la incertidumbre que rodea a la atención de salud, la gente opta por asegurarse contra las enfermedades. El funcionamiento de los mercados de seguros voluntarios deja sin cobertura a muchas personas y favorece la prestación excesiva de atención médica a quienes están asegurados.⁴ Una reacción social común ha sido establecer la cobertura obligatoria del seguro médico, medida que puede resolver las fallas del mercado de los seguros médicos, pero también trae aparejados problemas asociados al funcionamiento ineficaz del sector público.⁵ La consiguiente intervención de la política pública en la provisión o regulación de los seguros médicos es otra vía importante de corrupción.

Sin embargo, el grado de incertidumbre no es idéntico para todos en el sector salud, lo que da origen a una segunda característica sistémica conocida como *información asimétrica*. La información no se comparte de manera equitativa entre los actores y esto presenta importantes implicaciones para la eficiencia del sistema de salud y su vulnerabilidad a la corrupción. Los prestadores de atención médica están mejor informados que los pacientes sobre las características técnicas del

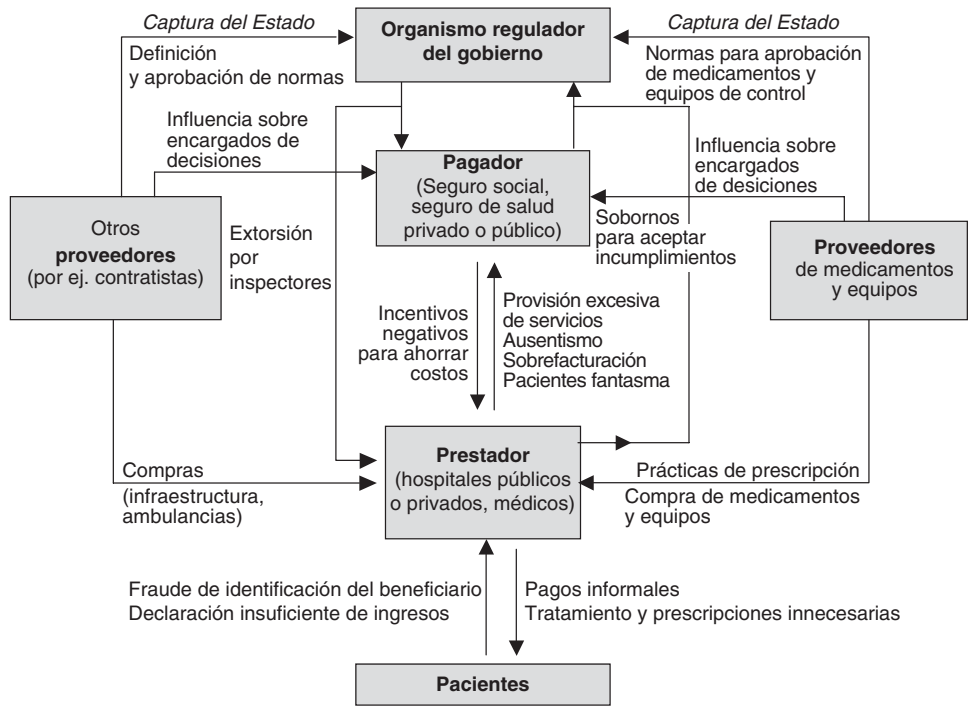
diagnóstico y el tratamiento; las compañías farmacéuticas saben más sobre sus productos que los médicos que los prescriben; las personas manejan cierto tipo de información sobre su salud que desconocen los prestadores de servicios o las aseguradoras, y los prestadores y aseguradoras pueden disponer de información más completa que los propios afectados sobre los riesgos de salud que enfrentan ciertas categorías de personas.

Al combinarse con los intereses divergentes de los actores del sector salud, la información asimétrica se traduce en una serie de problemas que se analizan de manera útil en el marco de las *relaciones principal-agente*.⁶ En este marco, el 'principal' contrata a un agente para desempeñar alguna función. Cuando el agente persigue intereses que difieren de los del principal y cuando el mandante no puede obtener información completa sobre lo que entrega el agente, es difícil hallar contratos óptimos. Estas dos características, intereses divergentes e información incompleta, son inherentes al sector salud y están generalizadas. Por ejemplo, los médicos tienen interés en mejorar la salud de sus pacientes, pero sus opciones de tratamientos y medicamentos también pueden afectar sus ingresos, su prestigio profesional y sus condiciones de trabajo. Sean contratados por pacientes en el sector privado o por servicios de salud pública, se confía en que los médicos tomen decisiones que favorezcan los intereses del paciente, pero pueden ceder a la tentación de prestar servicios de calidad inferior o prescribir tratamientos costosos. Sin embargo, los médicos no son los únicos agentes del sistema; los administradores de centros de salud, las compañías farmacéuticas, los proveedores de equipos o las aseguradoras reciben incentivos complejos que bien pueden alentarlos a reducir la calidad de la atención o a promover el uso de diagnósticos y tratamientos innecesarios. Cuando hay intereses políticos en juego, cualquiera de estos agentes puede verse presionado a adoptar acciones que perjudiquen la atención de la salud o aumenten sus costos.

Si bien los problemas principal-agente en el sector salud se han analizado principalmente en lo que se refiere a sus repercusiones en la eficiencia del sistema, son estos mismos problemas los que multiplican las oportunidades de corrupción ya que, por la dificultad de vigilar de manera total las acciones de médicos, hospitales, compañías farmacéuticas y organismos reguladores, es difícil responsabilizarlos de las consecuencias de sus actos. Por ejemplo, los pacientes no disponen normalmente de suficiente información para monitorear las decisiones que se toman en su nombre o para verificar si se les ha cobrado lo que corresponde; los auditores de seguros tienen dificultades para evaluar si la facturación es correcta y si los servicios prestados eran necesarios; los organismos reguladores también tienen problemas para asegurar la calidad de los medicamentos y del equipo médico y la exactitud de las etiquetas y las fechas de vencimiento. Todos estos factores establecen un sistema propenso a la corrupción, en el que identificar y sancionar las prácticas corruptas es, por naturaleza, difícil.

Finalmente, los sistemas de salud son proclives a la corrupción por el gran nú-

Gráfico 1.1. Los cinco actores principales del sistema de salud



mero de actores y por la complejidad y diversidad de sus formas de interacción. Estos actores se pueden clasificar en cinco categorías principales (véase el gráfico 1.1): organismos reguladores del gobierno (Ministerios de Salud, Parlamentos, comisiones especializadas); pagadores (instituciones de seguridad social, reparticiones públicas, aseguradoras privadas); prestadores de servicios (hospitales, médicos, químicos farmacéuticos); consumidores (pacientes); y proveedores de insumos (fabricantes de equipos médicos y laboratorios farmacéuticos). La presencia de tantos actores exacerba las dificultades para generar y analizar la información, para promover la transparencia e incluso para identificar la corrupción cuando se presenta. Aumenta el número de oportunidades para acciones corruptas; por ejemplo, en el ministerio, en el directorio de un hospital público o en un consultorio asistencial municipal, el personal administrativo, los encargados de compras, los profesionales de la salud, los farmacéuticos, los empleados de oficina o los pacientes pueden desviar o asignar indebidamente los fondos. Además, la participación de tantos actores multiplica el número y el tipo de intereses que estimulan una conducta corrupta. Los actores pueden verse tentados a aprovecharse de su puesto para obtener un beneficio económico directo, para aumentar su prestigio,

su influencia política y su poder, o para ampliar su participación en el mercado. Cuando se detecta corrupción, resulta difícil atribuirla a una persona en particular o distinguirla de un error de juicio o una equivocación.

Estas tres características –incertidumbre, información asimétrica y gran cantidad de actores– aumentan sistemáticamente las probabilidades de que haya corrupción y hacen que sea difícil de detectar, sancionar y disuadir. Primero, porque afectan el funcionamiento normal de un mercado competitivo que, de otro modo, podría estar orientado a limitar las conductas ilícitas.⁷ Segundo, porque fomentan la participación del sector público como prestador directo de servicios de salud, como asegurador y como organismo regulador, lo cual crea nuevas oportunidades de corrupción. Finalmente, porque estas tres características restringen las iniciativas para generar información confiable, establecer políticas de transparencia y exigir responsabilización.

¿Cómo se manifiestan la corrupción y el fraude en el sector salud?

Las funciones y las responsabilidades en los sistemas de salud se reparten entre organismos reguladores, pagadores, prestadores de servicios de salud, proveedores y consumidores de formas que dificultan tomar buenas decisiones, aun cuando estos actores procedan con total honestidad. Cuando se incorporan a la ecuación personas con ánimo de aprovecharse del sistema, la situación se complica aún más. Para observar este funcionamiento, es útil considerar cómo cada actor del sistema puede usar su posición para estafar a los demás.

Organismos reguladores (Ministerios de Salud, Parlamentos, comisiones fiscalizadoras)

La incertidumbre básica en los servicios de atención médica asigna al gobierno la función potencial de proteger a los consumidores mediante la supervisión y la divulgación de mejor información. Es común que los gobiernos asuman la función de verificar que los medicamentos sean seguros y eficaces, que los profesionales de la salud hayan completado cursos aprobados o posean capacidades demostradas y que los centros de salud dispongan de personal y equipamiento adecuados. Sin embargo, la existencia de regulaciones crea oportunidades para actividades corruptas. Las compañías farmacéuticas pueden sesgar los estudios de investigación, influir en los comités de revisión o simplemente sobornar a los organismos reguladores para que aprueben o aceleren la tramitación de sus solicitudes. Los prestadores de servicios de salud y los centros médicos pueden sentirse tentados de pagar a un funcionario regulador para que pase por alto algunos deslices en los requisitos de obtención de licencias. Como ocurre en cualquier sector, los inspectores del gobierno pueden sentir la tentación de aprovecharse de su cargo para exigir sobornos aun cuando los proveedores cumplan con las disposiciones.

Pagadores (organizaciones de seguridad social, compañías de seguros médicos)

Los pagadores pueden ser estafados por otros actores, pero también pueden participar en prácticas corruptas. El sector público puede actuar como pagador, ya sea como prestador directo de atención médica o como compañía pública de seguros. En el sector privado, los pagadores son las aseguradoras comerciales y las organizaciones de seguros sin fines de lucro. Los pacientes también se pueden considerar pagadores cuando pagan directamente los honorarios a los prestadores (véase más adelante la sección Pacientes).

Cuando el sector público presta servicios directamente, en general, asigna los recursos mediante el procedimiento normal del presupuesto público. Así, se crean oportunidades para que los intereses políticos contravengan las decisiones que sirven mejor a los intereses de los pacientes. Por ejemplo, se pueden tomar decisiones que favorezcan a regiones gobernadas por aliados políticos, en vez de seguir criterios de equidad y eficiencia.

En países con seguro social obligatorio donde el sector público administra un fondo de seguros, la corrupción se manifiesta cuando los funcionarios malversan dichos fondos. La aseguradora estatal también puede asignar recursos con el fin de obtener dividendos políticos a expensas de los pacientes o los contribuyentes.

Las aseguradoras privadas, con y sin fines de lucro, pueden participar en actividades corruptas cuando colaboran en programas públicos o están sujetas a regulación. Pueden estafar a los programas del sector público que subvencionan la atención médica a través de facturación fraudulenta. También pueden negarse a pagar las facturas de los pacientes que deben rembolsar por ley. Además, pueden sobornar a los funcionarios fiscalizadores de seguros para que pasen por alto las prácticas ilegales.

Prestadores de servicios de salud (hospitales, médicos, enfermeros, químicos farmacéuticos)

A los prestadores de servicios de salud se les presenta una amplia gama de oportunidades de participar en prácticas de corrupción por la gran influencia que ejercen sobre las decisiones médicas para, por ejemplo, prescribir medicamentos, determinar la permanencia de un paciente en el hospital, solicitar exámenes y derivar pacientes a consultas o servicios externos adicionales. Al tomar estas decisiones, los prestadores de servicios de salud pueden actuar en perjuicio de los intereses de sus pacientes, motivados por un interés económico directo, o por el deseo de obtener prestigio, poder o mejores condiciones de trabajo. Estos riesgos son algunas de las razones por las que generalmente se obliga a los profesionales de la salud a adherirse a normas profesionales y códigos éticos expresamente creados para desalentar la corrupción.

Por lo general, los pacientes se ponen en manos de profesionales de la salud a la hora de determinar qué curso de acción se debe seguir para tratar una enferme-

dad. En consecuencia, los prestadores de servicios de salud están en la posición privilegiada de aconsejar a los consumidores qué servicios comprar. Cuando los prestadores reciben honorarios por sus servicios (es decir, un pago por cada servicio que prestan), es más conveniente para sus intereses económicos prestar más servicios –y servicios más costosos– que los que exige el estado de salud de la persona. Cuando los prestadores reciben pagos per cápita (es decir, un pago único por la cobertura de todos los servicios que necesita un paciente inscrito en su programa, sin importar la cantidad de servicios prestados efectivamente) es más conveniente para sus intereses económicos ofrecer menos servicios que los que exija el estado de salud de la persona únicamente. Cuando los proveedores reciben un sueldo fijo, sin considerar el volumen de servicios ofrecidos, no existen incentivos económicos para la prestación excesiva o suficiente de servicios, por lo tanto crece la tendencia a una menor productividad y a la prestación de menos servicios.⁸

En el caso de los prestadores de servicios médicos empleados por el sector público, se puede apreciar una amplia variedad de abusos. Estos pueden aprovecharse de su trabajo en el sector público para derivar pacientes a sus consultas privadas paralelas (o utilizar las instalaciones y suministros del Estado para atender a sus pacientes privados). También pueden estafar al sector público aceptando un sueldo completo a pesar de ausentarse para atender consultas privadas en otros centros de salud. Pueden robar fármacos y suministros médicos con el fin de revenderlos o utilizarlos en otro lugar y exigir sobornos a los pacientes por servicios que debieran ser gratuitos. Si bien estas prácticas son generalmente ilegales, en muchos países se las justifica por considerarlas estrategias aceptables para sobrellevar las bajas remuneraciones y las precarias condiciones laborales.⁹

Los prestadores de servicios de salud también están en posición de estafar a los pagadores de muchas formas. La mayor parte de los sistemas de pago depende de la honradez de los proveedores para declarar el tipo y la intensidad de los servicios prestados. Los prestadores de servicios de salud pueden crear pacientes fantasma para reclamar pagos adicionales. Pueden pedir que sus pacientes se hagan exámenes en laboratorios privados en los que tienen intereses económicos, o prescribir medicamentos costosos a cambio de compensaciones ilícitas o sobornos de las compañías farmacéuticas.

Además de los prestadores de servicios de salud, los funcionarios de centros médicos pueden aceptar comisiones ilícitas para influir en la compra de fármacos y suministros, en las inversiones en infraestructura y en la compra de equipos médicos. Al hacerlo, pueden pagar sobreprecios o pasar por alto trabajos de calidad inferior.

Pacientes

Los consumidores o pacientes también pueden incurrir en conductas corruptas. En muchos sistemas, los pacientes intentan obtener atención médica gratuita o sub-

vencionada mediante una declaración falsa de sus ingresos personales o familiares. En otros, los pacientes falsean su inscripción en un plan de cobertura de salud utilizando tarjetas de seguro de familiares o amigos. Este ilícito se ha documentado en la provincia de Ontario en Canadá, donde se detectó que muchas personas empleaban tarjetas falsificadas para acceder a la atención gratuita del sector público.¹⁰ Un paciente puede sobornar a un médico para obtener beneficios no relacionados directamente con la salud, como un certificado médico para obtener una licencia de conductor, para evitar cumplir con el servicio militar o para reclamar pagos por discapacidad.

El pago de sobornos para obtener acceso privilegiado a la atención pública es otra forma común de corrupción. En algunos países, estos sobornos son socialmente aceptables y se justifican como una manera de compensar a los profesionales mal pagados del sector público, o como la respuesta comprensible de aquellas personas que necesitan atención urgente. Sin embargo, cuando estos sobornos se institucionalizan, se crea una situación donde probablemente la gente más acomodada reciba mejor atención que las personas más pobres que no pueden pagar los sobornos (véase el capítulo 3: “La corrupción en los hospitales”).

Proveedores (fabricantes de equipos médicos, compañías farmacéuticas)

Los proveedores de equipos médicos y las compañías farmacéuticas manejan información privilegiada de sus productos y entregas que les permite corromper el sistema de salud. Para economizar, los proveedores pueden reducir la calidad de los equipos o empaquetar de nuevo medicamentos vencidos. Pueden realizar entregas incompletas y sobornar a los encargados de compras para que autoricen pagos más elevados. Pueden también inducir a los prestadores de servicios a utilizar sus productos con sobreprecio, aun cuando existan alternativas más económicas e igualmente efectivas. A mediados de la década de 1990, se investigaron en Alemania 450 hospitales y más de 2.700 médicos, bajo sospecha de aceptar sobornos de fabricantes de válvulas cardíacas, equipos médicos de reanimación, marcapasos y prótesis de cadera.¹¹ Los proveedores pueden sobornar a las autoridades de salud pública en cualquiera de sus procedimientos regulares de compra e incluso recibir sobornos de compañías que pretenden adjudicarse lucrativos concursos para la construcción de hospitales (véase *Informe global de la corrupción 2005*).

Finalmente, los proveedores pueden sobornar a los organismos reguladores para que formulen políticas que los favorezcan. Por ejemplo, las compañías farmacéuticas pueden persuadir a los gobiernos de que impidan la competencia de los fabricantes de medicamentos genéricos, o los productores de equipos pueden intentar cambiar las regulaciones para que centros de salud autorizados deban comprar sus productos.

Es difícil demostrar la intención

Si bien los cinco actores están, en general, presentes en cada sistema, su poder relativo y sus incentivos varían considerablemente. Por ejemplo, los médicos asalariados no tienen manera de cobrar de más a las aseguradoras, y los sistemas que prohíben a las aseguradoras establecer redes exclusivas de prestadores de servicios tienen menos carta blanca para controlar los costos y las prácticas de facturación.

En todos los casos, empero, es difícil detectar la corrupción en el sistema de salud. Por extraño que parezca, no es fácil distinguir un acto de enriquecimiento de una ineficiencia del sistema, un error humano o una simple decisión equivocada. Con frecuencia, es difusa la línea que existe entre el abuso y los errores sin mala intención. Por ejemplo, cuando los prestadores de servicios facturan al gobierno tratamientos no indicados por razones médicas (o ni siquiera suministrados), aun puede resultar difícil determinar si la decisión fue motivada por la intención de estafar al gobierno, por capacitación deficiente, o por un simple error.

Estas dificultades para demostrar las intenciones fomentan una situación en que la impunidad es un lugar común. Los esfuerzos para condenar por corrupción a personas o empresas pueden enfrentar aún más obstáculos cuando las asociaciones médicas o los grupos de cabildeo de la industria emplean la presión política para proteger a sus miembros de lo que puede percibirse o caracterizarse como celo judicial exagerado.¹² Una respuesta posible es dejar la vía judicial de lado y, en su lugar, emplear el apalancamiento público para inducir un comportamiento más transparente y honesto. Por ejemplo, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos intentó reducir la facturación fraudulenta a Medicare (el sistema público de seguro médico que cubre a la tercera edad) documentando las discrepancias y formulando programas de cumplimiento. Con ello en mente, simplemente se pasó por alto si las prácticas que dieron origen a los sobrepagos, como la asignación errónea de códigos o la desagregación de productos y servicios se debieron a errores, a interpretaciones equivocadas o a conductas ilícitas deliberadas, para garantizar que, en adelante, la facturación cumpliría con lo que estipulaba la legislación. En los programas de cumplimiento, se exigía a los hospitales que redactaran normas escritas de conducta, que capacitaran a su personal en el uso correcto de los códigos, que establecieran líneas directas de asistencia telefónica para la recepción de quejas y que fiscalizaran el cumplimiento de sus propias normas, entre una gran variedad de medidas.¹³

¿Varía la corrupción en los distintos sistemas de salud?

Si bien los prestadores de servicios de salud, los pagadores, los consumidores, los organismos reguladores y los proveedores de productos están activos en todos los sistemas de salud, las relaciones, las responsabilidades y los mecanismos de pago

sí varían. Algunos países poseen servicios de salud pública relativamente bien financiados que son ofrecidos directamente por los gobiernos nacionales o locales (Suecia, España). En otros países de ingresos altos, el sector público paga por los servicios de salud que ofrecen prestadores privados y públicos (Canadá, Alemania). En la mayoría de los países de ingresos medios y bajos, el sistema de salud está fragmentado. Puede incluir un programa público de seguro médico para los trabajadores del sector formal; la prestación pública directa a los indigentes; aseguradoras privadas y prestadores de servicios contratados por hogares más acomodados, y una gran proporción de profesionales privados pagados directamente por sus pacientes, ricos y pobres (México, Sudáfrica).¹⁴

Los abusos en el sistema de salud motivados por el beneficio personal no son exclusivos de un país o sistema en particular. Sin embargo, las formas de abuso pueden diferir según cómo se movilizan, manejan y pagan los fondos. Por esta razón, conviene clasificar los sistemas de salud en dos amplias categorías según su estructura institucional: los sistemas donde el sector público financia y presta directamente los servicios de atención de salud y los sistemas que separan el financiamiento público de la prestación directa.

En el caso de la prestación directa de servicios públicos de atención de salud, las formas más comunes de abuso son las comisiones ilícitas y los sobornos en procesos de compras, el robo, el cobro ilegal a pacientes, la derivación de pacientes a consultas privadas, la reducción o el deterioro de la calidad de la atención y el ausentismo. En los sistemas que separan el financiamiento público de la prestación directa, las formas más comunes de abuso son el tratamiento médico innecesario o de mala calidad, dependiendo del mecanismo de pago utilizado, y el fraude en la facturación al gobierno y a las compañías aseguradoras (véase el recuadro 1.1).

Sistemas con prestación directa de servicios de salud pública

En muchos países, se han establecido sistemas de salud pública con el fin de prestar a la población atención médica gratuita o de bajo costo en el momento de recibirla. La estructura más común de estos sistemas incluye al Ministerio de Salud, o su equivalente, que contrata al personal administrativo, médico y auxiliar necesario, provee la infraestructura y organiza la compra y distribución de medicamentos, equipos y suministros. Muchos países europeos siguen este modelo. Los sistemas de salud pública integrados se caracterizan por una gran variedad de diferencias estructurales, sea a través de la descentralización (como ocurre en España) sea la experimentación con centros de salud autónomos (Suecia), pero comparten sistemas comunes de asignación de presupuestos y prestación de servicios.

En los países en desarrollo, no son frecuentes las historias de éxito relacionadas con la prestación pública directa. En los más eficaces, los servicios llegan al grueso de la población (Chile, Cuba, Malasia). En la mayoría de los casos, sin embargo, los sistemas públicos no han sido capaces de llegar a grandes segmen-

tos de la población, o de prestar servicios satisfactorios (Venezuela, Indonesia). En ausencia de una cobertura completa, los países en ocasiones financian, o por lo menos subsidian, instituciones de atención de salud sin fines de lucro, como

Recuadro 1.1. Corrupción en el sector salud de Camboya¹

Los antecedentes sobre la salud en Camboya figuran entre los peores de Asia. El índice de mortalidad materna, que asciende a 437 muertes por cada 100 mil nacidos vivos, es el más alto de la región. El personal calificado atiende menos de un tercio de todos los partos.² Casi 1 de cada 10 bebés muere antes de cumplir el año de edad y más de 60.000 mueren cada año por desnutrición u otras enfermedades que se pueden prevenir o curar.³ La malaria sigue siendo un problema grave y los casos conocidos de tuberculosis han aumentado de aproximadamente 61.000 en 1999 a 108.000 en 2004.⁴

Estas deplorables condiciones de salud persisten a pesar de que, durante la última década, se han hecho inversiones en el sector salud de Camboya, orientadas a reconstruir un sistema diezmado sistemáticamente bajo el régimen de Khmer Rouge (1975-1978) y subfinanciado en los años posteriores. La Asistencia para el Desarrollo Internacional (Overseas Development Aid - ODA) financió gran parte de la reconstrucción y sigue siendo una fuente importante de recursos para el gobierno. En el año 2002, la asistencia internacional por US\$490 millones que recibió Camboya equivalía a poco más del 12% del PIB, y el 20% de la ayuda se gastó en salud.

Sin embargo, el gasto en salud del gobierno y de la ayuda internacional palidece en comparación con las sumas que se gastan en el área privada. De los 177 países evaluados en el *Informe de desarrollo humano*, Camboya exhibe el mayor gasto privado en salud como porcentaje del PIB. El gasto no sujeto a reembolso en la atención en los consultorios privados de Camboya o los pagos informales por servicios de salud pública representan el 10% del PIB del país.⁵

La corrupción es una de las razones que explica por qué la inversión pública en salud, sumada a los altos niveles de gasto privado, no se ha traducido en buenos resultados en el sector. Algunos hechos anecdóticos sugieren que la corrupción se presenta en todos los niveles del servicio de salud camboyano, pero tradicionalmente ha habido reticencia a hablar del problema. Los investigadores, los trabajadores de la salud y los administradores entrevistados en julio de 2005 señalaron que, en general, se suponía que entre el 5% y el 10% del presupuesto de salud desaparecía antes de que el Ministerio de Economía lo entregara al Ministerio de Salud.⁶ Más dinero se escapaba del sistema cuando el gobierno nacional canalizaba los fondos a los gobernadores provinciales y a los directores de distritos operativos y, posteriormente, a los directores o administradores de hospitales y consultorios públicos locales.

Los informes encargados por el Banco Mundial y la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (United States Agency for International Development - USAID) indican que la corrupción es común en los procesos de compras y concesiones públicas, en la administración de fondos a nivel de gobiernos central y distritales, y en los programas de prestación de servicios de salud. Es habitual que las compañías paguen sobornos a cambio de contratos públicos.⁷ Varios expertos señalaron, en

entrevistas, que los funcionarios del Ministerio de Salud y los administradores de los hospitales inflaban artificialmente el costo de los equipos médicos en complicidad con los proveedores privados y se repartían la diferencia no informada, que podía ascender a cinco veces el valor real.

Otro motivo de preocupación es la subutilización de los servicios de salud pública por su mala calidad e inaccesibilidad. Con el alza de los precios de los terrenos en Phnom Penh y Siem Reap, este problema amenaza con agravarse por los supuestos planes del gobierno de trasladar los hospitales de los centros urbanos a la periferia, donde los terrenos son más baratos, situación que dificultaría aún más el acceso. En Siem Reap, por ejemplo, un hospital está en peligro de ser demolido para desocupar una propiedad inmobiliaria de primera calidad cercana a una popular atracción turística. El gobierno sostiene que el terreno está valuado en US\$4 millones. Los administradores de los programas de salud de los sistemas públicos y privados señalan que el terreno vale varias veces más que el costo de reconstruir el hospital.

El potencial de obtener ganancias mediante planes como el descrito puede constituir la única motivación para ingresar al sector salud. En Camboya, se considera una práctica común pagar grandes cantidades de dinero para obtener un cargo de funcionario público del gobierno: mientras más alto el cargo, mayor el precio exigido.⁸ Los trabajadores de la salud consultados denunciaron una tarifa de hasta US\$100.000 por el cargo de director de una oficina provincial o nacional del Ministerio de Salud. Un puesto de funcionario público de bajo nivel en el mismo sector puede costar US\$3.000. Estas sumas representan una gran inversión si se considera que los salarios de los empleados del gobierno son, por lo general, bajos: en promedio, unos US\$40 mensuales.

La corrupción también se presenta en el ámbito de la prestación de servicios de salud, donde los trabajadores mal pagados solicitan pagos informales por sobre el costo normal del servicio, o sustraen fondos públicos del presupuesto disponible. Son comunes también los pagos informales a médicos o enfermeros para obtener un tratamiento de mejor calidad o más rápido y los bajos salarios que perciben los trabajadores de la salud son un área que exige reformas importantes. En el 2001, Médecins Sans Frontières (Médicos sin Fronteras) trabajó con el Ministerio de Salud y UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund) en un proyecto en el distrito de Sotnikum, en la provincia de Siem Reap, que elevaba los sueldos de los trabajadores de la salud según su desempeño y su compromiso con la práctica ética. También intentó iniciar un Fondo de Inversión con el fin de ayudar a los pobres a pagar los costos y los servicios médicos. Ambas estrategias han sido exitosas y continúan en muchos proyectos de atención de salud financiados por donaciones en Camboya, aunque la cobertura es irregular.

Otras reformas importantes son: optimizar la transparencia en las compras, mejorar las correspondencias entre políticas y presupuestos de salud y realizar investigaciones útiles para comprender los mecanismos de la corrupción en el sector. Una encuesta planificada de seguimiento del gasto público, iniciada por el Banco Mundial en el sector salud con el propósito de identificar cuellos de botella y filtraciones en las finanzas públicas en los ámbitos nacional y local, es un paso importante para eliminar los vacíos de información que afectan al sector salud en Camboya.

También se debe prestar atención urgente a la aplicación de la ley. Un Poder Judicial extremadamente débil, combinado con una legislación insuficiente que se re-



forma con gran lentitud, ha consagrado la impunidad como norma en los casos de corrupción. En el país trabajan 100 fiscales, 250 abogados privados y 100 jueces, estos últimos seleccionados en su mayoría por sí mismos, después de haber comprado el cargo.⁹ Ha habido algunos avances en la capacitación de los jueces y varias ONG están desarrollando servicios legales básicos para los pobres y los desamparados, pero al margen de estas iniciativas y buenos propósitos, no hay compensación para quienes han sufrido los efectos de la corrupción a manos de las autoridades y del personal del sector salud.

Lisa Prevenslik-Takeda¹⁰

Notas

1. El artículo se basa en un trabajo de campo y en entrevistas realizadas por la autora de mayo a julio de 2005.
2. Gobierno Real de Camboya, Cambodia Millennium Development Goals Report 2003.
3. PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo), Human Development Report 2003 (Ginebra: PNUD, 2003); UNICEF, Childhood Under Threat: The State of the World's Children 2005 (Nueva York: UNICEF, 2005).
4. Informe de la OMS, Global Tuberculosis Control (Ginebra: OMS, 2005). Probablemente las cifras reales son mucho más elevadas, ya que las pruebas normales de tuberculosis en los centros médicos de todo el país consisten en exámenes de esputo que sólo detectan el 75% de las infecciones de tuberculosis pulmonar.
5. Aunque la Constitución establece que todos los ciudadanos de Camboya tienen derecho a atención médica gratuita, una medida reciente del gobierno exige a todos los camboyanos el pago de 2.000 a 3.000 ríeles (US\$0,75) por el acceso a la atención de salud en las instalaciones públicas. El pago da derecho a un examen médico, pero el costo adicional de los medicamentos y otros insumos debe solventarlos el paciente.
6. Entrevistas de la autora, Phnom Penh, Camboya, julio de 2005.
7. Michael Calavan, Sergio Diaz Briquets y Jerald O'Brien, "Cambodian Corruption Assessment", Informe preparado para el Banco Mundial, EE.UU./Camboya, agosto de 2004; Jean-François Bayart, "Thermidor au Cambodge", *Alternatives Economiques*, marzo de 2005; Peter Leuprecht (representante especial del secretario general de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en Camboya), *Rethinking Poverty Reduction to Protect and Promote the Rights of Indigenous Minorities in Cambodia*, Foro de ONG sobre Camboya, abril de 2005.
8. Véase, por ejemplo, Calavan et al., "Cambodian Corruption Assessment".
9. *Ibíd.*
10. Lisa Prevenslik-Takeda es coordinadora de proyectos del Departamento de Asia y el Pacífico de Transparency International.

hospitales de misiones en África o consultorios públicos de ONG en el continente americano.

Los datos disponibles sobre corrupción en los sistemas de salud con prestación directa de atención pública se refieren en gran parte a los pagos informales o ilegales por los servicios en economías en desarrollo o en transición. Esta forma de corrupción ejerce un efecto particularmente negativo sobre el acceso de los pobres a la atención cuando no pueden solventar este tipo de pagos. En China y en muchos ex países comunistas de Europa Oriental y Asia Central, ante la evidente existencia

de estos pagos ilegales, los observadores han concluido que el sistema de atención de salud se ha privatizado, que funciona como un mercado de atención médica privada y que sólo es público en lo nominal.¹⁵

El siguiente eje más común de los estudios sobre corrupción en los sistemas de salud con prestación directa es el robo por parte de los empleados, la derivación de pacientes a consultas paralelas, el ausentismo y el uso ilícito de las instalaciones públicas para la práctica privada. También se han estudiado las comisiones ilícitas y los sobornos en la compra de suministros, medicamentos o equipos en estos sistemas, aunque estas formas de corrupción son más difíciles de detectar y documentar. Algunos estudios han logrado estimar la magnitud de los sobreprecios cobrados al sector público por suministros médicos y medicamentos comparando los precios pagados por diferentes hospitales.¹⁶

Sistemas que separan el financiamiento público de la prestación directa

En muchos sistemas de salud, la entidad que financia los servicios es independiente de la entidad que los provee. Esto es común en los países con sistemas de seguro social como Francia y Alemania, en países federados de gran tamaño como Brasil y Canadá, y en los sistemas con programas de seguridad pública como Medicaid y Medicare en Estados Unidos. Esta separación de financiamiento y prestación de carácter público no es frecuente en países de bajos ingresos, pero sí lo es en los países de ingresos altos, y en los de ingresos medios de América Latina y Asia.

Cuando el financiamiento público se separa de la prestación, es probable que cambie el carácter de los abusos y que se concentre en las distintas maneras de desviar el flujo de pagos y los reembolsos. Un aspecto central que influye en el tipo de abusos es el mecanismo elegido por los que financian para pagar a los proveedores por sus servicios. Por ejemplo, a los profesionales médicos que reciben reembolso sobre la base de honorarios por servicios prestados no les resulta conveniente ausentarse del trabajo, pero algunos facultativos sin principios pueden ceder a la tentación de cobrar en exceso por sus servicios, facturar por servicios no prestados o solicitar exámenes y procedimientos no indicados médicamente. El pago per cápita puede introducir los incentivos correctos para que los prestadores de servicios de salud se concentren más en la medicina preventiva que en el tratamiento curativo, pero también puede motivar que profesionales venales descuiden la provisión de la atención necesaria o reduzcan su calidad por debajo de los niveles admisibles.

La misma fuente de financiamiento público puede ser blanco de la corrupción cuando sus funcionarios desvían fondos para usos indebidos o para su beneficio económico personal. Por otra parte, el reembolso público a los prestadores de servicios privados, en sistemas donde se permite, plantea una amplia variedad de problemas normativos. A menudo, el gobierno establece regulaciones para asegurar

que los prestadores privados cumplan con estándares mínimos de calidad. Estas regulaciones generan oportunidades de corrupción en los procedimientos de concesión de licencias y en las inspecciones.

Sin importar si los países prestan directamente los servicios de salud o separan el financiamiento público de la prestación, sus sistemas no son inmunes a la corrupción. Probablemente sólo variarán las formas y la magnitud de la corrupción (véase recuadro 1.2).

Formas comunes de corrupción en todos los sistemas de salud

En ambos tipos de sistemas, se encuentran formas de abuso en los procesos de asignación y transferencia de fondos públicos entre entidades nacionales y subnacionales. En ocasiones, ocurren desvíos de fondos de gran magnitud a nivel del ministerio o nivel de dirección de un sistema de salud; en otros casos, los fondos se desvían de sus propósitos originales cuando se transfieren a administradores políticos de menor rango. Si bien, potencialmente, estas formas de malversación pueden costarle al sistema más que otras formas de corrupción que ocurren a nivel de los centros de salud, se estudian con menos frecuencia y no están bien documentadas.

Recuadro 1.2. Historia de dos sistemas de salud

Un análisis más detallado de dos países demuestra cómo se manifiesta la corrupción de manera diferente en distintos sistemas de salud. Colombia y Venezuela son países latinoamericanos vecinos, con ingresos comparables, que comparten muchas similitudes de historia, cultura e idioma. Hasta 1990, ambos países presentaban también sistemas de salud fragmentados de manera similar, formados por una gran institución de seguridad social que atendía al sector formal, gobiernos nacionales o estatales que prestaban los servicios de atención de salud directamente al resto de la población, y un sector privado activo que dependía predominantemente del pago directo de los pacientes y sus familiares por los servicios.

A comienzos de la década de 1990, Colombia inició una serie de profundas reformas de salud que descentralizaron los servicios públicos y los dejaron a cargo de la administración municipal y, paralelamente, creó un sistema de seguro universal obligatorio con la participación de aseguradoras que no pertenecían al gobierno (con y sin fines de lucro). En el nuevo sistema de seguros, se daba a las personas la opción de escoger su aseguradora. El contenido y el precio del paquete de beneficios se definieron a nivel nacional con la expectativa de que las aseguradoras compitieran en la calidad de la atención y los servicios.

Para que el sistema fuera más equitativo, la reforma creó un fondo nacional que gravaba una parte de las contribuciones relativamente altas que pagaban las personas de ingresos más altos y subvencionaba las contribuciones relativamente bajas que



pagaban las personas de menores ingresos. Como consecuencia de este sistema, ahora se les garantiza a las aseguradoras una prima fija por cada cotizante, ajustada según el sexo y la edad, que no debería variar con el ingreso real de la persona. De esta manera, Colombia cambió de un sistema segmentado dominado por grandes instituciones públicas con prestación integrada de servicios a un sistema cada vez más universal caracterizado por la separación de pagadores y proveedores.

Desafortunadamente, ambos países han tenido bastante corrupción en todos los sectores, y el sistema de salud no es la excepción. Una comparación entre los dos a fines de la década de 1990 sugería que la corrupción era generalizada, pero había adoptado formas algo distintas por la divergencia de los sistemas de salud. Por ejemplo, gran parte del personal de los hospitales públicos de ambos países informó de una infinidad de irregularidades, como robo, comisiones ilegítimas, ausentismo y recepción de sobornos.¹ Sin embargo, el 59% del personal encuestado en los hospitales públicos de Bogotá señaló que estas irregularidades habían disminuido desde la introducción de la reforma de salud. Según el personal de los hospitales venezolanos, los médicos faltaban al trabajo un 37% del tiempo mientras que, aparentemente, el ausentismo en los hospitales públicos de Colombia representaba menos del 6% del horario de los médicos. Si bien las pruebas disponibles son escasas y, por cierto, no concluyentes, las diferencias sugieren que los hospitales públicos en el nuevo sistema colombiano pueden caracterizarse por una menor frecuencia de irregularidades.

Por otra parte, la reforma de salud en Colombia abrió una vía completamente nueva para actividades corruptas. Los grandes caudales de fondos de los contribuyentes, las aseguradoras privadas y los subsidios del gobierno a cotizantes de bajos ingresos se convirtieron en blanco de abusos. A mediados de la década de 1990, la Secretaría de Salud de Bogotá, encargada de administrar los subsidios de los cotizantes de bajos ingresos, inició una auditoría de las listas enviadas por las aseguradoras para reclamar los reembolsos. Se determinó que se estaban entregando beneficios a 114.000 afiliados nuevos, número mucho mayor que el que podría esperarse por la sola extensión de la cobertura universal. La Secretaría descubrió que, para continuar recibiendo los subsidios del gobierno, las aseguradoras mantenían a individuos registrados en sus libros aun después de que estos se hubieran afiliado a otra institución. La práctica se facilitaba porque las personas no conocían bien el sistema y no comprendían las implicaciones de firmar una nueva solicitud. Algunas aseguradoras no enviaban a sus cotizantes la documentación necesaria y les dificultaban así el acceso a los servicios a los cuales tenían derecho. Por último, algunos agentes de seguros simplemente enviaban solicitudes falsas. En consecuencia, Bogotá fue víctima de estafas por millones de dólares hasta que se estableció una base de datos unificada y se comenzó a controlar e investigar los reclamos con mayor celo. Sin embargo, prácticas similares probablemente continuaron en el resto del país donde los reclamos se controlaban de forma menos activa.

William D. Savedoff

Nota

1. Rafael Di Tella y William D. Savedoff. *Diagnosis Corruption: Fraud in Latin America's Public Hospitals* (Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo, 2001).

Ambos tipos de sistemas de salud comparten la vulnerabilidad a los abusos relacionados con medicamentos adulterados, venta de equipos defectuosos, entrega de información falsa sobre la calidad o la necesidad de los suministros médicos y conflictos de intereses entre compradores, prestadores de servicios, proveedores de productos e investigadores.

Conclusión

Los sistemas de salud son propensos a la corrupción porque la incertidumbre, la información asimétrica y un gran número de actores generan oportunidades sistémicas para ello. Estos tres factores se combinan para dividir la información entre los distintos actores (organismos reguladores, pagadores, prestadores de servicios, pacientes y proveedores de productos) de manera que dejan al sistema vulnerable a la corrupción y dificultan la transparencia y la responsabilización.

Cuando se establecen normas para corregir estos problemas, los intentos de ejercer influencia sobre los organismos reguladores se convierten en una nueva fuente potencial de corrupción. Algunos grupos de intereses con poder, como los proveedores, los pagadores y los prestadores de servicios de salud, pueden capturar a los funcionarios reguladores con el fin de evadir sus responsabilidades o perseguir sus propios intereses en detrimento del público. Por lo general, los consumidores no tienen la organización ni el poder para disciplinar a los demás actores del sistema expresando sus críticas o eligiendo otros prestadores. Además, los abusos se pueden esconder detrás de simples ineficiencias administrativas o, si se cuestionan, se pueden justificar con la explicación de que una persona menos informada de las circunstancias del caso no debería poner en duda al profesional médico o al encargado de compras. En consecuencia, se pueden generalizar las oportunidades de desviar fondos, vender favores, exigir sobornos o corromper con otras prácticas la utilización de los recursos.

Estos problemas se presentan en los sistemas de salud de todo el mundo. Las estructuras institucionales particulares del sistema de salud pueden hacer que ciertas formas específicas de corrupción parezcan más o menos atractivas, pero ningún sistema es inmune a los abusos y el fraude. Entender el funcionamiento del sistema de salud del país, revisar los incentivos subyacentes para la prestación de servicios y analizar sus vulnerabilidades particulares son los primeros pasos para formular estrategias integrales que ataquen la corrupción desde un punto de vista sistémico y para implementar medidas que logren reducir el grado del abuso y del fraude.

Notas

1. William D. Savedoff es socio principal de Social Insight y ex economista principal de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Banco Interamericano de Desarrollo. Karen Hussmann es consultora de políticas públicas especializada en Economía de la Salud y Go-

- bernabilidad, y se desempeñó como coordinadora de programas de Transparency International.
2. Estas cifras corresponden a estimaciones de los autores para el año 2001, calculadas a partir de varias fuentes, entre ellas la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (PAHO), el Banco Mundial y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.
 3. Kenneth J. Arrow, "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, 53 (1963). Para un análisis del artículo de Arrow y sus efectos sobre la economía de la salud, véase William D. Savedoff, "40th Anniversary: Kenneth Arrow and the Birth of Health Economics", *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 82(2), febrero de 2004.
 4. La explicación económica detallada de estos problemas considera la selección adversa y el peligro moral y se explica en la mayoría de los libros sobre economía de la salud. Véase, por ejemplo, T. Getzen, *Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds* (Nueva York: Wiley, 1997).
 5. La literatura sobre modelos de selección pública y deficiencias del gobierno incluye a Dennis C. Mueller (ed.), *Perspectives on Public Choice* (Cambridge: Cambridge University Press, 1997) y Torsten Persson y Guido Tabellini, *Political Economy: Explaining Economic Policy* (Cambridge, MA: MIT Press, 2002).
 6. Para el tema del modelo de principal-agente, véase D. E. Sappington, "Incentives in Principal-Agent Relationships", *Journal of Economic Perspectives*, 5(2), 1991; y William D. Savedoff, "Social Services Viewed Through New Lenses", en William D. Savedoff (ed.), *Organization Matters: Agency Problems in Health and Education in Latin America* (Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo, 1998).
 7. Alberto Ades y Rafael Di Tella, "Rents, Competition and Corruption", *American Economic Review*, 89(4), 1999.
 8. Para un análisis de los distintos mecanismos de pago y sus efectos sobre la conducta del prestador de servicios de salud, véase H. Barnum, J. Kutzin y H. Saxenian, "Incentives and Provider Payment Methods", *International Journal of Health Planning and Management* 10, 1995; y J. C. Robinson, "Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives", *Milbank Quarterly*, noviembre de 2001.
 9. Véase el capítulo 3, "Corrupción en los hospitales", página 59.
 10. N. Inkster, "A Case Study in Health Care Fraud in Ontario, Canada", *Corruption in Health Services*. Estudios presentados en el taller "Corrupción y Salud" de la X Conferencia Internacional Anticorrupción, Praga, República Checa, octubre de 2001 (Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo, 2002).
 11. *British Medical Journal*, 312, 13 de enero de 1996.
 12. Entrevista de William D. Savedoff con Leslie Aronovitz, Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, 17 de diciembre de 2000.
 13. L. Aronovitz, "Allegations of Inaccurate Billing in the Medicare System in the United States", *Corruption in Health Services*. Estudios presentados en el taller "Corrupción y Salud" de la X Conferencia Internacional Anticorrupción, Praga, República Checa, octubre de 2001 (Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo, 2002).
 14. *World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People* (Washington, DC: Banco Mundial, 2004), y *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance* (Ginebra: OMS, 2000).
 15. Gerald Bloom, "Primary Health Care meets the Market: Lessons from China and Vietnam", Documento de Trabajo del IDS N° 53 (Brighton, RU: Instituto de Estudios de Desarrollo, 1997); y Tim Ensor, "What Role for State Health Care in Asian Transition Economies?" *Health Economics*, 6 (5), 1997.
 16. Rafael Di Tella y William D. Savedoff, *Diagnosis Corruption: Fraud in Latin America's Public Hospitals* (Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo, 2001).

Corrupción en los sistemas de atención de salud: la experiencia de Estados Unidos

Malcolm K. Sparrow¹

Estados Unidos gasta más en atención de salud que cualquier otro país desarrollado; el gasto nacional en el año 2003 superó los US\$1,6 mil millones.² Esta cifra representa el 15,3% del PIB del país y ha aumentado de 5,7% en 1965 a 8,8% en 1980.³ A pesar del extraordinario nivel de gasto, los economistas del sector salud han dedicado tradicionalmente escasa atención a la corrupción, el fraude, el derroche y el abuso en el sistema de prestación de servicios de salud estadounidense. No lo toman en cuenta en sus modelos de costos, pues señalan que no existen datos sobre el fenómeno. Ciertamente, escasean los datos confiables sobre la extensión de la corrupción en el sistema y hay pocas estimaciones confiables sobre qué proporción del dinero asignado a salud se pierde en actividades ilícitas.

Como un riesgo que debe controlarse, la estafa y la corrupción en el sistema de atención de salud plantean todos los problemas habituales de los delitos de cuello blanco: los planes delictivos bien orquestados son, por diseño, invisibles y, con frecuencia, no se detectan. Las inversiones en controles se basan en la arista visible (vale decir, detectada) del problema y no en sus aspectos ocultos, ni en válidas estimaciones estadísticas o científicas de su magnitud.

A pesar de la naturaleza esencialmente invisible del problema, el fraude en la atención de salud en Estados Unidos fue considerado de tal seriedad por el gobierno de Clinton (sobre la base de los casos revelados) que en 1993, la fiscal general Janet Reno lo calificó como el segundo problema criminal más importante, solo precedido por los crímenes violentos. Esto indicó un nivel de preocupación por la integridad de la industria de la salud sin precedentes en Estados Unidos y, tal vez, en todo el mundo.

Características del sistema estadounidense

A pesar de los altos niveles de gasto en salud del sector público,⁴ el sistema posee un número comparativamente menor de funcionarios o empleados públicos que desempeñan funciones de prestación de servicios en contacto directo con los afiliados. Por lo tanto, si se adopta una definición de corrupción limitada al abuso de autoridad pública, esta no abarcaría la mayor parte de las estafas en la atención de salud. Sin embargo, la definición más amplia de abuso de confianza por la autoridad, sí abarca las acciones deshonestas de médicos, funcionarios de hospitales y otros profesionales de la salud, a quienes generalmente se les reconoce un alto nivel social y profesional y de quienes se espera el ejercicio de un juicio médico profesional no sesgado por intereses económicos privados. Por lo tanto, según esta definición, la mayor parte del fraude dentro del sistema, perpetrado

por los prestadores médicos, puede ser entendido como corrupción. Por ejemplo, cuando los facultativos aceptan pagos por extender prescripciones innecesarias como parte de prácticas ilícitas de reciclaje farmacéutico, cuando engañan a pacientes con tratamientos que no necesitan, o cuando envían facturas a los programas públicos por servicios que nunca prestaron, seguramente la mayor parte del público consideraría que han abusado de la confianza que se les otorgó como profesionales médicos.

El sistema de salud de Estados Unidos presenta varias características particulares que lo hacen vulnerable a la corrupción:

- **Gran parte de la prestación de atención sanitaria se contrata externamente.** En su mayor parte, las prestaciones de atención de salud las asume el sector privado o entidades independientes sin fines de lucro. No obstante, los servicios son pagados por programas del gobierno como Medicare (programa federal para la tercera edad) o Medicaid (programas estatales destinados a los pobres) o por aseguradoras comerciales que ofrecen seguros de salud a personas, agrupaciones o empleadores (que compren cobertura de salud para sus empleados como un beneficio laboral). Esto significa que, las entidades pagadoras no disponen de más información confiable que la palabra de los proveedores sobre los servicios que se prestaron o los que eran necesarios.
- **Estructura de honorarios por servicios prestados y pago basado en la confianza.** La mayoría de los servicios se reembolsa según la fórmula de *honorarios por servicios prestados*, a pesar de la invención reciente de otras estructuras como la capitación (donde se contrata a una entidad para que provea la atención necesaria a cambio de un ingreso mensual fijo por paciente) y otros sistemas de atención de salud administrada. En la estructura de honorarios por servicios prestados, se confía a los prestadores (médicos, hospitales, especialistas, etc.) la labor de determinar los niveles correspondientes de atención y, posteriormente, cobrar a la aseguradora por los servicios prestados.
- **Los proveedores de productos médicos y los prestadores constituyen los principales focos de corrupción.** La principal ocasión de robo se presenta a los proveedores de servicios más que a los pacientes. Estos últimos sólo pueden estafar a su propia cuenta y hasta un cierto punto, antes de que se activen varias señales o alarmas. Por eso, la prevalencia del fraude orquestado por los pacientes está restringida hasta cierto grado a la proporción de pacientes deshonestos. En cambio, los prestadores de servicios y sus agentes cobradores están en posición de enviar facturas falsas o infladas en grandes volúmenes, extendiendo la actividad corrupta a cientos o miles de cuentas de pacientes. Así, los prestadores tienen una *oportunidad comercial* en la conducta deshonestas, y un grupo relativamente pequeño de actores venales

puede hacer un daño económico desproporcionado al sistema. En la mayor parte de los casos importantes de corrupción, se han visto involucrados profesionales médicos, prestadores y compañías de la cadena de suministro del sistema de salud.

- **Sistemas de pago sumamente automatizados.** Los sistemas de pago de honorarios por servicios prestados se encuentran consolidados en sistemas de pago masivos, muy automatizados. Los informes electrónicos transmitidos al sistema (en forma de declaraciones de servicios prestados) se traducen en el envío computadorizado de pagos electrónicos. El grueso de esas declaraciones se paga mediante *adjudicación automática*, lo que significa que la declaración fue recibida, sometida a revisión de conformidad con las reglas, aprobada y pagada, todo de manera electrónica, sin control humano. Estos sistemas de pago son blancos muy atractivos para el fraude. Se ha detectado una extraordinaria variedad de actores a la espera de su oportunidad para estafar a estos sistemas, desde simples empleados (que pueden registrarse como proveedores de productos de equipos médicos por una pequeña suma, sin capacitación alguna, y luego enviar facturas sin siquiera ver a un paciente), a grandes empresas, como las cadenas de hospitales y las compañías farmacéuticas, a traficantes de drogas (que, según el FBI, cambiaron esta actividad por el fraude al sistema de salud por ser más seguro, más lucrativo y, además, con un menor riesgo de ser detectado), a grupos criminales organizados y pandillas.⁵
- **La falta de verificación y énfasis en la exactitud del procesamiento.** La mayor parte de las declaraciones se paga electrónicamente y sobre la base de la confianza. Todo el sistema está diseñado pensando en la rectitud de los médicos e incorpora los valores de la rapidez, la eficiencia, la precisión, la predictibilidad y la transparencia. Las revisiones y auditorías (conjunto de reglas automatizadas) integradas a los sistemas computadorizados de procesamiento de reclamos sirven al propósito de verificar los precios, la cobertura de la póliza y la ortodoxia médica (según el diagnóstico consignado en el reclamo). Sin embargo, los sistemas de control generalmente dan por sentada la validez del reclamo y hacen poco o nada por verificar que el paciente realmente haya recibido los servicios declarados, o incluso que el diagnóstico sea real. Para explotar estos sistemas, aquellos con la intención de robar sólo tienen que asegurarse de *facturar correctamente*. Si lo hacen, pueden fabricar o alterar diagnósticos, o inventar episodios médicos de principio a fin. Si, por alguna fatalidad sus reclamos fueran seleccionados para una auditoría, sólo les basta crear y enviar historias clínicas que respalden la facturación ficticia y –siempre que los perpetradores sean capaces de mentir dos veces y con coherencia– sortearán el control de la auditoría sin mayor temor a ser detectados. En consecuencia, los controles de la industria funcionan mejor para los errores de facturación y la falta de ortodoxia médica informada con

buena fe que para el engaño decididamente criminal encarnado en los reclamos falsificados. Son más eficaces con los servicios mal documentados que con las mentiras bien documentadas. Los investigadores de la industria están comenzado a emplear una gama más amplia de controles para abordar este problema.

- **Los múltiples métodos de engaño y la preponderancia del problema de los reclamos falsos.** Los incentivos generados por la estructura de pagos de honorarios por servicios prestados llevan al envío de facturas falsas o infladas. Otras estafas más complejas son pagar comisiones ilegales por derivación de pacientes, los sobornos a los médicos a cambio de recetar productos farmacéuticos particulares, inflar los costos en los sistemas donde las tarifas de reembolso por servicios dependen de los costos informados, y la autoderivación (enviar a pacientes a otras entidades en las que el médico referente tiene participación patrimonial u otro interés financiero), entre otras prácticas. Sin embargo, el envío de *reclamos falsos* (reclamos que incluyen algún engaño material) representa tal vez la forma fundamental y más persistente de estafa en el sistema estadounidense.
- **Medición deficiente de los niveles de sobrepago.** Recientemente, el programa Medicare y varios programas de Medicaid realizaron estudios⁶ que arrojaron niveles de pérdidas de entre 3% y 15% de los costos generales; la mayor parte de los resultados se situó entre un 5% y un 10%. Los estudios toman muestras aleatorias de los reclamos pagados, pero luego tienden a aplicar protocolos de auditoría algo más débiles que los necesarios para generar estimaciones válidas de los niveles de sobrepago. A menudo, los protocolos utilizados replican las auditorías “de escritorio” basadas en documentos, que comprueban que los reclamos fueron procesados correctamente y que están respaldados por las historias clínicas solicitadas y recibidas por correo. No obstante, estos métodos de auditoría generalmente incluyen intentos mínimos o nulos de realizar seguimientos a pacientes y verificar que los servicios hayan sido necesarios y se hayan prestado realmente. De ahí que los niveles de sobrepago que obtienen estos programas de medición generalmente pasen por alto muchos de los tipos de fraude más complejos y, a menudo, no identifiquen el fenómeno más recurrente de *facturar por servicios no prestados* en casos en que los perpetradores toman la precaución de enviar una historia clínica falsa para respaldar el reclamo. Estos cálculos, por lo tanto, subestiman significativamente los niveles generales de pérdidas. Esta deficiencia ha sido reconocida por la Oficina de Responsabilidad del Gobierno, que reconoce que el uso de protocolos de auditoría más rigurosos para detectar el fraude habría hecho que las estimaciones derivadas fueran “mayores...¿Cuánto más? Nadie lo sabe”.⁷
- **Las inversiones en control no corresponden a la magnitud del problema.** Si bien las tasas de pérdidas fácilmente podrían exceder el 10% de los

costos de los programas, las inversiones en controles contra el fraude y la corrupción siguen siendo, lamentablemente, bajas, como es característico en el control de los delitos económicos. En la industria de la salud, los niveles de inversión en la integridad de los programas y el control del fraude promedian aproximadamente 0,1% del costo de los programas. Esta relación se valida con notable regularidad en toda la industria, sin importar si la aseguradora es estatal, comercial o sin fines de lucro. Por ello, las inversiones en control lamentablemente son nulas, si se contrastan con las pérdidas potenciales.

Lecciones aprendidas de la experiencia de Estados Unidos

El sistema de salud estadounidense sigue siendo vulnerable a los ataques y, hasta el momento, los sistemas de integridad de programas y control del fraude no están preparados para abordar este problema. Casi a diario aparecen en los medios revelaciones escandalosas de profesionales médicos o compañías que le roban al sistema millones de dólares. Por eso, se han aprendido lecciones importantes sobre el control del fraude y la corrupción, algunas de las cuales se detallan a continuación:

- **El atractivo de los sistemas automatizados como blancos del fraude.** Los grandes sistemas de pago sumamente automatizados son los objetivos soñados de los perpetradores de fraudes. Es posible estudiar su comportamiento de pago y explotar su manifiesta posibilidad de predicción. Las técnicas de control de calidad y optimización de procesos sólo pueden garantizar el funcionamiento correcto del sistema de pago, pero no pueden hacer nada por validar la información que ingresa al sistema. En este entorno, *el fraude funciona mejor cuando los sistemas de procesamiento funcionan perfectamente*. Esta vulnerabilidad se extiende más allá de los programas de salud a muchos otros programas importantes de asistencia pública o pagos que comparten similares características.
- **La importancia de las mediciones.** Si las pérdidas no se miden de una manera científicamente válida y rigurosa, se genera incertidumbre sobre la magnitud del problema. Esto no permite que los encargados de formular políticas justifiquen mayores inversiones en control o cumplimiento, y mantiene los recursos para el control en un mínimo.
- **La importancia de los estatutos para denunciantes.** En la década pasada, la mayoría de las grandes causas presentadas en contra de grandes compañías por estafar a programas de salud del gobierno eran o se basaban, en gran medida, en acciones *qui tam* (que permitían a ciudadanos privados presentar demandas judiciales por fraude a programas del gobierno) amparadas por la Ley Federal de Reclamos Falsos.⁸ La mayoría de las veces, el denunciante era

un empleado o ex empleado de la compañía infractora. Si bien la Ley de Reclamos Falsos fue promulgada originalmente para reducir la corrupción en la concesión de contratos de defensa, hoy los casos de fraude en la atención de la salud representan regularmente más de la mitad del volumen anual de acciones *qui tam* recibidas por el Departamento de Justicia. Los denunciantes reciben una parte de un eventual arreglo económico que se logre con los infractores. El ofrecimiento de incentivos y compensaciones económicas a los denunciantes se ha convertido en una de las armas más poderosas del gobierno estadounidense en el combate del fraude y la corrupción en la prestación de servicios de salud. Un ejemplo notable se refiere a la cadena hospitalaria Columbia/HCA, el mayor prestador de servicios de atención de salud del país. Una serie de demandas judiciales presentadas por denunciantes en contra de Columbia en la década de 1990 le reportó al Departamento de Justicia, en concepto general de arreglos extrajudiciales, más de US\$1.000 millones.⁹ Entre las prácticas que informaron los denunciantes, se mencionaron el pago a médicos por derivar pacientes a los hospitales de esta cadena, el envío de pacientes a servicios de salud afiliados aun cuando prefirieran otro proveedor, el establecimiento de metas por “niveles de complicación” (que justificasen mayores reembolsos de Medicare), el ocultamiento de documentación y libros contables a los auditores del gobierno, y la facturación falsa.

- **La naturaleza dinámica del juego.** Los investigadores y auditores se han dado cuenta de la rapidez con que los perpetradores de fraude se pueden adaptar a los cambios en el sistema de control. Las estrategias que se basan en series de controles estáticos (como la dependencia de un conjunto particular de revisiones y verificaciones normativas dentro del sistema de procesamiento) fracasan estrepitosamente. El control del fraude es un juego de inteligencia y contrainteligencia donde se enfrentan oponentes bien preparados y sumamente adaptables.
- **Limitaciones del análisis basado en las transacciones y los métodos de detección.** Los investigadores están descubriendo la importancia de trascender los sistemas de control basados en las transacciones, que son fácilmente sorteados por los perpetradores que idean sus estafas de modo que cada reclamo, cuando se analiza por separado, parece perfecto. Las unidades de detección más exitosas en la industria están empezando a utilizar una gama más amplia de metodologías de análisis estructural y reconocimiento de patrones, que sean capaces de buscar perfiles de coincidencia o agrupamiento (en miles de reclamos) que reflejen estafas de facturación electrónica y conspiraciones organizadas, que difícilmente se detectarían examinando de manera individual los reclamos o las historias clínicas de los pacientes.
- **Los peligros de apresurarse a aplicar soluciones estructurales.** Normalmente se aplaudiría a los hacedores de políticas por buscar soluciones es-

tructurales de largo plazo a los problemas de integridad. La literatura anti-corrupción hace hincapié en cambios estructurales en los incentivos como una manera de eliminar las formas conocidas de corrupción y malversación. Muchos funcionarios, preocupados por el fraude en la estructura del sistema de honorarios por servicios prestados, presumieron erróneamente que la llegada de los sistemas de atención de salud per cápita eliminaría el problema del fraude, al hacer desaparecer los incentivos económicos para la utilización desmedida y la sobrefacturación. Hoy se dan cuenta de que cambiar la estructura sin eliminar a los malos actores lleva a una adaptación criminal y a la aparición de una clase completamente nueva de estafas.

Con los sistemas de capitación, los incentivos a la utilización desmedida fueron reemplazados por incentivos a la utilización insuficiente. Los proveedores deshonestos reciben los pagos fijos mensuales y encuentran una multiplicidad de mecanismos creativos para desviar los fondos de la prestación de servicios a sus propios bolsillos. Las nuevas modalidades de fraude que surgen resultan más difíciles de detectar, más difíciles de controlar, más difíciles de procesar judicialmente (porque no existe un reclamo falso per se sobre el cual sustanciar una causa) y más peligrosas para la salud humana. Algunos ejemplos de abusos son los siguientes: malversar los fondos de capitación pagados por el Estado; usar subcontratos fraudulentos como método para desviar fondos a familiares y amigos; realizar prácticas indebidas de afiliación y desafiliación (como excluir pacientes con enfermedades graves, o negar un plan de salud a estos pacientes, o pagar sobornos para asegurarse pacientes más jóvenes y sanos); negar tratamiento sin la correspondiente evaluación; no informar a los pacientes de sus derechos y beneficios; tener una dotación insuficiente de profesionales médicos para satisfacer las necesidades de los afiliados, y hacer pasar a los pacientes por extensos procesos de apelación para obtener el tratamiento necesario. En la estructura de honorarios por servicios prestados, los delitos eran, en gran medida, económicos, pues los pacientes con frecuencia desconocían lo que se cobraba en su nombre. Con la atención administrada, el desvío de pagos de capitación se traduce en una atención inaccesible o inadecuada.

Una mirada al futuro

Aún no termina la lucha contra el fraude y la corrupción en la atención de salud en Estados Unidos. El gobierno de Clinton prestó más atención al problema que cualquier otra administración anterior y realizó algunos importantes aportes económicos y legislativos para mejorar los controles. A pesar de esas inversiones, los niveles de recursos disponibles para la vigilancia, la validación y el cumplimiento siguen siendo completamente insuficientes cuando se los compara con la magnitud del problema. La introducción de un nuevo beneficio en medica-

mentos recetados para los ancianos del programa Medicare¹⁰ es casi una garantía de que el gobierno federal tendrá que prestar más atención a este asunto en los próximos años, ya que el fraude relacionado con medicamentos sigue siendo una de las amenazas más importantes en otros programas. La reciente desaceleración de la transición a la atención administrada por capitación (y en algunas regiones y segmentos de la industria, la *involución* de esta transición), sugiere que las instituciones estadounidenses de seguros de salud aún tienen pendiente la creación de controles más efectivos dentro del sistema de pago de honorarios por servicios prestados, ya que no se avizora que un cambio estructural en la industria pueda corregir el problema en un futuro cercano.

Notas

1. Malcolm K. Sparrow es profesor de Ejercicio de la Gestión Pública en la Escuela de Gobierno John F. Kennedy, de la Universidad de Harvard, y autor de *License to Steal: How Fraud Bleeds America's Health Care System* (Denver: Westview Press, 2000), que contiene un análisis detallado de la vulnerabilidad del sistema de salud estadounidense al fraude, el derroche y el abuso.
2. "Historical National Health Expenditures Aggregate, per Capita, Percent Distribution, and Average Annual Percent Change by Source of Funds: Calendar Years 1960-2003", www.cms.hhs.gov/statistics/nhe/.
3. *Ibíd.*
4. El gasto en el sector público ronda aproximadamente el 45% de los costos nacionales. Los dos programas públicos más importantes son Medicare (programa federal para la tercera edad) y Medicaid (programa asistencial para los pobres, administrado por los estados y financiado conjuntamente por los gobiernos federal y estatales). Véase también el gasto nacional en salud en la nota 2.
5. La introducción del libro *License to Steal* (véase nota 1) cataloga la extraordinaria variedad de perpetradores aparentes y métodos de fraude que se registraron en la industria en la última década.
6. Se exigió la medición de los niveles de sobrepago de Medicare en virtud de la Ley de Reforma Administrativa del Gobierno de 1994, instituida por la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos en 1996 y reiterada cada año hasta el 2002. Las estimaciones del nivel de sobrepagos oscilan entre un máximo de 14,1% a un mínimo de 6,3%. Para una sinopsis de estudios de mediciones recientes en Medicaid, véase "Payment Accuracy Measurement Project: Year 2 Final Report", Center for Medicaid and State Operations, Center for Medicare and Medicaid Services, DHHS, abril de 2004.
7. "Efforts to Measure Medicare Fraud", Carta al representante John R. Kasich (Presidente, Comité de Presupuesto de la Cámara), GAO/AIMD-00-69R, 4 de febrero de 2000.
8. La Ley Federal de Reclamos Falsos de 1986 actualizó leyes de la época de la Guerra Civil, orientadas originalmente a evitar el fraude en las compras contra el Ejército de la Unión. Se puso en aplicación para utilizarla contra el fraude en la atención de salud luego de su revisión en 1986. Las sanciones por reclamos falsos contra programas del gobierno se volvieron más severas con la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos de 1996.
9. www.cbsnews.com/stories.
10. El beneficio para medicamentos con receta médica, conocido como la Parte D de Medicare, entró en plena vigencia en enero de 2006 según la Ley de Mejora y Modernización de Prescripciones de Medicamentos de Medicare, del año 2003.

Página en blanco a propósito

2 La magnitud del problema

Si bien es imposible determinar el costo total de la corrupción del sector salud en el mundo, es evidente que la cifra alcanza decenas de miles de millones de dólares. De hecho, según una estimación estadounidense de los ingresos anuales sólo por venta de medicamentos falsificados, el costo anual supera los US\$30.000 millones, cifra que es apenas la punta del iceberg de la corrupción en la atención de la salud.

En este capítulo, las iniciativas del Banco Mundial orientadas a rastrear el gasto en salud dan un indicio de los costos, al calcular qué cantidad del dinero entregado por las altas esferas del gobierno no llega a los destinatarios previstos. Datos recientes recogidos en Europa Central y Oriental apuntan a una estrecha correlación entre la percepción de corrupción y la salud de las personas. En un estudio realizado en Filipinas, se hace hincapié en la forma en que la corrupción local socava la prestación de servicios de salud. Un estudio de casos sobre Costa Rica permite observar también los eslabones superiores en la cadena de responsabilidad del presupuesto de salud y seguir la pista del dinero en uno de los mayores escándalos de corrupción del país. Un ejemplo de México demuestra que la corrupción puede afectar no sólo el volumen de recursos para la atención de salud, sino también las políticas del sector. El Servicio Nacional de Salud del Reino Unido asegura que ha recuperado con creces su inversión en mecanismos anticorrupción y lucha contra el fraude.

Los costos reales, sin embargo, no se pueden medir sólo en dólares. Los efectos de la corrupción también se deben medir considerando el sufrimiento de aquellas personas que no pueden pagar por debajo de la mesa a funcionarios de la salud (véase el capítulo 4) y el de aquellos que se ven obligados a pagar mucho más de lo que debieran por servicios hospitalarios y medicamentos a causa de la corrupción desenfrenada (véanse los capítulos 3 y 5). La corrupción tiene un efecto negativo directo sobre el acceso a la atención médica y su calidad y es una de las razones que explican por qué, como suele ocurrir, un mayor gasto en salud no se traduce en mejores resultados.

Estudio de caso: graves actos de corrupción en Costa Rica

Emilia González (TI Costa Rica)

Costa Rica cuenta con uno de los sistemas de salud mejor financiados de América Latina. La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) se estableció en 1941 y ha sido responsable de brindar cobertura universal de atención de salud desde 1961. La red de atención sanitaria comprende cinco regiones, cada una con hospitales, consultorios, centros de salud y unidades sanitarias móviles. Los indicadores de salud de Costa Rica son comparables con los de los países desarrollados y mejores que los de cualquier país latinoamericano, a excepción de Cuba. Los trabajadores aportan el 5,5% de su sueldo a un seguro de salud y los empleadores aportan un 9,25% adicional.

Dados el alto costo y la alta consideración que se tenía de la CCSS, su caída fue abrupta cuando se hicieron públicos informes de mala administración y corrupción en 2001. Se encargó a dos comisiones del Congreso que investigaran el tema. Las supuestas acusaciones incluían corrupción en distintos niveles, con mayor frecuencia en la compra de servicios médicos, por lo general a precios inflados, la compra de medicamentos e instrumental, la prestación de cursos privados de capacitación e investigación médicas, la construcción de hospitales y la gestión de sistemas de pensiones de la CCSS.

El punto culminante de los escándalos tuvo lugar en octubre de 2004 cuando el fiscal acusó al director de la CCSS, Eliseo Vargas, a miembros del directorio, a varios gerentes del organismo y al ex presidente, Rafael Ángel Calderón, de actos de corrupción en la gestión de la entidad. Supuestamente, habrían sustraído millones de un préstamo de US\$39 millones otorgado por el gobierno de Finlandia.

El préstamo para modernizar hospitales tenía como condición que Costa Rica utilizara al menos la mitad para comprar productos finlandeses. El contrato se adjudicó al consorcio finlandés Instrumentarium Corporation Medko Medical y se pagó una comisión de US\$8,8 millones (el 20% del valor del préstamo) a la Corporación Fischel, el representante costarricense del consorcio. Fue esta comisión la que terminó en las cuentas bancarias de los directores de la CCSS y de altos funcionarios de gobierno. La CCSS utilizó el préstamo, además de unos US\$7,5 millones adicionales de sus propios fondos, en equipos que no eran necesarios.

El paradero del dinero fue descubierto en octubre de 2003 por periodistas que revelaron que el director de la CCSS, Eliseo Vargas, vivía en una casa cuyo valor se estimaba en US\$750.000, y que había sido pagada por la Corporación Fischel (véase el *Informe global de la corrupción 2005*).¹ Con la sospecha de que la casa era el pago a cambio de algún favor, los periodistas buscaron un posible motivo. Descubrieron que dos años antes, como líder de la bancada del partido gobernante en el Congreso, Vargas había presionado para la aprobación del préstamo condicionado

de Finlandia. Vargas ahora sostiene que el entonces presidente Calderón lo alentó a hacerlo. Luego, los periodistas descubrieron una serie de cuentas bancarias en Panamá, Costa Rica, Estados Unidos y Bahamas, a través de las cuales se habían pagado “comisiones” a políticos y funcionarios de la CCSS. Vargas y el director financiero de Fischel renunciaron cuando la noticia apareció en todos los titulares en abril de 2004.

El préstamo finlandés no fue el primero que se cuestionó. En 1997, un préstamo de US\$40 millones del gobierno español y del Banco Bilbao Vizcaya, también para modernizar hospitales, fue utilizado para comprar equipos, que casi no se usaron. Un grupo de destacados expertos designados por el gobierno para inspeccionar el funcionamiento de la CCSS solicitó que se investigara a las autoridades responsables de formalizar el préstamo por haber pagado precios más altos que los de mercado en equipos y por no preparar a los hospitales para instalar el instrumental adquirido.

Desafortunadamente, los incidentes de oscuros procesos de compras en la CCSS no se limitan al uso de estos dos préstamos. Un comité legislativo especial, el defensor del pueblo, un grupo de destacados expertos y usuarios del sistema de salud también han denunciado actos sistemáticos de corrupción en una serie de informes y declaraciones. Asimismo, algunas auditorías internas de la CCSS también señalan irregularidades.

Un informe de investigación del partido mayoritario en el Congreso, publicado en abril de 2001, presenta pruebas de compras desorganizadas, consecuencia de una estrategia de descentralización que se suponía generaría mayor efectividad en los procesos de adquisición.² El resultado fue una red caótica de canales a través de los cuales fluían millones de *colones*, con lo que aumentaban las cuentas de empresas farmacéuticas privadas a costa de la CCSS y, en definitiva, del contribuyente. Además de los costos monetarios en cuestión, también había costos de salud asociados, derivados de las demoras en administrar medicamentos a los enfermos y del uso de medicamentos de inferior calidad.

Los distintos informes sobre la CCSS demuestran que una práctica común en algunos hospitales era comprar cantidades excesivas de remedios que no estaban incluidos en la lista oficial de medicamentos que la OMS define como necesarios para combatir las principales causas de morbilidad. Estos se compraban bajo el amparo de un renglón presupuestario reservado para medicamentos necesarios para tratar enfermedades poco comunes o casos excepcionales, que no están sujetos a los controles habituales de la CCSS. Otro motivo de preocupación era la facilidad con la que algunos médicos de la CCSS aceptaban viajes pagados por las empresas farmacéuticas. Este tema promovió un fallo de la Corte Suprema en enero de 2004 que establecía que la aceptación de dádivas de los proveedores podía llevar a la pérdida de confianza en el médico y, por lo tanto, se podían utilizar como argumento para un despido legítimo.³

Las investigaciones presentaron muchos ejemplos de sobrepagos en servicios médicos contratados a prestadores privados. Sin embargo, resulta difícil distinguir

entre gestiones deficientes y corrupción, donde los médicos, a menudo con un pie en el sistema público y otro en la práctica privada, podrían haber contratado tratamientos costosos innecesarios. Por ejemplo, la CCSS pagó a una fundación privada cerca de un US\$1 millón en el año 2000 por unas 9.600 intervenciones quirúrgicas menores, 37.000 consultas oftalmológicas y otorrinolaringológicas y 322 vitrectomías, a un costo por intervención entre 40 y 140% más alto que el costo del tratamiento en uno de los consultorios de la CCSS. En mayo de 2001, una comisión especial del Congreso publicó un informe sobre la compra de servicios médicos privados y el uso indebido de los recursos de la CCSS al ofrecer instalaciones de enseñanza excesivamente baratas a estudiantes de universidades privadas.⁴

La respuesta de la CCSS a todas estas acusaciones de mala administración y corrupción fue la contratación de consultores e investigadores para que presentaran nuevos planes estratégicos y nuevas declaraciones de misión y valores. Se han introducido mecanismos de presentación de reclamos y el paciente se ha convertido en la prioridad de los planes de la institución.

Sin embargo, las medidas correctivas no van a la raíz del problema. A excepción de la investigación sobre el mal uso del préstamo finlandés, no se exigió que la gerencia superior de la CCSS se hiciera responsable de las malas prácticas. Algunos funcionarios son mencionados en los numerosos informes y documentos presentados para cada caso, pero no se han iniciado causas administrativas, penales o civiles para sancionar a los responsables.

Los vínculos estrechos entre el directorio y los directores de la CCSS –muchos miembros del partido ocupan posiciones en el directorio del organismo– pueden haber obstaculizado las acciones judiciales y de auditoría, contribuyendo a una situación en la que la CCSS funciona con una virtual impunidad, sin responsabilidad alguna ante los usuarios. Existen indicios de que la estrecha relación entre los partidos políticos y la CCSS puede haber redundado en un conflicto de intereses que influyó en la toma de decisiones. Por ejemplo, el presupuesto de 1999 muestra que más de US\$160 millones de los fondos de la CCSS se invirtieron en bonos estatales en momentos en que existía una necesidad urgente de mejorar las instalaciones sanitarias.

En escándalos suscitados anteriormente, tampoco se pidió a los funcionarios involucrados que asumieran su responsabilidad, mientras la sociedad civil observaba imperturbable esta situación. En esta ocasión, no amaina la presión pública ni la atención de los medios de comunicación. Se espera que el personal gerencial superior y medio de la CCSS asuma su responsabilidad y se realicen profundas reformas a la gestión, organización y estructura del organismo, entre otras, la introducción de más mecanismos de responsabilización y transparencia para truncar futuras oportunidades de corrupción.

Notas

1. El equipo de periodistas de investigación de *La Nación* (Costa Rica) obtuvo el premio anual a la mejor investigación periodística de un caso de corrupción en América Latina y el Caribe en 2004, otorgado por Transparency International y el Instituto Prensa y Sociedad.
2. Asamblea Legislativa de Costa Rica, “Informe de Mayoría: Comisión Especial que proceda a analizar la calidad de los servicios, compra de servicios privados, utilización de los recursos de la CCSS para la enseñanza universitaria privada, medicamentos y pensiones”, Número de archivo 13-980, San José, Costa Rica, 26 de abril de 2001.
3. Fallo del segundo tribunal de la Corte Suprema, Exp. 95-000493-02-LA, Res. 2004- 00212.
4. Un segundo informe del Congreso, apoyado también por el actual presidente Abel Pacheco, parlamentario en ese momento, presenta una opinión diferente sobre la CCSS, concluyendo que: “No existe razón legal, técnica, científica o estratégica de ninguna índole para tener reservas respecto de las modalidades de contratación de la CCSS desde fines de la década de 1990”. Véase Asamblea Legislativa de Costa Rica, “Informe de Mayoría: Comisión Especial que proceda a analizar la calidad de los servicios, compra de servicios privados, utilización de los recursos de la CCSS para la enseñanza universitaria privada, medicamentos y pensiones”.

Medición de la corrupción en el sector salud: qué se puede aprender del seguimiento del gasto público y las encuestas sobre prestación de servicios en los países en desarrollo

Magnus Lindelow, Inna Kushnarova y Kai Kaiser¹

La mayoría de los funcionarios del gobierno y especialistas en desarrollo reconocen que altos niveles de gasto en salud no necesariamente se traducen en una mejora del estado de salud. Esta observación también cuenta con el respaldo de la evidencia empírica: los estudios han demostrado que, una vez que se controlan otros factores, un incremento en el gasto de salud del gobierno no está necesariamente asociado con la reducción de la mortalidad infantil, según datos de estudios comparados de varios países, al menos, no en contextos con una gobernabilidad débil.² En parte, la difícil tarea que implica transformar los recursos en mejores resultados sanitarios tiene una naturaleza técnica: se relaciona con la asignación de recursos a través de intervenciones y programas, así como con conocimientos técnicos de los proveedores responsables de realizar las intervenciones. Sin embargo, este capítulo se centra en cómo la corrupción (que aquí se define como “el abuso de la función pública para el lucro personal”) puede abrir una brecha entre lo que se pone en el sistema de salud, por una parte, y lo que el sistema entrega, por otra.

Algunas evidencias sobre la naturaleza y las consecuencias de la corrupción en el sector provienen de encuestas de percepción.³ Si bien estas encuestas han generado información de utilidad, los datos padecen las mismas debilidades que plagan las mediciones de la corrupción en general basadas en la percepción. Otro

enfoque alternativo consiste en tratar de establecer mediciones más directas de las fugas fiscales, incluyendo la corrupción. Este ha sido el objetivo de recientes Encuestas de Seguimiento del Gasto Público (ESGP), que intentan responder la pregunta: ¿El dinero invertido en salud y educación llega realmente a las instituciones sanitarias básicas y a las escuelas? Esperan lograrlo realizando un seguimiento de los recursos públicos que llegan a los prestadores de servicios individuales a través de los diversos niveles de jerarquías administrativas, y estableciendo estimaciones cuantitativas de las fugas fiscales, es decir, cuando los recursos destinados a los prestadores de servicios básicos (consultorios y hospitales) no llegan al destino previsto.

El Banco Mundial y otras organizaciones han realizado ESGP, casi exclusivamente en los sectores sociales, en más de 24 países, comenzando por el sector educación de Uganda en 1995, donde se descubrió que el 77% de los fondos que no correspondían a sueldos no llegaba a las escuelas. Este capítulo revisa lo que se ha aprendido de las encuestas de seguimiento en el sector salud hasta el momento. Muestra que, si bien muchas ESGP han generado información valiosa, algunos obstáculos prácticos y metodológicos a menudo han dificultado el desarrollo de estimaciones sólidas y abarcadoras de la fuga.

Además, una vez que se llega a una estimación de la fuga, surgen los problemas para interpretar los datos, especialmente para establecer la relación entre las fugas y la corrupción. Existen dos razones principales para esta dificultad. En primer lugar, es posible que los recursos se hayan desviado legítimamente de su objetivo original hacia otros fines. Todos los sistemas presupuestarios permiten cierta flexibilidad en el proceso de asignación de recursos: los presupuestos se pueden cambiar, las normas de asignación se pueden modificar o pasar por alto, etc. Esto brinda al gobierno la flexibilidad necesaria para ajustar los planes en respuesta a situaciones y necesidades inesperadas, e implica que las discrepancias entre los resultados de los gastos y sus asignaciones originales (fugas) puedan ser tan legítimas como deseables.

En segundo lugar, los centros asistenciales o los niveles de gobierno más bajos pueden recibir menos de lo esperado debido a problemas en la ejecución de los presupuestos o los procesos de distribución de recursos. Por ejemplo, las debilidades de capacidad y la burocracia pueden traer aparejada una deficiente ejecución de los presupuestos, así como un desperfecto en un vehículo puede interrumpir la distribución de medicamentos. De este modo, una diferencia entre la asignación de gastos y el resultado puede ser consecuencia de demoras en los desembolsos o distribución de los fondos más que pruebas de actos de corrupción.

Teniendo en cuenta estas advertencias, ¿qué han revelado las encuestas de seguimiento sobre las fugas en el sector salud? Tal como puede observarse en el cuadro 2.1, el núcleo central de las encuestas varía de un país a otro. Algunas encuestas, como las realizadas en Ghana, Tanzania y Ruanda, han generado estimaciones de fugas para los gastos totales. Por ejemplo, las ESGP de Ghana hallaron que el 80%

de los fondos no destinados a sueldos no llegaba a las instalaciones sanitarias; asimismo, la mayor parte de las fugas surgía entre el gobierno central y el distrital. Si se considera que alrededor del 65% del gasto total en salud (estimado en US\$2,24 per cápita en 1998) no se destina a sueldos y, en el supuesto de que la totalidad del 35% de gastos relacionados con sueldos llegara a las instalaciones sanitarias, alrededor de la mitad de las sumas totales destinadas a los centros asistenciales y hospitales no llegaba realmente a destino. Tanzania y Ruanda presentaban problemas similares.

Sin embargo, realizar un seguimiento de los gastos totales suele ser una tarea difícil. Por lo general, las instalaciones sanitarias no reciben una sola asignación presupuestaria mensual que deben gastar y por la que deben responder, sino que reciben recursos a través de múltiples fuentes y canales.⁴ El resultado final de estos acuerdos institucionales es un sinnúmero de flujos complejos de recursos, cada uno regulado por procedimientos administrativos y de registros independientes. En cada caso, existen riesgos de fuga. Los gastos en medicamentos y otros suministros pueden perderse a lo largo del proceso de compras, o bien por robo, pérdida o descarte de suministros (por ejemplo, medicamentos o vacunas que hayan vencido) como parte del proceso de distribución. Los procedimientos administrativos y logísticos tienden a ser diferentes para otros gastos que no salariales, pero surgen problemas similares. Los presupuestos para sueldos se pueden desviar a diferentes niveles de gobierno, ya sea mediante la simple retención del pago de sueldos, ya sea por la creación de trabajadores ficticios (fantasma) o bien por la recaudación de sueldos en beneficio propio, o por el pago a personal que no se presenta a trabajar.

Dada esta complejidad, las encuestas de seguimiento generalmente se ven obligadas a seleccionar los recursos que se van a fiscalizar. Por ejemplo, la encuesta de Honduras reunió datos a nivel individual de 14.454 profesionales de la salud y descubrió que el 9,3% en realidad no trabajaba en los puestos a los que habían sido asignados oficialmente. Alrededor de un 25% de estas personas eran empleados “fantasma”, mientras que el resto eran jubilados o empleados transferidos sin datos actualizados. La encuesta también comprobó la existencia de puestos dobles, ausentismo y otros problemas de gestión de recursos humanos.

Mientras que la mayoría de las ESGP sobre salud han logrado generar estimaciones de fugas generales o específicas de recursos hacia los prestadores de atención médica, la confiabilidad de los hallazgos se ha visto, menudo, socavada por la calidad de los registros administrativos (presupuestos, cuentas de gastos, recibos, registros de medicamentos, nóminas salariales, etc.). Generalmente, estos registros se llevan de modo deficiente, lo que refleja la falta de capacidad, la debilidad de los procedimientos y los posibles esfuerzos del personal por engañar al sistema. Así, los encuestadores tienen que lidiar con registros incompletos y colmados de errores. En Mozambique, los departamentos provinciales de salud podían brindar datos completos de sólo el 40% de sus distritos. De manera similar, se descubrieron

Cuadro 2.1. Información general sobre los resultados de las Encuestas de Seguimiento del Gasto Público en el sector salud

<i>País</i>	<i>Año</i>	<i>Muestra</i>	<i>Fugas</i>	<i>Otros resultados</i>
Ghana ^a	2000	200 establecimientos; 40 distritos	Se estima la fuga de gastos recurrentes no salariales en 80%.	Se descubrieron mayores fugas entre el gobierno central y el distrito que entre el distrito y los hospitales. Los usuarios del servicio se ven obligados a soportar costos mayores a los esperados, principalmente debido a la fuga de gastos no salariales.
Honduras ^b	2000	805 empleados; 35 establecimientos	Se considera que el 2,4% de todos los empleados incluidos en la nómina de los centros de salud eran empleados “fantasma”.	Se estima que el ausentismo alcanzaba el 27%. Además, el estudio reveló que el 5,2% de los empleados realmente no trabajaba en el cargo asignado, sino que había sido trasladado a otro lugar.
Mozambique ^c	2002	90 establecimientos; 167 empleados; 679 usuarios	Se encontraron algunos indicios de fuga de medicamentos durante el traslado desde las provincias a los distritos dentro del sistema de atención primaria de la salud, pero no hay cálculos sólidos.	Se documentaron retrasos y congestiones en la ejecución del presupuesto y en la administración de suministros; se apreciaron desigualdades en la asignación de recursos entre distritos y centros de salud; existía un registro incompleto de los ingresos por cobro de honorarios a los usuarios en los centros (los ingresos declarados fueron del 67,6% de lo esperado para las consultas y del 79,6% de lo esperado para los medicamentos); se estimó que el ausentismo llegaba al 19%.
Nigeria ^d	2002	252 establecimientos; 30 gobiernos locales; 700 empleados	No existe una estimación firme de fugas (el foco estaba en los problemas de gobernabilidad en el sector salud, en particular en los flujos de recursos, la conducta e incentivos de los proveedores y la función de los gobiernos locales y la participación de la comunidad).	El 42% de los empleados experimentó retrasos en el pago de sus sueldos, a pesar del presupuesto suficiente; se realizó una descripción detallada de la gobernabilidad y de los contratos de prestación de servicios, incluidas las características de los centros de salud; existen indicios de retrasos en el pago de sueldos.



Cuadro 2.1. Información general sobre los resultados de las Encuestas de Seguimiento del Gasto Público en el sector salud (continuación)

<i>País</i>	<i>Año</i>	<i>Muestra</i>	<i>Fugas</i>	<i>Otros resultados</i>
Papúa Nueva Guinea ^e	2002	117 establecimientos	No existe una estimación sólida de fugas (el enfoque principal estaba en el sector educación, pero se reunieron algunos datos sobre centros de salud).	Se evidenciaron un acceso deficiente a la atención de salud y una limitada disponibilidad de medicamentos; se estimó que el ausentismo alcanzaba el 19%.
Perú ^f	2001	120 municipalidades	Se estimó que las fugas del programa de suplementos alimentarios "Vaso de Leche" alcanzaron el 71% (incluida la fuga de beneficios a nivel de hogares).	Se cuantificaron las fugas en los diferentes niveles de gobierno (mayores en los niveles más altos); hubo pruebas de que las municipalidades más pobres se vieron más afectadas; se desviaron fondos para cubrir costos operacionales.
Ruanda ^g	2000	351 establecimientos; 40 distritos	Se tienen algunas pruebas de fugas entre regiones y distritos, pero no una estimación firme.	Hubo indicios de retrasos en la ejecución del presupuesto y bajos índices de ejecución (el 80% de los fondos no salariales se liberó a fines de año); los cobros de honorarios a los usuarios y las ventas de medicamentos demostraron ser las principales fuentes de financiamiento.
Senegal ^h	2002	100 establecimientos; 10 distritos; 37 gobiernos locales	Se tienen algunas pruebas de fugas a nivel regional y comunal de la asignación de recursos no salariales desde el nivel central a los prestadores de servicios, a través del fondo de descentralización, pero no hay una estimación firme.	Se apreciaron retrasos en las transferencias del fondo de descentralización; existen pruebas del grado de discreción que tienen los gobiernos al asignar los recursos.
Tanzania ⁱ	1999	36 establecimientos; 3 distritos	Se estimó que la fuga de fondos no salariales alcanzaba el 41% (se estudiaron los mecanismos de presupuestación y contabilidad para la salud y la educación a nivel de distrito y establecimiento).	Se comprobó que las donaciones favorecían a los distritos más acomodados; las fugas se atribuyeron a un mal mantenimiento de registros y a la falta de auditorías.



Cuadro 2.1. Información general sobre los resultados de las Encuestas de Seguimiento del Gasto Público en el sector salud (continuación)

<i>País</i>	<i>Año</i>	<i>Muestra</i>	<i>Fugas</i>	<i>Otros resultados</i>
Tanzania ^a	2001	20 establecimientos; 5 distritos	No se realizó una estimación sólida de fugas en la educación primaria ni en los centros de salud estudiados.	Se produjeron retrasos sustanciales en todos los niveles, en especial en los gastos no salariales; hubo falta de suministros en los centros de salud; existen algunos indicios de notificaciones incompletas de los ingresos de los centros.
Uganda ^k	1996	100 establecimientos; 19 distritos	No se apreciaron indicios firmes de fugas en el flujo de recursos hacia los prestadores de atención primaria de salud, pero una fuerte dependencia de los flujos en especies y un mal mantenimiento de registros dificultaron la recopilación de datos. Las pruebas cualitativas sugieren que las fugas son limitadas.	Las pruebas cualitativas sugieren que las principales fugas se producen más bien a nivel de establecimientos que en la transferencia de recursos a estos centros.
Uganda ^l	2000	155 establecimientos	Se estimó que la fuga de medicamentos y suministros específicos alcanzaba el 70% en los estudios de centros de salud gubernamentales, privados y sin fines de lucro.	Se reunieron datos descriptivos detallados de las características y desempeño de los centros; se conoció una revisión general de los acuerdos de responsabilización; se compararon los proveedores gubernamentales con los no gubernamentales.

Notas

- Xiao Ye y Sudharshan Canagarajah, "Efficiency of Public Expenditure Distribution and Beyond: A Report on Ghana's 2000 PETS in the Sectors of Primary Health and Education", Documento de Trabajo del Banco Mundial N° 31 para la Región de África, 2002.
- Banco Mundial, "Honduras: Public Expenditure Management for Poverty Reduction and Fiscal Sustainability", Informe N° 22070, Unidad del Banco Mundial para la Reducción de la Pobreza y la Gestión Económica, Región de América Latina y el Caribe, 2001.
- Magnus Lindelow, Patrick Ward et al., "Primary Health Care in Mozambique: Service Delivery in a Complex Hierarchy", Documento de Trabajo del Banco Mundial N° 69 sobre Desarrollo Humano de la Región de África, 2003.
- Monica Das Gupta, Varun Gauri et al., "Decentralized Delivery of Primary Health Services in Nigeria: Survey Evidence from the States of Lagos and Kogi", Documento de Trabajo del Banco Mundial N° 70 sobre Desarrollo Humano de la Región de África, 2004.
- Banco Mundial, "Papua New Guinea: Public Expenditure and Service Delivery", manuscrito no publicado, 2004.

- f. Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo, "Peru: Restoring Fiscal Discipline for Poverty Reduction: Public Expenditure Review", Informe N° 24286-PE, 2002.
- g. Hippolyte Fofack, Robert Ngong et al., "Public Expenditure Performance in Rwanda: Evidence from a Public Expenditure Tracking Study in the Health and Education Sectors", Documento de Trabajo del Banco Mundial N° 45 para la Región de África, 2003.
- h. Banco Mundial, "Expenditure Tracking Survey in Senegal: The Health Sector", manuscrito no publicado, 2003.
- i. PricewaterhouseCoopers, "Tanzania Public Expenditure Review: Health and Educational Financial Tracking Study", Informe Final, volúmenes I y II (Dar es Salaam, 1999).
- j. Research on Poverty Alleviation and Economic and Social Research Foundation, "Pro-poor Expenditure Tracking", manuscrito no publicado, 2001.
- k. Emmanuel Ablo y Ritva Reinikka, "Do Budgets Really Matter? Evidence from Public Spending on Education and Health in Uganda", Documento de Trabajo del Banco Mundial N° 1926 sobre Investigación de Políticas, 1998.
- l. Magnus Lindelow, Ritva Reinikka et al., "Health Care on the Frontline: Survey Evidence on Public and Private Providers in Uganda", Documento de Trabajo del Banco Mundial N° 38 sobre Desarrollo Humano de la Región de África, 2003.

registros completos para menos de la mitad de las oficinas sanitarias de distrito en encuestas realizadas en Ghana y, a pesar de que los datos recabados en Ruanda eran consistentes con los altos niveles de fuga (existían discrepancias sustanciales entre los fondos registrados como entregados por los niveles más altos del gobierno y los fondos registrados como recibidos por los niveles inferiores), puede ser que estas diferencias se deban en parte a la deficiente contabilidad, por lo que no se podría establecer una estimación confiable de las fugas.

Más allá de las fugas: reflexiones sobre la administración del gasto público

Donde, debido a la escasez de registros administrativos o la ausencia de normas claras de asignación, no fue posible alcanzar conclusiones sólidas respecto de las fugas, sí se pudo obtener una valiosísima comprensión a partir de las ESGP. Un gran aporte ha sido el suministro de pruebas sobre el alcance y el origen de las demoras y los cuellos de botella en la ejecución de los presupuestos y los sistemas de gestión de suministros. Por ejemplo, el estudio de Nigeria estableció que, aunque se habían liberado fondos al gobierno local, el 42% de los trabajadores de las instalaciones sanitarias no habían recibido sus sueldos durante más de seis meses en el año previo a la encuesta. De manera similar, en la encuesta de Mozambique, el 30% del personal señalaba que recibía su sueldo siempre o casi siempre tarde y el 15% del personal informó que a veces no les pagaban el sueldo completo. Cualquiera que sea la fuente del problema, las demoras en los pagos pueden generar consecuencias adversas en la motivación del personal y contribuyen a los problemas de ausentismo, cobros informales y otros.

Se han documentado problemas de la misma naturaleza en el caso de los presupuestos no salariales y en la distribución de medicamentos y otros suministros esenciales. La ESGP de Senegal halló que, en promedio, los recursos del Fondo de

Descentralización, la principal fuente de financiamiento gubernamental para las instalaciones sanitarias, demoran unos 10 meses en llegar efectivamente a los prestadores. En Mozambique, casi el 30% de las oficinas sanitarias de distrito recibió la primera transferencia del presupuesto del año con un retraso de más de tres meses y medio. Las demoras en las transferencias de presupuesto suelen conspirar con otros factores para dar como resultado un bajo nivel de ejecución de los presupuestos. Por ejemplo, en Mozambique, los distritos ejecutaron un promedio de sólo el 80% de sus presupuestos y en algunos distritos, los índices de ejecución llegaban apenas a un 35%.

En forma más general, las encuestas de seguimiento han contribuido a una mejor comprensión de los procesos de gestión del gasto público, las normas de asignación, la gestión financiera y las prácticas contables, y los acuerdos de rendición de cuentas, en particular, en los niveles inferiores del gobierno donde suelen ser débiles los sistemas habituales de supervisión y presentación de informes. Por ejemplo, las ESGP de Ghana, Mozambique y Ruanda encontraron pruebas de que no se respetan las normas y regulaciones existentes para fijar las tarifas de los usuarios: a los pacientes se les cobra más de lo debido, no se otorgan exenciones, los ingresos no se utilizan como se supone, etc. En parte, estos problemas probablemente reflejen las dificultades en los sistemas de presupuestos y suministros, es decir, las tarifas de los usuarios se convierten en un recurso vital para las instalaciones sanitarias que no reciben fondos y recursos gubernamentales suficientes, aunque también pueden contribuir a esta situación los cargos excesivos de los trabajadores de la salud.

Las consecuencias de las fugas y otros problemas de administración del gasto público

¿Tienen importancia los problemas de fugas, demoras y reasignación de recursos? Muchas encuestas se han concentrado en los servicios de atención primaria de la salud, que suelen corresponder a una pequeña fracción de los gastos en salud. Sin embargo, a pesar de que los valores en dólares pueden ser pequeños, la pérdida de recursos o las demoras en las transferencias de los presupuestos o los suministros de medicamentos pueden socavar gravemente la capacidad de los centros sanitarios para prestar servicios. Los costos en términos de una salud precaria, sufrimiento y pérdida de vidas pueden resultar considerables.

En Ghana, la mayoría de los centros asistenciales recibió menos recursos de los previstos –algunos no recibieron nada de dinero– y tuvieron que recurrir a fondos generados internamente para seguir con sus operaciones. Como resultado, los usuarios se vieron obligados a soportar costos mayores a los esperados, en parte a través de precios altos en medicamentos. La encuesta de Nigeria mostró que la mayoría de los centros sanitarios carecía de equipos, medicamentos, vacunas y suministros esenciales: el 95% no tenía microscopios, el 59% no contaba con guantes

esterilizados, el 98% adolecía de falta de instrumental para realizar exámenes para detectar la malaria y el 95% carecía de elementos para análisis de orina. En Mozambique, más del 60% de los centros de salud había estado sin uno o más medicamentos esenciales durante los seis meses anteriores a la encuesta, con un tiempo promedio de falta de reservas de seis semanas. La encuesta de Uganda (2000) también mostró evidencias de falta de vacunas y medicamentos, combinada con abuso de antibióticos y otros fármacos. Estos problemas pueden tener múltiples causas, pero claramente son motivo de preocupación.

Así, las encuestas de seguimiento ayudan a diagnosticar fugas, demoras y otros problemas en la ejecución de los presupuestos que pueden dañar gravemente la prestación de servicios, y contribuyen a mejorar la comprensión de cómo se distribuyen y utilizan los recursos en los niveles inferiores del gobierno, temas que, a menudo, quedan fuera del ámbito de los habituales sistemas de informes. Sin embargo, las ESGP también tienen importantes limitaciones. Por una parte, la mayoría se han implementado principalmente en sistemas de salud integrados, donde los recursos públicos se canalizan hacia prestadores públicos y han demostrado ser más eficaces en contextos con prestadores de servicios claramente identificables y normas de asignación de recursos más explícitas. Las encuestas de seguimiento pueden resultar menos útiles en otros contextos, como cuando terceros (las compañías de seguros) desempeñan un papel importante o cuando las prácticas más difundidas son la prestación o contratación de servicios privados. Aun dentro de los sistemas públicos integrados, se necesitan diferentes herramientas para diagnosticar algunas formas de corrupción. Esto genera preguntas sobre cómo se relacionan las ESGP con otras herramientas de integridad y rendición de cuentas.⁵ Está claro que los esfuerzos efectivos para diagnosticar y combatir la corrupción van a depender de una amplia gama de mecanismos internos (por ejemplo, normas y procedimientos claros, contabilidad y registros eficaces, auditorías internas y externas) y otros externos (transparencia, mecanismos de reclamo para clientes, etc.). Las ESGP pueden cumplir una función importante, pero esta se debe determinar siempre con la vista en los costos y con la perspectiva de complementar en lugar de reemplazar otras partes del sistema público de gestión financiera.

Sin embargo, en última instancia, la canalización exitosa de recursos a los prestadores es sólo la mitad de la batalla. Una vez allí, los recursos deben utilizarse de manera eficaz y según se había previsto para que tengan el resultado esperado. Las encuestas de seguimiento han procurado, cada vez más, brindar pruebas del desempeño de los centros de salud, pero los estudios detallados (incluidas las encuestas sobre establecimientos asistenciales, estudios de casos y trabajo cualitativo) acerca del ausentismo, los cobros informales y el robo de medicamentos y otros suministros también juegan un papel importante al respecto.

Por ejemplo, un reciente estudio en varios países, basado en informes de visitas no anunciadas a centros de salud muestra niveles de ausentismo que fluctúan entre un 23% y un 40% en el sector salud, y señala que el ausentismo se relaciona tanto

con la ubicación como con las características de las instalaciones sanitarias.⁶ Los datos obtenidos de encuestas a prestadores y a familias indican que, en muchos países, los cobros informales o no oficiales agregan una carga financiera inesperada a los pacientes.⁷ Por último, ha habido intentos de recabar datos a nivel de los establecimientos asistenciales sobre el robo de medicamentos y otros suministros por parte de los trabajadores de la salud a través de encuestas de pequeña escala o estudios de casos.⁸ Estos últimos han revelado graves problemas de prestación de servicios en muchos países y han destacado la importancia no sólo de hacer llegar los recursos a los centros, sino también de asegurar que los trabajadores tengan los incentivos y las oportunidades para desempeñarse bien. No obstante, los estudios también han permitido contrarrestar la imagen de los trabajadores de la salud y los administradores gubernamentales como agentes inherentemente corruptos, subproducto poco afortunado de los esfuerzos que tienen por único propósito diagnosticar corrupción en la prestación de servicios. Estudios de casos detallados y trabajos cualitativos han demostrado que la mayoría de los trabajadores de la salud son profesionales dedicados que intentan seguir adelante en entornos difíciles y frustrantes, con bajos sueldos, sistemas de gestión y apoyo deficientes, y mecanismos de rendición de cuentas ineficaces.⁹ Esta importante perspectiva se tendrá que considerar en cualquier tentativa que se emprenda para fortalecer las herramientas de diagnóstico de actos de corrupción en el sector salud.

Notas

1. Magnus Lindelow es economista del Banco Mundial, en el Departamento de Desarrollo Humano de Asia Oriental y el Pacífico; Inna Kushnarova es consultora del Banco Mundial, y Kai Kaiser es economista del Grupo de Sector Público del Banco Mundial para la Reducción de la Pobreza y la Gestión Económica.
2. Deon Filmer y Lant Pritchett, "Child Mortality and Public Spending on Health: How Much Does Money Matter?", Documento de Trabajo del Banco Mundial sobre Investigación de Políticas, 1997; Vinaya Swaroop y Andrew Sunil Rajkumar Swaroop, "Public Spending and Outcomes: Does Governance Matter?", Documentos de Trabajo del Banco Mundial sobre Investigación de Políticas, 2002. Para un análisis general de "eslabones débiles" en la cadena entre el gasto público y los resultados en salud y otros servicios públicos, véase el *World Development Report 2004: Making Service Work for Poor People* (Oxford: Oxford University Press y Banco Mundial, 2003).
3. Véase, por ejemplo, Anne Cockcroft, Lorenzo Monasta et al., "Bangladesh Baseline Service Delivery Survey: Final Report", CIET International, 1999, y "Filipino Report Card on Pro-Poor Services", Sector de Desarrollo Social y Ambiental del Banco Mundial, Unidad de Asia Oriental y el Pacífico, mayo de 2001. Sanjeev Gupta, Hamid R. Davoodi y Erwin R. Tiongson han vinculado a la mortalidad infantil los datos sobre corrupción a partir de encuestas de percepción de la prestación de servicios, "Corruption and the Provision of Health Care and Education Services", en George T. Abed y Sanjeev Gupta, *Governance, Corruption, and Economic Performance* (Washington, DC: FMI, 2002).
4. Por ejemplo, las instalaciones en Ghana, Ruanda y Mozambique prácticamente no reciben dinero a través del proceso de presupuestación. Los sueldos se pagan directamente al personal y otros recursos se adquieren en un nivel superior y se distribuyen en especie.

5. Cada vez con mayor frecuencia, los organismos bilaterales y multilaterales de desarrollo canalizan la ayuda como presupuesto general o apoyo al sector. Los cambios en las modalidades de ayuda, junto con las iniciativas para reducir el endeudamiento, han incrementado la preocupación por la transparencia y la integridad de la administración financiera pública en los países en desarrollo. En este contexto, las ESGP surgen como una importante herramienta de diagnóstico. Recientemente, se las ha propuesto como herramientas para promover la rendición de cuentas en cuanto al gasto público. Para un análisis de las ESGP como herramienta de seguimiento del gasto público a fin de reducir la pobreza conforme a la Iniciativa Mejorada PPAE (Países Pobres Altamente Endeudados), véase *Tracking of Poverty-Reducing Public Spending in Heavily Indebted Poor Countries* (Washington, DC: FMI, 2001). Se puede encontrar un análisis general en el documento del Banco Mundial *Public Financial Management: Performance Measurement Framework* (Washington, DC: Banco Mundial, 2005). El jurado todavía está dividido en cuanto a si la ESGP es una herramienta útil y costo-efectiva para prevenir la corrupción.
6. Nazmul Chaudhury, Jeffrey Hammer et al., "Provider Absence in Schools and Health Centers", *Journal of Economic Perspectives*, (próximo a publicarse).
7. James Killingsworth, Najmul Hossain et al., "Unofficial Fees in Bangladesh: Price, Equity and Institutional Issues", *Health Policy Plan*, 14(2): 152-63, 1999; Maureen Lewis, *Who is Paying for Health Care in Eastern Europe and Central Asia?* (Washington, DC: Banco Mundial, 2000); Tim Ensor y Sophie Witter, "Health Economics in Low Income Countries: Adapting to the Reality of the Unofficial Economy", *Health Policy*, 57(1): 1-13, 2001; Paolo Belli, George Gotsadze y Helen Shahriari, "Out-of-Pocket and Informal Payments in Health Sector: Evidence from Georgia", *Health Policy*, 70(1): 109-23, 2004; Tim Ensor, "Informal Payments for Health Care in Transition Economies", *Social Science and Medicine*, 58(2): 237-46, 2004.
8. Barbara McPake, Delius Asimwe et al., "Informal Economic Activities of Public Health Workers in Uganda: Implications for Quality and Accessibility of Care", *Social Science and Medicine*, 49(4): 849-65, 1999; Rafael Di Tella y William D. Savedoff, *Diagnosis Corruption: Fraud in Latin America's Public Hospitals* (Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo, 2001).
9. Paulo Ferrinho, Wim Van Lerberghe y Aurélio da Cruz Gomes Ferrinho, "Public and Private Practice: A Balancing Act for Health Staff", *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 77(3): 209, 1999; Wim Van Lerberghe, Claudia Conceição, Wim Van Damme y Paulo Ferrinho, "When Staff is Underpaid: Dealing with the Individual Coping Strategies of Health Personnel", *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 80(7): 581-4, 2002.

La corrupción en el ámbito local afecta la prestación de servicios de salud en Filipinas

Omar Azfar y Tugrul Gurgur¹

En los últimos dos decenios se ha observado en el mundo una delegación generalizada de autoridad a los gobiernos locales. Conforme los gobiernos locales detentan mayor autoridad y responsabilidad en comparación con el gobierno central, se ha vuelto fundamental su eficiencia en lo referente a la calidad y cantidad de los servicios públicos y a su accesibilidad. Así, el efecto de la corrupción local en la prestación de servicios tiene una importancia determinante para los economistas dedicados a materias de desarrollo y los hacedores de políticas.

Filipinas es un lugar ideal para estudiar las repercusiones de la corrupción en la prestación de servicios. Cinco años después de la revolución democrática en

el país, el Código de Gobiernos Locales de 1991 devolvió la autoridad política y el control administrativo de muchos servicios de salud y educación a los niveles provincial y municipal. Según los resultados de una encuesta pública y otras evidencias anecdóticas, gran parte de la corrupción en Filipinas parece concentrarse en el ámbito local. El gran número de municipalidades, la considerable delegación de autoridad y los altos y variables niveles de corrupción hacen de este país el lugar ideal para estudiar las repercusiones de la corrupción en la prestación de servicios.

Se emplearon datos recopilados en el año 2000 de 80 municipalidades de Filipinas para evaluar los efectos de la corrupción en los gobiernos locales sobre la situación de la salud y la educación. Los resultados demostraron claramente que la corrupción mina la prestación de servicios de salud. Se identificó una correlación parcial importante entre 13 variables dependientes que miden diversos aspectos de los servicios de salud y educación y las percepciones de corrupción, después de examinar otros factores como la capacidad (sobre la base de mediciones de capital humano y físico), los niveles de educación en adultos, la residencia urbana, el nivel de vida (representado por los activos), la desigualdad, la existencia de competencia del sector privado, la exposición al sistema electoral y a los medios de comunicación, medidas de responsabilización y la autonomía local.

Los niveles de corrupción se midieron sobre la base de las percepciones de las familias y los funcionarios públicos (administradores, servicios de salud y educación, directores de escuelas y trabajadores de la salud). A los encuestados se les formularon preguntas sobre actos de corrupción específicos (como sobornos, venta de empleos y robo de suministros) y sobre sus percepciones generales del nivel de corrupción en cada gobierno municipal, escuela pública y centro de salud estatal. La mayoría de las variantes de la corrupción, según las respuestas, se concentraba en la oficina del administrador municipal más que en otras reparticiones, tal vez porque esta dependencia ejerce mayor autoridad y tiene, en consecuencia, más oportunidades de obtener ganancias. Un total de 19% de los administradores municipales señaló que había habido casos de soborno en sus oficinas en el año anterior a la encuesta (1999), mientras que el 32% indicó que había habido también casos de robo de fondos. En cambio, las cifras relativas a funcionarios municipales de la salud oscilaban entre 2,5% y 16,5%, respectivamente.

Para medir la calidad y cantidad de los servicios de salud y su accesibilidad, se emplearon siete variables: seis de ellas de una encuesta domiciliaria (vacunación de niños, demora en la vacunación de niños, tiempos de espera por paciente, accesibilidad de centros de salud pública para tratamientos, selección de establecimientos públicos para la vacunación y satisfacción con el servicio de centros de salud pública) y una del Ministerio de Salud (promedio municipal de la tasa de vacunación de niños).

Los resultados demuestran claramente que la corrupción socava la prestación de servicios de salud en Filipinas. En todos los casos, los resultados del análisis regre-

sivo indicaron un efecto negativo importante de la corrupción sobre la calidad de los servicios de salud. Por ejemplo, un aumento de la desviación estándar (del 10% aproximadamente) en la corrupción reduce el nivel de vacunación entre 10% y 20%, aumenta los tiempos de espera en los consultorios de salud pública en hasta un 30%, disminuye la satisfacción del usuario en un 30%, reduce la probabilidad de completar programas de vacunación en cuatro veces y en tres la selección de centros de salud pública.

Los resultados también sugieren que la corrupción no afecta a las áreas rurales de la misma manera que a las urbanas. En estas últimas la demanda de atención de salud pública es más “elástica a la corrupción” (es decir, la concurrencia de las familias a los centros de salud pública disminuye más rápidamente en respuesta a una mayor presencia de corrupción). Los usuarios en áreas rurales, por otra parte, experimentan esperas más prolongadas en los centros asistenciales, vacunación tardía de infantes y menor satisfacción con los servicios de salud pública en comparación con los de áreas urbanas que enfrentan igual nivel de corrupción. La presencia de establecimientos alternativos de salud en áreas urbanas, sean prestadores privados o públicos, puede ser la causa de estas diferencias.

También se realizaron estudios regresivos para comprender el efecto de la corrupción en municipalidades de ingresos altos, medios y bajos. Incluso después de controlar otros factores, se determinó que, cuando la corrupción es endémica, las municipalidades de recursos bajos y medios registran mayores tiempos de espera en los centros públicos y una mayor frecuencia de negación de vacunas que las municipalidades ricas. Además, es más probable que la corrupción en los establecimientos públicos disuada a los usuarios que viven en municipalidades pobres y los fuerce a optar por automedicarse.

Pruebas de robustez que detectan valores atípicos, problemas de selección de muestras e inconvenientes de causalidad inversa (por ejemplo, que una variable común afecte tanto a la corrupción como a la prestación de servicios o que la prestación deficiente de servicios sea la causa de la corrupción) confirmaron los resultados.

En conjunto, los resultados sugieren que la corrupción socava la prestación de servicios en Filipinas. Estos resultados se complementan con los hallazgos de otros países en la materia y se suman a la lista cada vez más extensa de formas en que la corrupción afecta a la asistencia social.

Nota

1. Omar Azfar (omar@iris.econ.umd.edu) es investigador asociado del Centro IRIS de la Universidad de Maryland en College Park; y Tugrul Gurgur (tgurgur@umd.edu) es estudiante de la Facultad de Economía de la Universidad de Maryland en College Park. El artículo resume la investigación realizada por el Centro IRIS de la Universidad de Maryland para el Banco Mundial y el Fondo Fiduciario Holandés. El informe completo fue publicado como: Omar

Azfar y Tugrul Gurgur, "Does Corruption Affect Health and Education Outcomes in the Philippines?", Documento de Trabajo, (College Park: IRIS Center, Universidad de Maryland en College Park, 2004), disponible en www.iris.umd.edu/. Los autores agradecen a Satu Kahkonen, Anthony Lanyi, Patrick Meagher y Diana Rutherford por sus contribuciones a este informe.

La corrupción es nociva para la salud: resultados de Europa Central y Oriental

Richard Rose¹

La medicina moderna ofrece muchos tratamientos que pueden aliviar el dolor o restablecer la salud. Más aún, en los países prósperos de la OCDE existe la certeza de que, si alguien se enferma, recibirá tratamiento de un servicio de salud financiado por el Estado o de un programa de seguro de salud privado. No obstante, la atención médica cuesta dinero y, en muchos países en desarrollo, lo más que puede financiar el Estado son servicios rudimentarios de salud pública, como el agua potable y el alcantarillado. En el mundo en desarrollo, las personas que necesitan atención médica deben, en ocasiones, recurrir a remedios tradicionales o solicitar préstamos para pagar la atención de salud privada. Donde la corrupción abunda, las personas enfrentan lo peor de ambos mundos: pagan el doble por el tratamiento, primero a través de impuestos y luego en pagos informales.

Los gobiernos comunistas de Europa Central y Oriental prometieron alguna vez atención médica para todos los que la necesitasen. No obstante, el resultado fue favoritismo y corrupción en la asignación del tratamiento médico y hospitalario. Quienes militaban en la *nomenklatura* del partido tenían acceso a un buen tratamiento; quienes podían mover influencias a través de redes informales (*blat*) también recibían beneficios; y quienes podían ofrecer pagos informales tenían mejores probabilidades de recibir un buen tratamiento que aquellos que no podían. La corrupción, que fue parte integral de las economías en negro de los países comunistas, ha dejado un legado en toda la región, particularmente en el sector salud.

Como parte de este legado, el cobro de un "impuesto de corrupción" al tratamiento que debería ser gratuito probablemente tenga consecuencias negativas para la salud de los ciudadanos. En el peor de los casos, puede llevar a que se niegue el tratamiento a las personas o incluso que estas dejen de solicitarlo por no tener dinero para pagar por debajo de la mesa. La corrupción en la salud castiga inevitablemente a los ancianos, el sector que probablemente necesita más atención médica, y a los pobres.

El séptimo Nuevo Barómetro Europeo (NBE) del Centro de Estudio de Políticas Públicas ha sondeado la magnitud de los efectos negativos de la corrupción sobre la salud de la sociedad.² Entre el 1 de octubre de 2004 y el 23 de enero de 2005 se organizaron encuestas nacionales entre la población adulta en ocho nuevos países

miembros de la Unión Europea (la República Checa, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Polonia, Eslovaquia y Eslovenia); dos países postulantes (Bulgaria y Rumania) y Bielorrusia y Rusia. Los institutos de investigación nacionales entrevistaron personalmente a 13.499 personas, les formularon preguntas sobre su percepción de la corrupción, sobre la atención de salud y sobre la influencia en la salud de factores como la edad, la educación y la clase social.

Al evaluar su salud física, no resultó extraño que el 39%, el grupo más numeroso, la considerara promedio; el 34% la calificara de buena; y el 10% la describiera como excelente. En cambio, sólo el 14% aseguró que su salud era mala y el 3% la calificó de muy mala.³ En Rumania, Eslovenia y Eslovaquia, más de la mitad indicó que su salud era buena o excelente. Incluso en Bielorrusia, donde la cuarta parte de los encuestados indicó que su salud era mala, el grupo más numeroso la consideró promedio.

Sin embargo, casi un 75% de los encuestados tiene una opinión negativa de los servicios de salud de su país (véase el cuadro 2.2). En total, el 24% describe el sistema como muy malo y casi la mitad lo califica de no tan bueno, mientras que el 27% lo considera bastante bueno o muy bueno. La evaluación de la atención de salud varía grandemente dentro de la región. En la República Checa, la mayoría absoluta le da al sistema de salud una calificación positiva; lo mismo ocurre en Bielorrusia. En cambio, en Rusia y Bulgaria menos de 1 de cada 12 encuestados tiene una impresión positiva. Los búlgaros y los rusos difieren sólo al momento de precisar si sus servicios de salud son no muy buenos o decididamente malos.

Al mismo tiempo, existe una percepción generalizada de que la política está infectada de corrupción. Consultados sobre cuántos funcionarios son corruptos, el 29% señala que prácticamente todos los funcionarios son corruptos y otro 44% califica de corruptos a la mayoría de ellos (cuadro 2.3). Nuevamente, se aprecian grandes diferencias entre los países. En Rumania, la mayoría considera corruptos a prácticamente la totalidad de los funcionarios, mientras que en Rusia el 43% piensa lo mismo. En cambio, casi la mitad de los estonios y eslovenos encuestados creen que la corrupción afecta a menos de la mitad de los funcionarios públicos.

Donde la corrupción parece generalizada, la gente también observa importantes deficiencias en la atención de salud (gráfico 2.1). Cinco de cada 6 personas que consideran corruptos a casi todos los funcionarios creen que su sistema de salud es o muy malo o no tan bueno, y casi el 80% de los que considera corruptos a la mayoría de los funcionarios ven el sistema de salud en términos negativos. Entre quienes creen que menos de la mitad de los funcionarios públicos son corruptos, 3 de cada 5 sí tienen una visión negativa del servicio de salud. Incluso en el pequeño porcentaje de ciudadanos de la región que considera corruptos a muy pocos funcionarios, apenas menos de la mitad tiene una impresión positiva de su sistema de salud.

Cuadro 2.2. Servicio de salud percibido como no muy bueno

P. ¿Cómo evaluaría el sistema actual de atención de salud en este país?

	<i>Muy bueno</i>	<i>Bastante bueno</i>	<i>No tan bueno</i>	<i>Muy malo</i>
	<i>(% de encuestados)</i>			
República Checa	3	51	39	7
Eslovenia	4	42	42	11
Bielorrusia	2	49	38	11
Rumania	2	14	66	18
Hungría	1	38	46	15
Todos los países del NBE	1	26	49	24
Estonia	1	24	49	26
Lituania	1	22	56	21
Eslovaquia	1	21	52	26
Letonia	1	20	47	32
Polonia	1	16	48	35
Bulgaria	1	7	55	38
Rusia	1	7	53	40

Fuente: Centro para el Estudio de Políticas Públicas, *Nuevo Barómetro Europeo VII*. Número total de encuestados: 13.499. Trabajo de campo realizado entre el 1 de octubre de 2004 y el 23 de enero de 2005.

Cuadro 2.3. Percepción de corrupción generalizada

P. ¿Hasta qué punto cree que se han extendido los sobornos y la corrupción en este país? *Muy pocos funcionarios públicos son corruptos; menos de la mitad son corruptos; la mayoría de los funcionarios públicos participan en actos de corrupción; casi todos los funcionarios públicos participan en actos de corrupción.*

	<i>Casi todos</i>	<i>La mayoría</i>	<i>Menos de la mitad</i>	<i>Muy pocos</i>
	<i>(% de encuestados)</i>			
Rumania	51	34	14	1
Bulgaria	43	45	10	2
Rusia	43	46	8	3
Todos los países del NBE	29	44	22	5
Lituania	32	50	15	3
Eslovaquia	30	50	18	2
Hungría	27	36	35	1
Bielorrusia	26	44	21	8
Letonia	24	49	22	6
Polonia	22	52	24	2
República Checa	21	49	26	5

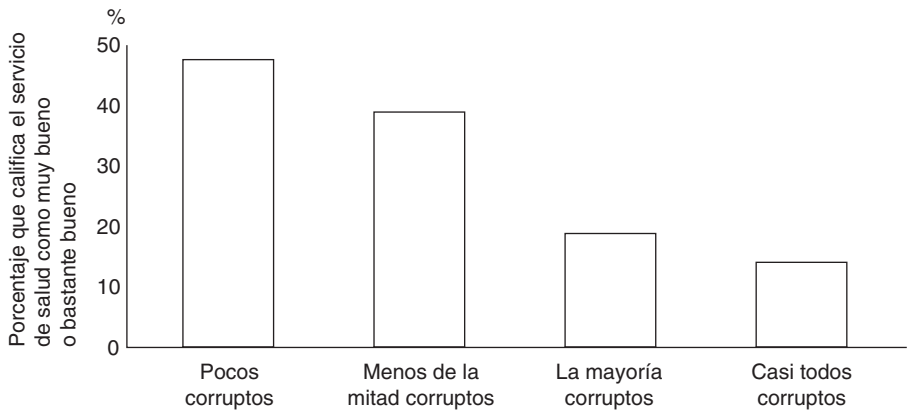


Cuadro 2.3. Percepción de corrupción generalizada (cont.)

	<i>Casi todos</i>	<i>La mayoría</i>	<i>Menos de la mitad</i>	<i>Muy pocos</i>
		<i>(% de encuestados)</i>		
Eslovenia	17	36	33	14
Estonia	12	39	36	13

Fuente: Centro para el Estudio de Políticas Públicas, *Nuevo Barómetro Europeo VII*. Número total de encuestados: 13.499. Trabajo de campo realizado entre el 1 de octubre de 2004 y el 23 de enero de 2005.

Gráfico 2.1. Cuando la corrupción aumenta, los servicios de salud empeoran



Fuente: Respuestas a preguntas de Cuadros 2.2 y 2.3; correlación gama: -0,36. Centro para el Estudio de Políticas Públicas, *Nuevo Barómetro Europeo VII*. Número total de encuestados: 13.499. Trabajo de campo realizado entre el 1 de octubre de 2004 y el 23 de enero de 2005.

Las personas que evalúan su salud por debajo del promedio presentan mayor probabilidad de admitir insatisfacción con el sistema de salud de su país; el 78% lo describe como no tan bueno o muy malo. Sin embargo, tener mala salud no es la razón principal por la que un servicio de salud genera una impresión negativa. Más de tres cuartos de los encuestados que calificaron su salud como regular también creen que la atención no es tan buena o es muy mala; e incluso entre quienes aseguran tener buena o excelente salud, dos tercios tienen una impresión negativa de la atención ofrecida.

La salud de una persona no sólo refleja el estado del país, sino también características específicas de esa persona, como la edad y la educación. Mediante un análisis regresivo múltiple se puede determinar hasta dónde un mal gobierno tiene un efecto negativo sobre la salud de las personas, además de las características individuales. Este análisis identifica condiciones que estadísticamente ejercen una influencia importante sobre la salud, sin contar los efectos de otras influencias.

Tanto las características individuales (la edad, el nivel social y la educación) como las percepciones de los servicios públicos influyen significativa e independientemente en la salud de las personas en Europa Central y Oriental y en la ex Unión Soviética. En conjunto, representan un 26,8% de la varianza en la evaluación de la propia salud. Como se esperaba, la edad es, de lejos, el factor de mayor influencia: tener 60 años o más tiene un efecto negativo sobre la salud aún más notable que el efecto positivo de tener menos de 30.

Otras tres características socioeconómicas tienen un importante efecto positivo sobre la salud individual. Cuantos más altos sean los niveles social y educacional de las personas, mejor es su salud, no importa la edad. Cuantos más bienes de consumo durables haya en el hogar (una medida de los ingresos en países donde los subsidios y las ganancias informales complican la evaluación de los salarios convencionales), mejor será la salud de la persona.

La estadística que señala que los hombres tienen mayor probabilidad de ser sanos que las mujeres es un subproducto de la tasa más elevada de mortalidad masculina a menor edad, factor que se traduce en que los hombres que viven más son en promedio más sanos.

La percepción de la corrupción tiene una influencia directa e indirecta sobre la salud. Después de examinar las características sociales, las personas que perciben al gobierno como más corrupto tienen una mayor probabilidad de mala salud. La corrupción tiene también un efecto indirecto porque se relaciona con una evaluación negativa del servicio de salud, y un servicio de salud deficiente es malo para la salud de una persona. La percepción individual de la corrupción es más importante para la salud de la persona que la evaluación nacional general.⁴

Al margen de la percepción generalizada de los servicios públicos como deficientes o hasta corruptos, los valores sociales de Europa Central y Oriental continúan respaldando el pago de impuestos por mejores servicios. Sin embargo, cuanto más corrupto es un sistema en la realidad, menores beneficios obtendrán las personas del pago de mayores tributos. A fin de mejorar la salud en la región, los gobiernos nacionales no sólo deben gastar más dinero en atención de salud, sino también deben hacerlo con probidad.

Notas

1. Richard Rose es profesor del Centro para el Estudio de Políticas Públicas, Universidad de Aberdeen, Escocia.
2. La encuesta del Nuevo Barómetro Europeo se financia mediante una donación del Consejo Británico de Investigación Económica y Social, destinada al análisis de las sendas divergentes de los ex países comunistas. Los datos de salud se recopilaron con el apoyo de una donación de la Fundación MacArthur otorgada al profesor Sir Michael Marmot, del Departamento de Epidemiología y Salud Pública, University College, Londres.
3. Todos los porcentajes se basan en la combinación de las encuestas nacionales del NBE y la ponderación de cada una en igual porcentaje, de modo que cada encuesta contribuye con un doceavo del total de las respuestas informadas.

4. El Índice de Percepción de la Corrupción (IPC) de TI no registra importancia estadística debido a que evalúa el país en su conjunto; de este modo, el análisis regresivo asigna el mismo puntaje del IPC a cada persona encuestada de un país. Sin embargo, en un país jamás habrá 100% de acuerdo sobre hasta qué punto los funcionarios son corruptos. El NBE reúne datos de personas y, por lo tanto, puede tomar en cuenta las diferencias en la percepción individual dentro de un país.

Una auditoría ciudadana en México revela documentos sobre actos de corrupción

Helena Hofbauer¹

Hacia fines de 2002, cuando se debatía sobre el presupuesto de 2003, el Congreso mexicano anunció un desembolso de 600 millones de pesos (US\$56,5 millones) de fondos adicionales para programas que promovieran la salud de la mujer. El presidente de la Comisión de Presupuesto envió instrucciones a tal efecto al Ministerio de Salud. Se incluía una declaración que establecía que 30 millones de pesos (US\$2,8 millones) se debían reasignar a una organización privada, Provida, como parte de esta iniciativa. Originalmente, esa suma se había asignado a campañas de salud pública para el VIH/sida.

Seis organizaciones mexicanas de la sociedad civil (OSC) –Consortio para el Diálogo Parlamentario y la Equidad; Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia; Fundar, Centro de Análisis e Investigación; Grupo de Información en Reproducción Elegida; Letra S, Sida, Cultura y Vida Cotidiana; y Salud Integral para la Mujer– iniciaron una investigación de por qué se había alterado el presupuesto. Las seis se embarcaron en una profunda búsqueda durante 18 meses, período en el que documentaron irregularidades evidentes. Muchos de los esfuerzos de las OSC fueron posibles porque México implementó una nueva Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública en junio de 2002.

Las organizaciones descubrieron un pedido de fondos que Provida presentó al Ministerio de Salud el 3 de diciembre de 2002 por 30 millones de pesos, así como una confirmación de los Ministerios de Economía y Salud para que se entregara esa suma al comité nacional de Provida. También salió a la luz el acuerdo firmado entre el administrador de concesiones y Provida, que correspondía a un informe de impacto social y financiero presentado por la institución sobre el uso de los recursos, y un documento financiero de 6.525 páginas que contenía facturas que detallaban cómo se habían gastado los 30 millones de pesos.

Con este conocimiento, las OSC comenzaron a seguir su propio proceso de auditoría sobre cómo Provida había gastado los 30 millones de pesos de los contribuyentes en 2003. Hallaron evidencias de uso indebido y corrupción. Más del 80% de los fondos fueron utilizados para contratar servicios de empresas de relaciones públicas para trabajos tales como una campaña contra el suministro de anticonceptivos de emergencia para las mujeres. También se gastó dinero en una entidad

importadora de instrumental médico, cuyos precios eran excesivos, y se alquiló un salón de fiestas. Las dos empresas y el dueño del salón de fiestas compartían con Provida la dirección, los números de teléfono y el director administrativo. Asimismo, las OSC descubrieron que Provida había comprado lapiceras, ropa y mercaderías de lujo con parte de los fondos. Los documentos presentaban serias incoherencias fiscales. Por ejemplo, había recibos con fecha de octubre de 2003 de productos que se habían adquirido en julio de ese año.

Además, las OSC hicieron algunas observaciones sobre infracciones que se habían cometido en los procedimientos realizados. En primer lugar, el presidente de la Comisión de Presupuesto no está autorizado para hablar ante el plenario ni dar instrucciones a un ministro; en segundo lugar, el Congreso no puede asignar dinero a organizaciones privadas, especialmente si se extrae de programas públicos; en tercer lugar, el Ministerio de Salud sólo puede desembolsar recursos para ONG a través de un proceso público abierto, luego de pedir varias propuestas; y en cuarto lugar, la postura radical de Provida se contradice con ciertas importantes políticas de salud pública de México, dado que se opone de manera activa a la prevención del VIH/sida mediante el uso de preservativos y rechaza sistemáticamente el derecho al aborto otorgado a las mujeres que han sido violadas.

Con estas pruebas condenatorias, las OSC divulgaron su auditoría ciudadana+ en una conferencia de prensa en junio de 2004, momento en el que lanzaron una campaña para exigir transparencia y responsabilización, apoyada por 700 ONG de todo México. La campaña exigía que el Ministerio de Salud explicara públicamente sus razones para financiar a una organización privada que defendía políticas de salud contrarias al gobierno, que este llevara a cabo una auditoría oficial de los 30 millones de pesos y aclarara la responsabilidad de los funcionarios involucrados y la del representante legal de Provida, que se devolvieran los 30 millones de pesos al presupuesto del Estado y que se redactaran e implementaran las leyes necesarias para evitar transgresiones similares con dinero del gobierno.

La campaña se convirtió en el foco de la atención nacional y ocupó los titulares de los medios mexicanos de comunicación durante un mes. Como resultado de la creciente presión pública, el Congreso votó unánimemente en julio de 2004 convocar al ministro de Salud para que explicara el uso de los 30 millones de pesos y apresurar la auditoría oficial en curso. Poco tiempo después, el Ministerio exigió la devolución de los 30 millones de pesos y anuló el contrato con Provida, con lo que se suspendió la distribución de fondos adicionales a la organización durante 2004.

En septiembre de ese año, el contralor interno, responsable de iniciar las auditorías dentro del Poder Ejecutivo, divulgó los resultados de la auditoría oficial, que corroboraba las irregularidades que habían identificado las OSC. Hacia fines del mes de marzo de 2005, la fecha más próxima posible, el auditor general (del Poder Legislativo) también reveló los resultados de la causa. El informe de este funcionario iba aún más allá y establecía que el 90% del dinero que recibió Pro-

vida del gobierno se había utilizado de manera inapropiada. Por lo tanto, el Senado pidió que se iniciara un proceso judicial contra Provida y sus representantes legales.²

En abril de 2005, el contralor interno removió sin un proceso público a tres funcionarios que dirigían la unidad del Ministerio del Salud que había entregado los recursos, e inhabilitó al representante legal de Provida, Jorge Serrano Limón, para ocupar un cargo público y lo multó con 13 millones de pesos. Aún no se han devuelto los 30 millones de pesos, no se ha pagado la multa y el proceso judicial sigue en curso.

Sin embargo, las OSC han promovido eficazmente la causa de una mayor transparencia en muchos sentidos. Demostraron el importante papel que pueden desempeñar las OSC para que el gobierno se haga más responsable, utilizando el marco legal del país. En particular, demostraron el valor de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información para promover procesos que no hubieran sido posibles tres años atrás.

Ésta fue la primera vez que las OSC realizaron un seguimiento a la mala asignación de recursos y su uso corrupto a través de todo el proceso presupuestario. Fue posible identificar lo que había sucedido, auditar el ejercicio de los recursos y alcanzar la etapa de supervisión del proceso a fin de buscar reparaciones. El mal uso de los recursos y la corrupción que destacaron las OSC fueron confirmados por las instituciones oficiales y se emprendieron acciones posteriores que permitieron sentar precedente legal, dado que, por primera vez, la Ley de Responsabilidades de los Funcionarios Públicos (en vigencia desde 1982, con varias reformas) se aplicó a una persona (Serrano Limón), que hizo uso indebido de los recursos públicos.

Se hizo hincapié en las incongruencias entre las políticas de salud pública y las actividades de Provida; además, los centros de salud que se deberían haber construido y gestionado con los 30 millones de pesos desde entonces han sido supervisados cuidadosamente para asegurar que se ejercieran prácticas legítimas.

La unidad administrativa del Ministerio de Salud responsable de la distribución de los recursos entre las OSC revisó sus políticas y, por primera vez, sus procedimientos fueron de dominio público.

Notas

1. Helena Hofbauer es directora ejecutiva de Fundar en la Ciudad de México.
2. www.senado.gob.mx/sgsp.

El combate al fraude y la corrupción en el Servicio Nacional de Salud británico

Jim Gee¹

El fraude y la corrupción representan un movimiento de tenaza sobre las organizaciones afectadas. Les niegan los recursos que necesitan y, al mismo tiempo, socavan la confianza del público. Durante demasiado tiempo, la defensa contra estos ataques se ha organizado de manera deficiente y poco profesional. En los últimos años este panorama ha cambiado considerablemente en el Reino Unido, y especialmente en su Servicio Nacional de Salud (SNS), la tercera entre las organizaciones más grandes del mundo en su categoría con 1,2 millones de empleados y un presupuesto anual de £70.000 millones (US\$125.000 millones).

El Servicio Contra el Fraude (Counter Fraud Service – CFS) fue creado en 1998 con la responsabilidad general de proteger contra el fraude y la corrupción al SNS y sus recursos. El punto de partida del CFS es realizar una medición precisa y un seguimiento cabal de las pérdidas por fraude y corrupción en cada área del presupuesto del SNS con una exactitud dentro del 1%, y someter los resultados a una auditoría independiente. Esto es útil para identificar la naturaleza y la magnitud del problema, paso fundamental para encontrar la solución adecuada. De este modo, se sabe que las pérdidas por fraude de los pacientes se han reducido de £171 millones (US\$305 millones) en 1999 a £78 millones (US\$139 millones) en 2004 (una reducción de 54%), y las pérdidas por fraude de los profesionales médicos han disminuido entre el 43% y el 54% en el mismo período. En la actualidad se están midiendo las pérdidas por fraude en la nómina salarial, relacionadas con “empleados fantasma” o los casos en que se obtienen empleos usando calificaciones falsificadas o antecedentes laborales ficticios. El CFS no sólo se encarga del trabajo operativo para combatir la corrupción (la detección, la investigación y la búsqueda de sanciones y reparaciones). También trabaja en la formación de una verdadera cultura antifraude y anticorrupción, en la creación de un fuerte efecto disuasivo, y en la revisión de políticas y sistemas que eviten la recurrencia del problema. Al integrar estos dos aspectos, se asegura de generar no sólo actividades, sino también resultados tangibles en términos de menores pérdidas por fraude y corrupción. Como requisito legal, el cuerpo está integrado por especialistas calificados en el combate del fraude con capacitación profesional, miembros de una nueva profesión que ronda las 8.500 personas en los sectores público y privado desde que el gobierno la creara en el año 2001.

El CFS ha detectado y ha abordado muchos aspectos diferentes de la corrupción. Algunos ejemplos recientes son:

- Se presentó una demanda por £152 millones (US\$271 millones) en contra de varias compañías de fármacos genéricos con la convicción de que formaron

un cartel para subir los precios de los medicamentos warfarina, penicilina y ranitidina.

- Se está llevando a cabo el procesamiento penal del director ejecutivo de un fideicomiso del SNS que falsificó sus calificaciones para obtener el cargo y renunció para evitar su despido.
- Por lo general, los profesionales médicos que reclamaron y se embolsaron pagos por tratamientos que no suministraron fueron procesados penalmente y se emprendieron acciones legales civiles para recuperar las pérdidas. Finalmente, fueron suspendidos o retirados de los organismos profesionales.

Estos y otros ejemplos en que se ha detectado y detenido la corrupción totalizan más de £170 millones (US\$303 millones) desde 1999, pero sólo son una parte de los beneficios financieros totales de £675 millones (US\$1.200 millones) para el SNS, pues también hay que agregar la recuperación de dinero perdido por fraude y reducciones de pérdidas medidas por la intervención del CFS. El servicio representa un rendimiento de la inversión presupuestaria de 13:1 y equivale a lo que costaría construir 10 nuevos hospitales.

Para lograr estos resultados, el CFS ha trabajado en la movilización de la mayoría honrada, ha realizado más de 1.400 presentaciones y sesiones de concientización que han llegado a cientos de miles de empleados y millones de pacientes. También intenta disuadir a la minoría corrupta mediante la publicación de las acciones adoptadas, con cerca de 400 artículos en medios de comunicación cada año. Los niveles de detección se han multiplicado en varias centenas; el nivel de éxito de los procesos judiciales alcanza el 96% y, además, se recurre exhaustivamente a la ley civil para congelar y recuperar los activos.

Las claves de este éxito han sido cuatro:

- Identificación precisa de la naturaleza y la magnitud del problema.
- Acción integral para atacar el problema (no sólo limitada a la vigilancia tradicional).
- Intervención de personal profesional con capacidades adecuadas para reducir las pérdidas por corrupción de manera permanente.
- Movilización exitosa de la mayoría honrada y efecto disuasivo que tiene sobre la minoría corrupta.

El método del CFS se reconoce ampliamente como práctica óptima en el sector público del Reino Unido y gana terreno también en Europa, pues se comparte información a través de la nueva Red Europea Contra el Fraude y la Corrupción en la Asistencia Sanitaria.

Es tiempo de que el trabajo contra el fraude y la corrupción deje su etapa pre-profesional y se profesionalice completamente. Nadie espera que un abogado no calificado brinde asesoría legal de calidad, ni que un cirujano no calificado opere a

un paciente. Es igualmente inaceptable adoptar un método no profesional para la protección de los organismos públicos contra el fraude y la corrupción.

Nota

1. Jim Gee es director ejecutivo del Servicio Contra el Fraude del Servicio Nacional de Salud, y director de los Servicios de Prevención del Fraude del Departamento de Salud del Reino Unido.

3 La corrupción en los hospitales

Los hospitales absorben la mayor parte del presupuesto de salud. Por ello, y en vista de su gran tamaño y complejidad, son especialmente vulnerables a la corrupción, tal y como lo describe Taryn Vian. De los hospitales se fuga dinero a través de turbios procesos de compra de equipos y suministros, empleados fantasma, costos de construcción exagerados y precios inflados. En los países en desarrollo, esta situación redunda en un menor presupuesto para otros servicios médicos necesarios, como son los programas de atención primaria de la salud.

Los que sufren las consecuencias son, en definitiva, los pacientes, ya sea porque se les exige el pago de sobornos para obtener tratamientos que deberían ser gratuitos, o porque las decisiones sobre qué tratamiento deben seguir se basan en motivaciones monetarias en lugar de necesidades médicas. Los efectos se pueden percibir tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. Sin embargo, hay un rayo de esperanza proveniente de una serie de estudios de casos realizados en el mundo entero que demuestran cómo unas iniciativas de bajo costo orientadas a aumentar la transparencia, por ejemplo, en las compras en hospitales de Kenia y en las listas de espera en Croacia, pueden contribuir a reducir la corrupción.

La corrupción en la administración hospitalaria

Taryn Vian¹

El sector hospitalario es especialmente vulnerable a la corrupción, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. Sólo en Estados Unidos, se calcula que el costo por fraude y corrupción en la salud oscila entre US\$11.900 y 23.200 millones por año. Cabe destacar que gran parte de este gasto puede atribuirse a la atención prestada en hospitales.²

El tamaño y la complejidad de los hospitales permiten la existencia de muchos tipos de corrupción. Muchos economistas han señalado que la corrupción es un “delito de cálculo” que se da con mayor facilidad en el caso de presupuestos importantes donde las “rentas” o las posibilidades de que ciertas personas lucren con las decisiones tomadas por las autoridades son bastante altas. Los hospitales satisfacen

estos criterios de vulnerabilidad. En todo el mundo, representan entre el 30% y el 50% del gasto total en el sector salud (tanto pública como privada), mientras que, en regiones como Europa Oriental, esta proporción puede incluso llegar al 70%.³ El gasto hospitalario puede también incluir importantes inversiones en construcción y compra de tecnologías costosas, ambas áreas especialmente vulnerables a la corrupción. Asimismo, la necesidad de lidiar con un gran número de actores con diversos intereses y asimetrías de información en varios niveles (entre el personal médico y los pacientes; entre los médicos y los administradores; entre los expertos en compras y el personal clínico, para mencionar sólo algunas) contribuye también a la creación de un ambiente propicio para la corrupción (véase el capítulo 1).

La corrupción en la administración hospitalaria genera un efecto negativo directo sobre el acceso de los pacientes a la atención y su calidad. El robo de suministros por parte de los empleados puede dejar a los pacientes sin medicamentos; al mismo tiempo, los pagos extorsivos por debajo de la mesa generan ansiedad y restringen el acceso a la atención médica. En la medida en que se desvían recursos de los presupuestos hospitalarios mediante malversación o compras fraudulentas, disminuyen los fondos destinados al pago de sueldos y al financiamiento de las operaciones. Esto, a su vez, genera desmotivación entre los empleados y un mayor índice de ausentismo, ya que el personal médico busca aumentar sus ingresos ejerciendo en forma privada, lo que restringe aún más el acceso y la calidad de los servicios de salud. Los acuerdos financieros entre hospitales y médicos, cuyo fin es aumentar las ganancias de los hospitales y de los médicos, pueden redundar en una pérdida de recursos fiscales, o bien en decisiones médicas que no apuntan al bienestar de los pacientes. La constante corrupción en este sector dificulta aún más reducir el gasto hospitalario como una proporción del gasto total en salud; esta reducción es la meta de muchos países en desarrollo donde se pueden satisfacer las necesidades de manera más costo-efectiva en centros de atención primaria, por ejemplo, centros sanitarios y consultorios de salud materno-infantil. Si las actuales modalidades de gasto en el sector hospitalario permiten a las autoridades obtener beneficios personales, entonces ¿para qué querrían promover cambios tendientes a incrementar la atención primaria, un área donde son menores las posibilidades de enriquecimiento privado?

El cuadro 3.1 brinda una tipología de corrupción en la administración hospitalaria. Las áreas de mayor preocupación incluyen el sistema de compras, la malversación de fondos y el robo, el fraude en el sistema de pagos y asuntos relacionados con el personal como el ausentismo, los pagos informales y la venta de puestos de trabajo.

Cuadro 3.1. Principales tipos de corrupción en la administración hospitalaria

<i>Categoría</i>	<i>Tipo</i>	<i>Descripción</i>
Compras	Sobrepagos por bienes y servicios	Involucrarse en connivencia, recibir sobornos y comisiones ilegales en los procesos de compras que generan sobrepagos de bienes y servicios contratados o el incumplimiento de las normas contractuales de calidad.
Malversación y robo	Malversación de fondos	Desviar fondos presupuestarios o cobrar tarifas a los usuarios para beneficio personal.
	Robo	Robar medicamentos y suministros médicos o equipos para uso personal, uso en consultas privadas o reventa.
Personal	Ausentismo	No presentarse a trabajar o trabajar menos horas de las debidas, a pesar de recibir un sueldo por tiempo completo.
	Pagos informales	Extorsionar o recibir pagos por debajo de la mesa por servicios que se supone son gratuitos; solicitar pagos a cambio de privilegios o tratamientos especiales.
	Uso indebido de recursos hospitalarios	Usar equipos, espacio, vehículos o presupuesto pertenecientes al hospital para asuntos privados o para beneficio personal o de amigos.
	Favoritismo en la facturación y el gasto	Liberar de pago o falsificar documentos de seguros a algunas personas en particular; usar el presupuesto hospitalario para beneficio de algunos individuos favorecidos.
	Venta de puestos de trabajo y acreditación	Extorsionar o aceptar sobornos para influir en la contratación o el otorgamiento de licencias, acreditaciones o certificación de instalaciones.
Sistemas de pago	Fraude de seguros y facturación no autorizada a pacientes	Facturar de manera ilegal a las aseguradoras, al gobierno o a los pacientes por servicios no cubiertos o por servicios no prestados con el fin de maximizar las ganancias. Esto puede incluir la falsificación de registros de facturación, libros de ingresos o registros de uso y la creación de pacientes fantasma.
	Acuerdos para la derivación ilegal	Comprar servicios de médicos mediante incentivos financieros o sobornos para la derivación de pacientes; médicos que derivan pacientes de hospitales públicos a su consulta particular.
	Inducir a la realización de procedimientos médicos innecesarios	Realizar intervenciones médicas innecesarias con el fin de maximizar los ingresos por pago de tarifas.

Compras en los hospitales: caldo de cultivo para la corrupción

Las compras fraudulentas constituyen un gran riesgo en los hospitales puesto que prácticamente todo el gasto de capital tiene que ver con adquisiciones. Los medica-

mentos y suministros son, a menudo, la segunda partida de gastos recurrentes después de los sueldos. Los encargados de compras pueden procurar que las empresas proveedoras paguen sobornos o comisiones ilegales, o bien los contratistas pueden verse involucrados en actos de connivencia u ofrecer sobornos a los funcionarios con el fin de adjudicarse los contratos.

Antecedentes de Argentina, Bolivia, Venezuela y Colombia sugieren que estas prácticas elevan los precios de los suministros adquiridos. Por ejemplo, se estimó que los sobrepagos realizados en 1998 por siete medicamentos específicos en 32 hospitales públicos de Colombia superaron los US\$2 millones anuales, es decir, una suma de dinero que habría alcanzado para pagar la cobertura de salud de 24.000 personas.⁴

Los hospitales pequeños enfrentan obstáculos específicos para reducir su vulnerabilidad a las compras indebidas. Donde hay sólo unos pocos médicos de una especialidad, estos tienen más poder frente a las decisiones adoptadas por los administradores. Pueden llegar a exigir que el hospital adquiera determinados equipos o suministros para ellos o, en caso contrario, se irán a trabajar a otra parte. Para algunos, esto puede no constituir corrupción, sino un mero motor económico de la inflación médica.

Por otra parte, cabe la posibilidad de que los profesionales de la salud ejerzan presión sobre los hospitales para adquirir más tecnología de la que la institución puede mantener, pues el equipo adicional permite a los especialistas exigir honorarios más elevados. Esta situación se da especialmente en los hospitales privados, aunque también puede ocurrir en los públicos donde los médicos utilizan las instalaciones estatales para ejercer de forma privada (ya sea oficial o extraoficialmente), o pueden llegar a exigir que los pacientes realicen pagos por debajo de la mesa.

Si bien las listas de medicamentos esenciales y los vademécums hospitalarios pueden ser útiles, pues restringen las opciones de compra a una serie de medicamentos que cumplen con las normas de eficiencia, costo y calidad, es posible que los productores privados o sus representantes intenten de todas formas sobornar a los funcionarios para hacer que sus medicamentos o fórmulas se incluyan en estas listas. Por ejemplo, en el año 2003, un funcionario del Ministerio de Salud de Albania sostuvo que había recibido ofertas para comprar la lista todavía no aprobada de los miembros nominados para los comités nacionales de nomenclatura y reembolso de medicamentos. Se cree que los sobornadores querían la lista para contactar a cada uno de los nuevos miembros y así poder influir en sus decisiones mediante el ofrecimiento de incentivos financieros que indujeran a decisiones favorables para sus intereses. TAP Pharmaceutical Products fue acusada de influir en las decisiones de compra y uso de medicamentos, por haber entregado incentivos directos a Lahey Clinic, centro médico y sala de atención primaria en Estados Unidos con capacidad para 259 camas, aceptando supuestamente pagar unos US\$100.000 para realizar una fiesta de Navidad, torneos de golf y seminarios, siempre y cuando el establecimiento accediera a seguir recetando su medicamento contra el cáncer,

Lupron, en lugar de uno más barato producido por una compañía rival.⁵ Anteriormente, TAP ya había sido multada con una cifra récord de US\$885 millones por cargos similares en 2001.

Los encargados de compras también pueden hacer la vista gorda frente a proveedores que entregan materiales de construcción de inferior calidad o productos que no se ajustan a las expectativas de calidad contractuales. Tal es el caso de Malasia, donde el Organismo Anticorrupción recientemente realizó una investigación sobre irregularidades en la construcción del Hospital Sultán Ismail.⁶ El riesgo de corrupción es mayor si el hospital carece de sistemas que permitan documentar y controlar el desempeño de los contratistas. Según se ha informado, el Hospital Nacional Kenyatta de Kenia perdió, según se informó, más de US\$12 millones en concepto de compras fraudulentas entre los años 1999 y 2002.⁷ Algunos de los problemas citados por la prensa incluían fallas en el control de la calidad de las compras (artículos obsoletos en lugar de los equipos modernos descritos en las bases de licitación, o provisión de suministros en menor cantidad que la contratada) y cargos ocultos o sobrecostos de construcción no incluidos en el contrato de compra original, así como procesos de licitación no competitivos que derivaron en precios más elevados. Es posible que los hospitales no dispongan de suficientes sistemas para llevar un registro de la recepción y utilización de pedidos de medicamentos, lo cual puede redundar en el pago de pedidos que nunca fueron recibidos.

Se puede prevenir la corrupción mediante el uso de sistemas de compras y control de inventario más efectivos que reduzcan la discrecionalidad. No obstante, los esfuerzos anticorrupción que se sustentan fundamentalmente en medidas de control administrativas tienden a verse frenados por actos de connivencia. En Venezuela, los investigadores sospecharon que la complicidad entre los administradores de hospitales y los funcionarios encargados de las compras alimentaba la corrupción reduciendo las posibilidades de descubrirla y castigarla.⁸

Es necesario adoptar medidas relacionadas con la transparencia y la rendición de cuentas para que los administradores de hospitales respondan por sus actos. En Argentina, el gobierno optó por la estrategia de controlar cuánto pagaban los hospitales por los suministros médicos y luego divulgó esta información entre ellos. Los precios de compra de los insumos controlados cayeron inmediatamente un 12% en promedio. Con el tiempo, los precios volvieron a subir, aunque se mantuvieron por debajo de los precios de compra de referencia durante todo el período en que se aplicó esta política.⁹ La OMS y Acción Internacional por la Salud también desarrollaron una herramienta de control de precios de medicamentos que se podría usar en iniciativas relacionadas con la transparencia.¹⁰

En Bolivia, los investigadores descubrieron que un mayor activismo ciudadano en la autoridad sanitaria, así como la supervisión del personal, actuaron como frenos para evitar que los encargados de compras¹¹ pagasen de más por los medicamentos. Mientras tanto, en Uganda los comités de gestión de unidades de salud

con representación de la comunidad comenzaron a hacer cumplir la obligación de rendir cuentas, en especial en el área de gestión de medicamentos de los hospitales.¹² Demás está decir que, si los miembros de la comunidad aceptan sobornos o actúan en connivencia con los funcionarios de los hospitales, los comités no cumplirán su objetivo.

Si lo que se persigue es aumentar el grado de transparencia en las compras de medicamentos, los hospitales pueden dejar la toma de decisiones en manos de comités de expertos farmacéuticos o terapéuticos, o en comités de compras. La estructura de comités permite contrarrestar la influencia del personal sanitario con fuertes intereses personales. Las decisiones de compras conjuntas para diversos grupos de hospitales pueden ser de gran ayuda para aumentar la competencia y diluir el poder individual de ciertos médicos. Algunos países, como Albania, han decidido centralizar las compras hospitalarias como una forma de reducir las posibilidades de corrupción. En Chile, la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST) ha evitado los actos de connivencia y rebajado los precios mediante un sistema computadorizado de licitaciones similar a una subasta (véase “Corrupción en el sector farmacéutico”, capítulo 5, página 93). Sin embargo, un sistema centralizado de compras puede acarrear nuevos problemas si no se lo diseña y controla adecuadamente. Es más, aun en el caso de contar con un efectivo sistema centralizado de compras, subsiste el riesgo de sobornos o connivencia, que debe abordarse a través de la transparencia y la revisión.

Malversación y robo

La malversación implica el robo de los pagos en efectivo o de otros tipos de ingresos de un hospital, realizado por los empleados encargados de recaudar esos pagos. Los hospitales más vulnerables son aquellos que cuentan con sistemas financieros poco sofisticados, no computadorizados, o que prefieren el uso de dinero en efectivo en lugar de los pagos sobre una base acumulativa (véase el recuadro 3.1) En los países en desarrollo, con frecuencia, la malversación incluye el cobro a los usuarios por la venta de fármacos o exámenes de diagnóstico y las tarifas para ser admitidos en un centro de atención sanitaria. Según un estudio, en los establecimientos subhospitalarios de Uganda, los trabajadores se embolsaban entre un 68% y un 77% de los cobros formales realizados a los usuarios.¹³ Los investigadores compararon los ingresos esperados derivados de las tarifas cobradas a los usuarios según el registro de uso de 12 consultorios con ingresos recibidos efectivamente. Si bien las pautas del Ministerio de Salud contemplaban algunas exenciones de pago para los más pobres, el estudio demostró que, en la práctica, a los que no podían pagar se les negó la atención y que el grueso de los ingresos faltantes había ido a parar a manos de los cobradores.

El robo de suministros constituye otro problema recurrente en los hospitales públicos. Si bien no todos los casos caen en la categoría de corrupción, la línea se

cruza cuando funcionarios con poder abusan sistemáticamente de sus cargos para reducir los recursos de un hospital. Hay indicios de que el problema no es menor. Según un estudio realizado en Venezuela, dos tercios del personal médico encuestado sabía de casos que involucraban el robo de suministros médicos, mientras que en Costa Rica más del 80% de los enfermeros informó de “gran cantidad” o “algún grado” de robo.¹⁴ Uganda sufre una gran fuga de fármacos de los hospitales y centros de salud subhospitalarios que, según los cálculos de los investigadores, alcanzaría dos tercios del suministro de medicamentos adquiridos.¹⁵ En entrevistas realizadas a 53 trabajadores de la salud en Mozambique y Cabo Verde, de los cuales cerca de la mitad trabajaba en hospitales, los investigadores identificaron un frecuente mal uso de las existencias de medicamentos para beneficio personal.¹⁶

Algunas personas perciben la apropiación indebida de fármacos y la malversa-

Recuadro 3.1. El uso de cajas registradoras inyecta transparencia –e ingresos– en el Hospital General Coast Provincial de Kenia

En el Hospital General Coast Provincial de Kenia, el personal del gobierno utilizó la información recopilada a través de encuestas de satisfacción de los pacientes para detectar prácticas fraudulentas en el sistema de recaudación de pagos de los usuarios.¹ Se sospechaba que los empleados se estaban embolsando los montos cobrados, lo que redundaba en una fuga de fondos del hospital. Como los sistemas utilizados para informar de la recaudación de ingresos no estaban computadorizados, era difícil determinar el monto que debían alcanzar los ingresos generados por cobros a los usuarios, para posteriormente compararlos con los ingresos recibidos efectivamente. Los administradores no contaban con la información necesaria para poder actuar.

La administración decidió entonces poner freno a este problema mediante la instalación de una red de cajas registradoras electrónicas. Para implementar este programa, fue necesario reemplazar a los cobradores, que se resistían al cambio.

La reforma tardó tres meses en implementarse, y costó US\$42.000. Los ingresos por montos cobrados a los usuarios aumentaron casi un 50% en tres meses, a pesar de que los niveles de uso no registraron cambio alguno. Este nuevo régimen reveló otras carencias en los sistemas y la rendición de cuentas dentro del hospital, que fueron oportunamente tratadas. En tres años, los ingresos anuales por cobros a los usuarios se incrementaron en un 400%. La responsabilización por la forma de gastar el excedente de ingresos se llevó a cabo introduciendo más transparencia en los procesos de planificación y presupuestación.

Taryn Vian (Facultad de Salud Pública, Universidad de Boston)

Nota

1. C. Stover, “Health Financing and Reform in Kenya: Lessons from the Field”. Documento de antecedentes para la conferencia de conclusión del Proyecto de Financiamiento y Sostenibilidad APHIA (Nairobi: mayo de 2001).

ción de los ingresos derivados de las tarifas cobradas a los usuarios en países pobres como una estrategia personal para sobrellevar condiciones de trabajo cada vez peores, como son la disminución de los sueldos y los pagos a destiempo. En consecuencia, cualquier método de prevención y control debe incluir no sólo sistemas de vigilancia y monitoreo para detectar y aplicar castigos, sino también reformas a los sistemas de pago y que fortalezcan el profesionalismo. Una de las sugerencias inspiradas en el trabajo de campo realizado en Mozambique y Cabo Verde consiste en la “creación de leyes que conviertan al director de una organización o departamento en el responsable legal de los actos de dicha entidad” como una forma de aumentar la presión de los colegas y la responsabilización.¹⁷ Los contratos basados en el rendimiento representan otra forma de aumentar la responsabilización y brindar incentivos al desempeño.¹⁸

Prácticas de personal “poco saludables”

El robo de tiempo constituye otro tipo de abuso común. En una encuesta realizada en Perú, el 32% de los profesionales de la salud consultados consideraba el ausentismo como una práctica común o muy común entre los trabajadores de hospitales,¹⁹ mientras que en Venezuela los encuestados manifestaron que los doctores y los jefes de enfermeros se ausentaban entre un 30% y 37% de las horas contratadas (véase “Historia de dos sistemas de salud”, capítulo 1, página 18). El fenómeno del ausentismo se ha vinculado a los bajos sueldos y al hecho de tener más de un trabajo,²⁰ que para algunas personas es un mecanismo de adaptación más que un acto de corrupción. Muchos médicos también ejercen en el sector privado, motivados en parte por los bajos sueldos que ofrece el sector público.²¹

A fin de reducir el ausentismo, se debe implementar una serie de mecanismos institucionales de control para aumentar la detección, entre ellos, la supervisión del personal, sistemas de medición del desempeño y participación de la comunidad en la gestión hospitalaria. Los investigadores señalaron que, si bien los mecanismos de control pueden ayudar a resolver el problema, no existe una receta única. El éxito de las estrategias para reducir el ausentismo en las dependencias públicas también dependerá de las diferencias de sueldo entre el sector público y el privado, así como de la presencia o ausencia de barreras para ingresar al sector privado. Es posible que se requieran reformas más profundas de las políticas de la administración pública, así como de los sistemas de gestión de recursos humanos, por ejemplo, cambiar el sistema de nombramientos de la administración pública por uno de contratos de pago por tiempo y servicios prestados. Si un empleado no se desempeña eficientemente, el contrato simplemente no se renueva. Un mecanismo de este tipo también sirve para pagar una mayor tarifa horaria por las horas realmente trabajadas.

Los pagos informales, que se definen como pagos realizados por los pacientes por servicios que deberían ser gratuitos, constituyen un serio problema en los paí-

ses de ingresos bajos y medios (véase el capítulo 4, página 77). También se han detectado pagos realizados por debajo de la mesa en países de mayores ingresos como Francia y Grecia.²² Además de generar ansiedad e incertidumbre entre los pacientes, los pagos informales pueden hacer que los sectores pobres no busquen o posterguen la búsqueda de atención médica, y esto tiene un efecto adverso en la calidad de los servicios clínicos. Algunos pacientes se ven en la necesidad de endeudarse o de vender algunos bienes para cumplir con estos pagos, lo que termina empobreciéndolos. Otros buscan mantener los pagos informales bajos omitiendo niveles de atención, es decir, acuden directamente a especialistas o al hospital en lugar de usar los servicios de atención primaria o consultar médicos clínicos.

Los pacientes afirman haber efectuado pagos informales a todo tipo de trabajadores de la salud, incluidos guardias, personal de limpieza, asistentes de la morgue,

Recuadro 3.2. Ya se pueden revisar las listas de espera en hospitales de Croacia

El sector salud de Croacia se percibe como uno de los más corruptos del país.¹ Por lo tanto, no es sorprendente que el pago de sobornos para reducir el tiempo en las listas de espera se considere una práctica generalizada. Para disminuir este problema, el Ministerio de Salud lanzó una iniciativa piloto para divulgar listas de espera abiertas, lo que obligó a los ejecutivos de los hospitales a hacer públicas las listas donde se muestra la ubicación de los pacientes que esperan recibir tratamiento médico. Las listas se encuentran disponibles en las recepciones de los hospitales y los centros de salud pública. Aquellos pacientes que no desean que aparezca su nombre pueden solicitar que sea sustituido por un número. Las quejas por irregularidades se pueden hacer llegar al director del hospital o al Ministerio de Salud.

Gracias a la colaboración del capítulo croata de TI, se publicaron en papel y en Internet las listas de espera de dos importantes hospitales en Zagreb, Dubrava y Sveti Duh, a fines de 2004 y 2005. Una línea de asistencia telefónica operada por TI Croacia con el fin de fiscalizar la eficacia de esta iniciativa recibió 90 llamadas sobre la lista de espera del Hospital Dubrava en los primeros meses que siguieron a octubre de 2004. En uno de los casos, un paciente había esperado dos años para una cirugía de corazón, pero luego de presentar su queja en TI Croacia fue operado en un lapso de dos semanas. Sin duda, la iniciativa piloto se convertirá en un precedente para disminuir la corrupción en la prestación de servicios de salud al hacerla más abierta y transparente.

Ana First (TI Croacia)

Nota

1. La encuesta de opinión pública de Transparency International, llamada “Barómetro Global de la Corrupción 2004”, ubicó a los servicios de salud en el segundo lugar de las instituciones más corruptas de Croacia, sólo superados por el sistema legal y judicial y a la par de los partidos políticos y el Parlamento.

técnicos de laboratorio, médicos y enfermeros relacionados con procedimientos de diagnóstico y tratamiento. Según algunos estudios, los pacientes que están hospitalizados son más propensos a realizar pagos informales, y por cantidades mayores, que aquellos que buscan atención ambulatoria.²³ Éstas son las ominosas palabras de un informante albanés: “Lo más importante es pagarle al médico, ya que este nunca olvidará la cara de alguien que no le ha pagado por el resto de su vida”.²⁴

No es fácil lidiar con este problema ya que no siempre es posible distinguir entre pagos informales y propinas o regalos mediante los cuales los pacientes expresan su gratitud. Si bien los pagos informales pueden considerarse un mecanismo de supervivencia cuando los sueldos de los médicos y los enfermeros caen por debajo del salario mínimo para vivir, existen otros pagos que claramente constituyen sobornos pedidos por algunos trabajadores, práctica detectada en una morgue en Kenia y denunciada por los funcionarios. También se ha establecido la participación de personal de la morgue en casos de soborno y otras prácticas de corrupción tanto en Sudáfrica como en Zimbabue.²⁵

Involucrar a ciudadanos comunes y corrientes en iniciativas de supervisión o transparencia puede ser un complemento útil de las reformas regulatorias y burocráticas para tratar el tema de los pagos informales. Un hospital de Camboya logró reducir con éxito los pagos informales mediante la formalización de los cobros a los usuarios y la promoción de una conducta profesional entre el personal. El hospital hizo contratos individuales con los empleados e incrementó las escalas salariales al tiempo que exigió la rendición de cuentas y sancionó el mal desempeño.²⁶

Tal como sucede con otros sectores, los intereses privados pueden también afectar la selección y el ascenso del personal para cubrir puestos hospitalarios, donde los cargos suelen ir al mejor postor o a los individuos más conectados, en lugar de a los candidatos más calificados. Un estudio reveló que las parteras pagan seis o siete veces el valor de un mes de sueldo para obtener un puesto en el estado de Uttar Pradesh en India.²⁷ También en India, la Corte Suprema de Delhi determinó que el presidente de la junta médica había aceptado sobornos para permitir que las universidades de medicina vendieran vacantes a estudiantes locales.²⁸ El costo de este tipo de corrupción puede llegar a ser muy grave puesto que afecta tanto la práctica clínica de la medicina como la gestión de los sistemas hospitalarios y su desempeño. Como medida para reducir su vulnerabilidad, los hospitales pueden intentar abrir los procesos de toma de decisiones de contratación y ascensos, permitiendo así que los criterios sean más transparentes. La supervisión del desempeño también es fundamental para garantizar la responsabilización.

“Lo que el médico ordenó”: corrupción en los sistemas de pago

Otras formas de corrupción conocidas –el fraude en los reembolsos de seguros, las decisiones de tratamientos basadas en criterios financieros más que en necesidades médicas y las relaciones deshonestas entre médicos y hospitales para la derivación

de pacientes a veces mediante el pago de comisiones ilegales—pueden rastrearse hasta identificar diversos sistemas de pago.

En algunos países con fondos de seguro social o un amplio mercado para los seguros de salud privados, pueden presentarse casos de fraude en el sistema de reembolsos (véase el capítulo 1). Las pérdidas pueden ser cuantiosas: el gobierno estadounidense ha estimado que los pagos indebidos por el uso del sistema Medicare, incluidos los servicios extrahospitalarios, oscilan entre US\$11.900 y US\$23.200 millones al año o entre un 6,8% y un 14% de los pagos totales.²⁹ En todo caso, este monto se debe interpretar con cautela, ya que puede llegar a incluir errores no intencionales o decisiones discutibles acerca de lo que se entiende por atención “necesaria”, pero sirve para dar una idea de la magnitud del problema. El fraude en la salud incluye la facturación falsa de fondos de las aseguradoras o del gobierno destinados al pago de servicios de salud para los cuales no existe cobertura, servicios no prestados (ya sea porque la persona ya ha fallecido o simplemente no existe, los llamados “pacientes fantasma”), o por servicios que no obedecen a ninguna indicación médica. También comprende la práctica de “codificar” grupos relacionados de diagnóstico (GRD), es decir, clasificar un caso como más grave o con morbilidades asociadas, a fin de obtener un reembolso mayor.

Independientemente de si los sistemas de seguros se encuentran involucrados o no, existe la posibilidad de que los hospitales y el cuerpo médico cuenten con incentivos financieros para utilizar mayores recursos al brindar atención a los pacientes. Este fenómeno se denomina demanda inducida por el proveedor. Si los servicios son necesarios, el aumento de la demanda puede ser positivo; no obstante, a veces los incentivos monetarios pueden llevar a los doctores a prescribir tratamientos innecesarios o exámenes de diagnóstico de utilidad marginal. Se ha sugerido que existe un nexo entre los sistemas de tarifas por servicios y la mayor utilización de recursos, a veces hasta el punto de un uso inadecuado, pues los médicos intentan maximizar sus ganancias mediante la prestación de más servicios de salud. A modo de ejemplo, en Perú, algunos investigadores detectaron tasas excesivas de cesáreas realizadas en el Instituto de Seguridad Social así como en hospitales privados, donde los médicos recibían honorarios según la cantidad de servicios prestados.³⁰ Cabe mencionar que, si bien la demanda puede aumentar debido a la existencia de incentivos monetarios, también puede situarse dentro de los márgenes determinados por una decisión médica normal. La demanda inducida por los proveedores de servicios se transforma en abuso cuando se vuelve excesiva y sobrepasa los límites considerados médicamente apropiados. Sin embargo, esto no es fácil de determinar.

Menos reconocidos, pero igualmente perniciosos desde el punto de vista de los pacientes, son los riesgos impuestos por la manipulación de los pagos por capitación. En ellos, los hospitales y los médicos pueden verse involucrados en prácticas fraudulentas que llevan a una subutilización de las prestaciones con el fin de obtener los máximos beneficios (véase el capítulo 1, “Corrupción en los sistemas

de atención de salud”, página 22) En este caso, también es difícil determinar si esta subutilización se encuentra fuera de los límites normales y se convierte en abuso.

Otra área de preocupación tiene que ver con los acuerdos financieros que los hospitales establecen con los médicos para aumentar el número de pacientes derivados a la institución. En los casos en que los hospitales reciben reembolsos por parte del Estado o de aseguradoras privadas por el número de pacientes internados o el número de días de atención prestada, puede resultar ventajoso aumentar la cantidad de internaciones y mantener altos índices de ocupación (véase el caso Columbia/HCA en el capítulo 1 “Corrupción en los sistemas de atención de salud”, página 24). Una de las formas de llevarlo a cabo es mediante el ofrecimiento de ventajas para los médicos que deriven pacientes al hospital. No obstante, incluir incentivos financieros para derivar pacientes puede ser peligroso: es posible que, con el fin de obtener el incentivo financiero, el médico en cuestión derive al paciente al hospital aunque este no sea el más apropiado para satisfacer sus necesidades de atención médica.

En ocasiones, los incentivos financieros se utilizan como medio para promover una atención médica necesaria en el nivel más apropiado, por lo que el peligro de corrupción no radica en el uso de incentivos financieros per se. Sin embargo, esta situación debe estar sujeta a supervisión y control de manera que se prevengan los casos de abuso. Las leyes federales de Estados Unidos prohíben a los médicos realizar una autoderivación de pacientes, y existe una normativa federal que proscribe las comisiones ilegales. Al aplicar estas leyes en el estado de Nebraska, se presentaron cargos contra un hospital por subvencionar un préstamo, realizar pagos a médicos y entregar de forma gratuita medicamentos y equipo médico a un facultativo a cambio de la derivación de pacientes.³¹

La definición de corrupción en otras situaciones no es tan clara, como en el caso de un hospital privado con capacidad para 231 camas en Estados Unidos, de propiedad de Tenet, una gran empresa de servicios hospitalarios con fines de lucro, contra el cual se presentaron cargos por usar “acuerdos de traslado” para sobornar a los médicos. Durante varios años, el hospital realizó pagos por US\$10 millones a los médicos que accedían a trasladar sus consultorios a la zona donde se hallaba el hospital.³² Si bien la ley prohíbe explícitamente a los hospitales efectuar pagos o compensar de otra forma a los médicos por derivar pacientes, el problema fue determinar si los “acuerdos de traslado” constituían una forma de burlar esta ley. El caso concluyó cuando el juicio fue declarado nulo, ya que el jurado no logró llegar a un acuerdo sobre si esto constituía una violación de la ley o no.

Las reformas al sistema de pagos cobran importancia como medio para reducir la vulnerabilidad a este tipo de corrupción. En los países de Europa Septentrional, como Finlandia, Suecia y Reino Unido, las reformas a la salud han transformado el sistema de prestaciones, pasando de instituciones burocráticas con un presupuesto fijo a pagos por contrato sobre la base del desempeño.³³ Si bien esto ha incremen-

tado la eficiencia operativa, también ha obligado al Estado a asumir un papel más sofisticado en la regulación de los servicios. Como es difícil poder detectar y controlar los casos en que la utilización excede los límites de la práctica normal, los entes reguladores podrían tener más éxito al utilizar métodos que recompensen a los proveedores por el mejoramiento de la calidad.³⁴

Receta para una reforma

Las estrategias para prevenir la corrupción en los hospitales deben adaptarse a la estructura de propiedad específica, al contexto político y a la forma en que se financia la salud en el país. Es esperable que los tipos de corrupción que se descubran, así como los recursos disponibles para prevenirla, sean distintos en los países de bajos ingresos comparados con los de mayores ingresos. Sin embargo, el espectro de intervenciones para reducir la vulnerabilidad a la corrupción incluye algunos elementos típicos. Una vez identificados los tipos de corrupción y establecidas las prioridades referentes, se deberían considerar y adaptar algunas estrategias de reforma como las que se detallan a continuación. Estas estrategias abarcan el fortalecimiento de los sistemas y herramientas de gestión, la creación de incentivos, el aumento de las posibilidades de detección de casos de corrupción, así como las consecuencias de ser descubierto y el desarrollo de mejores iniciativas de información y transparencia para poder asignar responsabilidades a los funcionarios hospitalarios y al personal médico (véase recuadro 3.3).

Sistemas y herramientas de gestión

Entre los importantes sistemas y herramientas para prevenir la corrupción, destacan los vademécums de los hospitales, los comités de revisión para certificar la necesidad de nuevos fármacos y equipos, las licitaciones competitivas y otros procedimientos de compra enmarcados en las prácticas óptimas y los sistemas de inventario que salvaguardan los insumos. Todo sistema de gestión debería tener niveles claramente definidos de responsabilidad y aprobación de las decisiones, con mecanismos apropiados de pesos y contrapesos. Aparte de las compras, existen otros sistemas de gestión: sistemas de presupuestos y planificación tendientes a impedir que se realicen inversiones en favor de proyectos o personas favoritos y que no se basen en necesidades, así como sistemas de control financiero interno que permitan evitar los casos de robo y malversación.

Las estrategias anticorrupción en el sector hospitalario deben ir un paso adelante de los diferentes actores que intenten cometer abusos con los recursos a su cargo, y penalizar las prácticas corruptas. Los programas de control de fraude han demostrado su efectividad en la reducción de la corrupción; por ejemplo, el gobierno federal de Estados Unidos obtiene ganancias equivalentes a US\$8 por cada US\$1 gastado en los programas de control de fraude.³⁵ En 15 años, recuperó

Recuadro 3.3. Un negocio saludable sin sobornos: Transasia Biomedicals¹ de India

Transasia Biomedicals es el mayor productor indio de equipos de diagnóstico para la detección de enfermedades potencialmente mortales de la sangre y su sede está en Mumbai. Fundada por Suresh Vazirani, Transasia comenzó comercializando equipos de diagnóstico importados en 1985, y sólo empezó a producirlos ocho años más tarde gracias a la ayuda proporcionada por fabricantes internacionales como Sysmex, Wako y Nittec en Japón, Biohit en Finlandia y Trace en Australia.

Una de las características principales de Transasia es su firme postura contra la corrupción. Vazirani dice que nunca ha pagado ni una paise en sobornos, pero que su lucha para evitar la corrupción le toma más tiempo que cualquier otro problema que deba enfrentar. Cuando decidió instalar una máquina de refrescos en el comedor de la empresa, dos funcionarios le exigieron un soborno de US\$100 por otorgarle una “licencia”. Le llevó cuatro años en los tribunales y US\$4.000 solucionar el caso.

El Interés de Vazirani por luchar contra la corrupción proviene de sus nueve años como voluntario de Moral Re-Armament (actualmente Initiatives of Change) donde organizaba cursos de capacitación en liderazgo industrial. Según recuerda, en ellos instaba a los empresarios a no dejarse llevar por la corrupción. “Suena muy bonito –le contestaban–, pero usted no tiene experiencia en negocios. No sabe cómo son las cosas”.

En 1979 decidió iniciar un negocio con un amigo y a medida que la compañía creció y pasó de ser una modesta empresa importadora a una importante firma exportadora con presencia en más de 30 países, también crecieron las oportunidades para la corrupción. Vazirani estuvo a punto de perder un contrato de venta a Alemania por 20 millones de marcos (US\$12,6 millones), porque un funcionario de aduanas quería un soborno para autorizar la entrada de los componentes importados. En vez de pagar, Vazirani dejó los equipos en la bodega por tres meses. Recurrió a las más altas autoridades aduaneras y les hizo un “llamado a su orgullo patrio”. De esta forma, se liberaron los componentes justo a tiempo.

Recientemente, un político sugirió a Vazirani que ambos podrían aprovechar la oportunidad de embolsarse parte de la ayuda que este político había recibido del Banco Mundial para mejorar la atención de salud. “Claro, ¿y también sería una buena oportunidad si nosotros necesitáramos atención de urgencia y debiéramos internarnos?”, contestó Vazirani. Al oír esto y darse cuenta de que no podía comprar a Vazirani, el político cambió su discurso.

En septiembre de 2003, Vazirani fue uno de los oradores principales durante el lanzamiento en Mumbai de los nuevos Principios Empresariales para Contrarrestar el Soborno de Transparency International. “La corrupción es un gran obstáculo para el progreso –señaló–. Por culpa de ella todo anda mal. La intimidación lleva a tomar decisiones erróneas. Transasia puede constituir un ejemplo, pero se necesitan muchas más empresas que también lo sean”.

Michael Smith (Revista For A Change)

Nota

1. Extraído de la revista *For a Change*, diciembre 2003/enero 2004.

US\$8.000 millones gracias a la aplicación de la Ley de Reclamos Falsos. Cerca de la mitad de los reclamos estaban relacionados con la salud.³⁶ Además de los beneficios comerciales, los esfuerzos para controlar el fraude pueden reportar beneficios para el sistema de salud y cambiar las modalidades de atención hacia modelos deseables.³⁷

Incentivos y consecuencias

En casi todos los sistemas de pago de los hospitales existen conflictos de intereses inherentes. Asimismo, la influencia de los sistemas de pago en la utilización de los servicios de atención de salud se ha estudiado bastante en la literatura política. Se trata de un área donde se necesita un monitoreo cuidadoso y un análisis continuo para impedir que la seguridad y el bienestar de los pacientes se vean afectados por las acciones realizadas para maximizar los ingresos de los prestadores. En este sentido, los contratos basados en el desempeño representan un área de investigación promisorio, especialmente en lo que se refiere a los sistemas de pago que recompensan la calidad. Además, es importante promover leyes y códigos de conducta que regulen de manera explícita las prácticas de los hospitales y sus administradores en las que los conflictos de intereses se puedan transformar en un problema (como en el caso de ser dueño de una empresa de suministros), y que promuevan y recompensen el profesionalismo.

Transparencia e información

Como la connivencia entre el personal hospitalario puede minar las reformas de control a la gestión, la transparencia se vuelve una estrategia esencial contra la corrupción. En el sector hospitalario, se deberían considerar iniciativas de transparencia que garanticen el acceso público a los resultados de las licitaciones de suministro, el monitoreo de los precios pagados por insumos (como se vio en el ejemplo de Argentina citado anteriormente), el análisis de las licitaciones en busca de pruebas de connivencia y el establecimiento de normas de desempeño tanto para los hospitales como para los proveedores. Compartir este tipo de información con otras autoridades sanitarias hospitalarias y civiles o con comités de supervisión puede ayudar a detectar la corrupción y también tener un efecto disuasivo.

Las estrategias anticorrupción no deberían limitarse únicamente al personal o los funcionarios que trabajan en los hospitales porque los fabricantes o distribuidores de equipos médicos y fármacos promueven muchas formas de corrupción dentro de estas instituciones. También deberían revisarse las leyes y códigos de conducta para las empresas que proveen a los hospitales y hacerlas cumplir a fin de prevenir ofrecimientos de sobornos. La transparencia impulsada mediante la publicación de informes que supervisen el cumplimiento de las leyes y códigos

de conducta por parte de estas empresas también puede ser efectiva en este caso. Además, en los sistemas de salud pública centralizados, el gobierno puede crear una lista negra de proveedores sorprendidos en actos de soborno. Existe también la alternativa de que el gobierno publique “listas blancas” de proveedores que permanentemente satisfacen o superan los estándares de desempeño.

Los programas anticorrupción deberían apoyar el financiamiento y las reformas del sector salud con el fin de asegurarse de que los sistemas públicos no hagan falsas promesas ni presten menos servicios que los ofrecidos. Los sistemas hospitalarios y el personal médico que trabaja en ellos deberían organizarse para proporcionar incentivos para un mejor desempeño. Esto cobra especial importancia en el caso de los países que cuentan con recursos limitados, donde podrían ser fuertes las presiones para actuar de un modo corrupto como estrategia de supervivencia. A fin de evitar la corrupción y promover la salud, los hospitales requieren sistemas de gestión transparentes, responsables y justos tanto para los pacientes como para los prestadores de servicios.

Notas

1. Taryn Vian es profesora asistente de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Boston, donde se desempeña como investigadora y profesora de gestión de salud y prevención de corrupción en el sector. Carol Karutu ayudó en la investigación para este informe y Rich Feeley ofreció retroalimentación sobre un borrador anterior.
2. D. Becker, D. Kessler y M. McClellan, “Detecting Medicare Abuse”, *Journal of Health Economics*, 24(1), enero de 2005.
3. R. Taylor y S. Blair, “Public Hospitals: Options for Reform through Public Private Partnerships”, *Public Policy for the Private Sector* Note Number 241 (Washington, DC: Banco Mundial, 2002); J. Healy y M. McKee, “Reforming Hospital Systems in Turbulent Times”, *Eurohealth*, 7(3), 2001.
4. R. Di Tella y W. D. Savedoff, “Shining Light in Dark Corners”, en R. Di Tella y W. D. Savedoff (eds.), *Diagnosis Corruption: Fraud in Latin America’s Public Hospitals* (Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo, 2001).
5. *Boston Globe* (EE.UU.), 7 de abril de 2004.
6. *Bernama* (Malasia), 27 de septiembre de 2004.
7. *The East African* (Kenia), 10 de marzo de 2003.
8. M. H. Jaen y D. Paravisini, “Wages, Capture and Penalties in Venezuela’s Public Hospitals”, en Di Tella y Savedoff, *Diagnosis Corruption*.
9. E. Schargrodsky, J. Mera y F. Weinschelbaum, “Transparency and Accountability in Argentina’s Hospitals”, en Di Tella y Savedoff, *Diagnosis Corruption*.
10. Véase www.haiweb.org/medicineprices/.
11. G. Gray-Molina, E. Pérez de Rada y E. Yáñez, “Does Voice Matter? Participation and Controlling Corruption in Bolivian Hospitals”, en Di Tella y Savedoff, *Diagnosis Corruption*.
12. D. Kyaddondo y S. R. Whyte, “Working in a Decentralised System: A Threat to Health Workers’ Respect and Survival in Uganda”, *International Journal of Health Planning and Management*, 18(4), octubre-diciembre de 2003.
13. B. McPake, D. Asimwe, F. Mwesigye et al., “Informal Economic Activities of Public Health Workers in Uganda: Implications for Quality and Accessibility of Care”, *Social Science and Medicine*, 49(7), 1999.
14. Di Tella y Savedoff, *Diagnosis Corruption*.

15. McPake et al., "Informal Economic Activities".
16. P. Ferrinho, C. M. Omar, M. D. Fernandes, P. Blaise, A. M. Bugalho y W. Van Lerberghe, "Pilfering for Survival: How Health Workers Use Access to Drugs as a Coping Strategy", *Human Resources for Health*, 2(1), 2004.
17. *Ibíd.*
18. Management Sciences for Health, "Using Performance-Based Payments to Improve Health Programmes", *The Manager*, 10, 2001.
19. L. Alcázar y R. Andrade, "Induced Demand and Absenteeism in Peruvian Hospitals", en Di Tella y Savedoff, *Diagnosis Corruption*.
20. Schargrodsky et al., "Transparency and Accountability", y P. Ferrinho, W. Van Lerberghe, I. Fronteira, F. Hipolito y A. Biscaia, "Dual Practice in the Health Sector: Review of Evidence", *Human Resources for Health*, 2(14), 2004.
21. R. Gruen, R. Anwar, T. Begum, J. R. Killingsworth y C. Normand, "Dual Job Holding Practitioners in Bangladesh: An Exploration", *Social Science and Medicine*, 54(2), 2002.
22. Ferrinho et al., "Pilfering for Survival".
23. P. Belli, G. Gotsadze y H. Shahriari, "Out-of-pocket and Informal Payments in Health Sector: Evidence from Georgia", *Health Policy*, 70(1), Octubre 2004; T. Vian, K. Gryboski, Z. Sinoimeri y R. Hall, "Informal Payments in the Public Health Sector in Albania: A Qualitative Study. Final Report. Partners for Health Reform Plus Project" (Bethesda, US: Abt Associates, Inc., 2004); D. R. Hotchkiss, P. L. Hutchinson, M. Altin y A. A. Berruti, "Out-of-pocket Payments and Utilization of Health Care Services in Albania: Evidence from Three Districts" (Bethesda, US: Partners for Health Reformplus, 2004).
24. T. Vian, T. Gryboski, Z. Sinoimeri y R. Hall, "Informal Payments in Government Health Facilities in Albania: Results of a Qualitative Study", *Social Science and Medicine*, 2005.
25. *The Nation* (Kenia), 8 de febrero de 2001; *Panafrican News Agency*, 19 de julio de 2003; *African Business* (RU), enero de 2004.
26. S. Barber, F. Bonnet y H. Bekedam, "Formalising Under-the-table Payments to Control Out-of-pocket Hospital Expenditures in Cambodia", *Health Policy and Planning*, julio de 2004.
27. R. Balakrishnan, citado en B. Lee, M. Poutanen, L. Breuning y K. Bradbury, *Siphoning off: Corruption and Waste in Family Planning and Reproductive Health Resources in Developing Countries* (Berkeley: University of California Press, 1999).
28. *The Lancet* (RU), 358, 2001.
29. Becker et al., "Detecting Medicare Abuse".
30. Alcázar y Andrade, "Induced Demand and Absenteeism".
31. Véase la nota 27.
32. *Modern Healthcare*, 33, 2003.
33. R. B. Saltman, "Regulating Incentives: the Past and Present Role of the State in Health Care Systems", *Social Science and Medicine*, 54, 2002.
34. *New York Times* (EE.UU.), 13 de marzo de 2005.
35. J. A. Meyer y S. E. Anthony, "Reducing Health Care Fraud: An Assessment of the Impact of the False Claims Act. Report prepared by New Directions for Policy" (Washington, DC: Taxpayers Against Fraud, 2001).
36. *Pharmaceutical Executive*, 21(11), 2001.
37. Becker et al., "Detecting Medicare Abuse".

Página en blanco a propósito

4 Pagos informales por servicios de salud

Los pagos informales, es decir, el cobro por servicios o insumos supuestamente gratuitos, son comunes en varias partes del mundo, especialmente en países en desarrollo y transición. Si bien es difícil establecer una distinción entre obsequios voluntarios y pagos obligatorios, y entre pagos que deberían considerarse como sobornos o extorsión y aquellos que pueden entenderse como un mecanismo de adaptación de trabajadores mal pagados, existe menos desacuerdo sobre los efectos dañinos que tienen estos pagos sobre los sistemas de salud del mundo.

Sara Allin, Konstantina Davaki y Elias Mossialos analizan las causas y las consecuencias de los pagos informales en Europa Central y Oriental y en la Comunidad de Estados Independientes (CEI), donde el financiamiento informal es un legado de los sistemas comunistas de atención de la salud. Plantean que resulta improbable que el solo aumento de los salarios de los profesionales de la salud elimine el problema y señalan un gran número de medidas de políticas esenciales, como la creación de incentivos apropiados y sistemas de información aptos para respaldar la contabilidad y la auditoría de los pagos. Un estudio de caso de Hungría demuestra que, aunque las sumas en juego son relativamente pequeñas, los pagos informales pueden causar una distorsión masiva del sistema de salud. El ejemplo de Marruecos demuestra que pequeños pagos por debajo de la mesa pueden convertirse en un serio obstáculo para los pacientes pobres que desean recibir atención médica.

El pago por la atención médica gratuita: el problema de los pagos informales en la Europa poscomunista

Sara Allin, Konstantina Davaki y Elias Mossialos¹

Los pagos informales por atención médica en los países de Europa Central y Oriental (ECO) y de la Comunidad de Estados Independientes (la CEI comprende la ex Unión Soviética excluyendo los Estados Bálticos) son generalizados. Los pagos informales, “por debajo de la mesa” o ilícitos se suelen definir como pagos directos de los pacientes por servicios a los que tienen derecho en forma gratuita, por lo general, en el sistema de salud pública. Incluyen desde pagos anticipados en dinero a

cualquier tipo de regalo en especie posterior. Si bien la práctica común de entregar obsequios como expresión de gratitud es, en principio, benigna, los pagos informales que se asemejan a una tarifa por servicios prestados tienen repercusiones potencialmente serias.

Pueden socavar los sistemas oficiales de pago, distorsionar las prioridades del sistema de salud, limitar el acceso a los servicios e impedir las reformas en el sector. También pueden ofrecer incentivos indeseables y fomentar un comportamiento poco profesional, como la búsqueda del lucro personal por parte de los trabajadores de la salud. Resulta difícil dilucidar la forma específica del pago informal y descifrar lo que constituye corrupción; las diferentes manifestaciones del pago informal se pueden evaluar según un continuo de gravedad que va desde la molestia al obstáculo, a la barrera y, finalmente, a la autoexclusión.² Reducir el alcance de los pagos informales no es para nada sencillo y representa una tarea enorme para los hacedores de políticas.

Los pagos informales existen por varias razones, algunas de índole económica, como la escasez general de recursos financieros en el sistema público; otras, socio-culturales, como la falta de confianza en el gobierno y la cultura de la propina. La mayoría de los sistemas de salud de Europa Central y Oriental y la Comunidad de Estados Independientes se moldearon a partir del sistema soviético de cobertura universal de salud *Semashko*, que atribuía al Estado la función prácticamente exclusiva de financiar y prestar los servicios. Los pagos informales se convirtieron en una característica común de estos sistemas de salud porque el Estado no podía cumplir sus promesas. Tras la crisis económica y social que produjo la caída del comunismo y la desintegración de la Unión Soviética, la atención de salud se vio aún más afectada en términos de disponibilidad de recursos y calidad del servicio. Entre las características de los sistemas de salud que pueden ayudar a explicar la prevalencia de los pagos informales se cuentan la oferta excesiva de recursos de capital, los bajos sueldos, insuficiente responsabilización y supervisión del gobierno y falta general de transparencia. La escasez de recursos humanos también puede generar pagos informales, pues los proveedores tienden a dar prioridad a aquellos pacientes que pueden pagar. La escasez de servicios privados también puede traducirse en pagos informales, ya que los pacientes con más recursos tienen menos opciones fuera del sistema público. Además, es posible que la población no disponga de información suficiente sobre los servicios de salud gratuitos a los que tiene derecho.

Algunos expertos sostienen que los pagos informales surgieron como una reacción de pacientes y prestadores de servicios insatisfechos por los defectos del sistema de salud durante la era comunista.³ Dadas las deficiencias de calidad y disponibilidad, los pacientes insatisfechos no tenían posibilidad de desafiliarse del sistema, pues no existían alternativas en el sector privado, ni podían expresar sus quejas, ya que eran consideradas críticas directas al gobierno. Los prestadores de servicios enfrentaban el problema de los bajos sueldos y la ausencia de mecanismos explícitos de racionamiento organizados por el gobierno. Así, los pagos informales

se convirtieron en práctica establecida y sirvieron como método alternativo para que los pacientes pudieran pagar por una mejor calidad.

Durante toda la década de 1990, los sueldos del personal en los países de Europa Central y Oriental fueron muy bajos y continúan siéndolo en algunos casos. Además, con frecuencia, los pagos se retrasaban. Se ha informado que, en Lituania y Ucrania, los trabajadores de la salud debían esperar su sueldo hasta tres meses y, en Rusia, incluso más tiempo.⁴ Entonces comenzó a pedirse dinero directamente a los pacientes y a entregárselo al personal. Si bien estos pagos informales permitieron que los trabajadores continuaran prestando servicios durante períodos de estrechez económica, la demanda de pagos también trajo aparejada la exclusión de aquellos que no podían pagar. Los que resultaron más gravemente afectados fueron los más pobres y los enfermos crónicos.

La magnitud de los pagos informales

La naturaleza clandestina de los pagos informales dificulta su cuantificación exacta. Por definición, se reciben sin mediar registro alguno de la transacción y son generalmente ilegales, por lo que pacientes y prestadores de servicios son reticentes a tratar el tema.⁵ Además, la interpretación de lo que constituye un pago informal difiere en distintas regiones y países, de modo que las generalizaciones y las comparaciones entre países resultan inapropiadas. Por ejemplo, en Albania se han demostrado discrepancias en la percepción de la naturaleza de los pagos informales entre los prestadores de servicios y el público; los primeros los perciben como obsequios y el segundo los ve como tarifas necesarias para recibir los servicios.⁶ A pesar de estas dificultades, encuestas recientes y estudios cualitativos indican que los pagos informales han llegado a representar una gran proporción del gasto total en salud en los países de ECO y de la CEI.

Los pagos informales constituyen el 84% del gasto total en salud en Azerbaiyán⁷ y los pagos en efectivo contribuyen con alrededor del 70%-80% del gasto total en salud en Georgia, del cual se calcula que la mitad sería informal.⁸ Son también una forma importante de financiamiento en otros países, pues representan el 56% del gasto total en salud en la Federación Rusa y el 30% en Polonia.⁹ En Tayikistán, el gasto anual en salud por hogar promedia los US\$8,58 por persona en comparación con el gasto de US\$3,75 del gobierno.¹⁰ De manera similar, la Encuesta de Medición del Nivel de Vida de 2002 en Albania estimaba que los gastos por cuenta propia (tanto formales como informales) constituían más del 70% del gasto total en salud.¹¹

Los datos de encuestas sobre la prevalencia de pagos informales entre los usuarios de los servicios ponen de relieve la gravedad del problema e identifican una diversidad sustancial entre los países. Los pagos informales se asocian principalmente a casos de hospitalización, particularmente cirugías, y varios estudios han demostrado que tienden a ser más comunes en pueblos grandes y ciudades. Una encuesta del Banco Mundial/USAID de 1999 indicó que, en Eslovaquia, el 71%

de las consultas a médicos clínicos y el 59% de las consultas a especialistas suponían pagos.¹² En Letonia, el Informe Anual de TI para el año 2000 estimaba que aproximadamente el 25% de los pacientes hacía ocasionalmente pagos informales, mientras que el 5,7% por ciento lo hacía en casi todas las visitas. Según un desglose regional, Riga ostentaba la mayor proporción de pagos por debajo de la mesa, pues un 46,1% de los encuestados admitió haber realizado estos pagos.¹³ En Bulgaria, los pagos informales son más comunes en la capital, Sofía, donde un 51% de los encuestados informó haber pagado sin recibir un comprobante del médico o del dentista.¹⁴ En Rumania, los pagos informales son frecuentes y representan el 41% del gasto total de bolsillo.¹⁵ Una encuesta reciente sobre las percepciones del público, realizada por el Centro de Políticas y Servicios de Salud, reveló que el 39% de las personas de altos ingresos pagaron tarifas no oficiales o entregaron obsequios por servicios médicos en 2001, mientras que el 33% de las personas con ingresos inferiores al promedio pagaron tarifas no oficiales o dieron regalos.¹⁶

En la década de 1990, en algunos países se registraron indicios de una tendencia ascendente en la proporción de visitas a servicios de salud en los que se cobra. En Eslovaquia, entre 1993 y 1998, los pacientes que pagaron por admisión hospitalaria aumentaron en aproximadamente un 10%.¹⁷ En Bulgaria, los pagos a cargo del usuario (tanto formales como informales) aumentaron de 9% del gasto total en 1992 a 21% en 1997.¹⁸ En Kirguistán, mientras el 11% de los pacientes que consultaron a un médico admitieron haber pagado informalmente en 1993, el 50% lo hizo en 1996.¹⁹ En Kazajistán, si bien los pagos del propio bolsillo prácticamente no existían antes de 1991, por lo menos oficialmente, en 1996 el 30% de las consultas se cobraban formal o informalmente.²⁰ No queda claro si estos cambios reflejan un aumento real en los pagos informales o una mayor disposición de las personas a reconocerlos, y las encuestas no han tratado este tema.

La función de los médicos

El papel de los médicos es fundamental para crear expectativas de pagos informales. El prestigio de la profesión también puede moldear las actitudes de los médicos respecto de aceptar pagos directos de los pacientes. Pruebas sobre el gasto privado en Polonia revelan que los pagos informales casi duplican los sueldos formales de los médicos, lo que sugiere, en general, que administrar los recursos existentes representa un desafío más complejo que conseguir nuevos recursos. También existe un beneficio directo para los médicos de los hospitales, pues los pagos informales constituyen el 46% por ciento de los gastos totales en que incurren los pacientes en los hospitales, lo que se ha traducido en un aumento del 15% en los sueldos de los médicos.²¹

En Bulgaria, los médicos supuestamente reciben pagos informales de hasta US\$1.100, lo que representa un aumento sustancial del sueldo mensual promedio de US\$100.²² La evidencia de Bulgaria también sugiere que el costo no oficial de una operación equivale a más del 80% del salario mensual promedio.²³ Como los

trabajadores de salud en Tayikistán son los empleados peor pagados del país, los pagos informales y los regalos en especie representan la principal fuente de ingresos para muchos prestadores.²⁴ En cambio, los pagos informales no son altos en la República Checa, donde los sueldos de los médicos han aumentado por sobre el nivel de inflación del salario promedio. Una encuesta realizada en el año 2000 entre el personal de atención de salud y los funcionarios públicos reveló que el 5% de los médicos checos admitía aceptar algo más que un pequeño obsequio.²⁵

Sin embargo, los sueldos bajos por sí solos no parecen explicar la disposición de los médicos a aceptar pagos informales. En Bulgaria, Eslovaquia y la República Checa era más probable que los médicos informaran tener un segundo ingreso que los funcionarios públicos y superaban al funcionario público promedio al informar que tenían un “ingreso familiar” para costear un nivel de vida “bastante bueno” o “bueno”. Más significativamente, aunque los sueldos bajos aumentaban la disposición a aceptar obsequios, eran aquellos con sueldos más altos y con el ingreso familiar más elevado quienes recibían estos pagos con mayor frecuencia, consecuencia probable de las posiciones de poder que tenían estas personas.²⁶ No es suficiente, por lo tanto, equiparar los sueldos de los médicos con los salarios generales del sector público, o incluso ponerlos por encima de estos. Por ejemplo, en Grecia, los aumentos sustanciales en los salarios de los médicos de hospitales, luego de la introducción de un servicio nacional de salud a comienzos de la década de 1980, no tuvieron impacto en la prevalencia de los pagos informales.²⁷

El impacto de los pagos informales

El impacto de los pagos informales en el sistema de salud es difícil de medir. Los pagos que sólo expresan gratitud en forma de un donativo y se entregan voluntariamente después de la prestación de un servicio pueden no tener efectos adversos sobre la eficiencia, la calidad o la equidad. No obstante, en países en los que esta forma de pago por gratitud es común, el tipo de pago informal de una tarifa por servicio prestado que los médicos pueden exigir y que puede determinar el acceso a los servicios o su calidad tiene graves efectos negativos sobre la eficiencia y la equidad.

Los pagos informales se pueden considerar como un factor que contribuye al costo de los servicios, o como un abuso de poder de parte del médico, ya que el paciente queda en una situación de opciones limitadas para elegir un proveedor y una inmediata necesidad de servicio. Los dos tipos de pago informal requieren diferentes respuestas de políticas: el primero exige aumentar los recursos del sector, en parte mediante la formalización de los pagos; el segundo exige regular y controlar a los prestadores.²⁸ No obstante, en cualquiera de los casos, es probable que esta práctica contribuya a una asignación de recursos distorsionada con respecto al óptimo social: en lugar de asignarlos a quienes los necesitan más, los servicios de salud favorecerán a quienes estén en condiciones de pagar o sean fácilmente obligados a hacerlo.

El impacto de los pagos informales en la calidad es incierto. Algunos plantean que brinda una mejor calidad de servicio a quienes pagan de manera informal, mientras que otros afirman que se traducen en servicios adicionales innecesarios. A partir de los datos de una encuesta a los pacientes de hospitales en Kazajistán, realizada en 1999, Thompson y Xavier determinaron que el pago informal y las cantidades pagadas se asocian generalmente con servicios de mejor calidad. Esto se manifiesta en menores tiempos de espera, en hospitalizaciones más prolongadas y en la evaluación subjetiva de la calidad por parte de los pacientes.²⁹ Sin embargo, si la calidad del servicio mejora cuando hay pago de por medio, los beneficios se limitan sólo a quien paga. Además, es probable que los médicos aprovechen el pago para su beneficio personal, en lugar de mejorar los servicios invirtiéndolo en las instalaciones. En consecuencia, se renuncia a mejores equipos médicos, a sistemas de calefacción e infraestructura más eficientes, a mejores estándares de atención y otros elementos necesarios en un sistema de salud.

No hay muchas evidencias sobre la forma en que los pagos informales afectan la utilización, pero los pacientes que no pueden pagar el costo adicional no pueden obtener tratamiento, o no pueden acceder a la misma calidad de servicios, o deben esperar más tiempo para recibir atención. Los pacientes más pobres tienen que hacer importantes sacrificios para pagar los servicios esenciales de atención médica, como ocurre en Rumania.³⁰ En Kirguistán, uno de cada tres pacientes admitió haber pedido dinero prestado para hospitalización y, en áreas rurales, el 45% de los pacientes hospitalizados vendieron productos agrícolas o ganado para cubrir los costos hospitalarios.³¹ En Georgia, pruebas cualitativas destacan varios ejemplos de sacrificios que las personas deben hacer para costear los servicios de salud, como pagar 12 laris por un tratamiento para la intoxicación (el sueldo mensual promedio es de 15 laris), mientras que otros se han visto obligados a endeudarse o a vender objetos valiosos del hogar para pagar los servicios de salud.³²

Hay evidencias que sugieren que los pagos informales son regresivos: aunque los pobres pagan menos que los ricos en términos absolutos, pagan más como proporción de sus ingresos. Tal es el caso en Albania, Bulgaria, Georgia, Kirguistán, Kazajistán y Moldavia. En Kazajistán, los pobres gastaban 252% de su ingreso mensual en hospitalización, en comparación con sólo 54% entre la gente con más recursos por el mismo tipo de servicios.³³ El porcentaje del ingreso familiar destinado a pagos informales a fines de la década de 1990 era de 4,1% en Rumania, 4,4% en Bulgaria, 9,1% en Albania y 20,6% en Georgia.³⁴ En Georgia, el 94% de los participantes de la encuesta no podía conseguir atención médica en 1997 por su alto costo, un resultado similar a los de Albania y Tayikistán.³⁵ Del mismo modo, estudios realizados en 2001 determinaron que, en Armenia y Georgia, más del 70% de las personas enfermas que no buscaban atención médica no lo hacían porque no podían pagarla.³⁶ Además de las barreras económicas impuestas por las tarifas, en algunos países los pacientes enfrentan otros aspectos disuasivos como la incertidumbre sobre los precios generada por los pagos informales. No obstante, no

existen pruebas que confirmen si las tarifas oficiales afectan la equidad en mayor o menor grado que los pagos informales.

En algunos países, los prestadores de servicios hacen excepciones con hogares de bajos ingresos e incurrir en discriminación de precios. Los resultados de un estudio reciente realizado en Georgia sugieren que los pagos informales dependen en alguna medida de la evaluación del prestador sobre la capacidad de pago del paciente, que, aunque vaga y probablemente inexacta, puede reducir al mínimo las barreras económicas al acceso.³⁷ Sin embargo, ocurre también lo contrario, pues datos recopilados en Armenia apuntan a que se niega atención médica a aquellas personas que no están en condiciones de pagar tarifas informales.³⁸

Una de las implicaciones más importantes de los pagos informales es que socavan las iniciativas del gobierno para mejorar la rendición de cuentas y contribuyen a la proliferación de la corrupción, endémica en muchos países de Europa Central y Oriental y de la CEI. La relación entre la corrupción y los pagos informales es compleja y bidireccional. Para simplificar, la falta de recursos genera la necesidad de un ingreso adicional; de ahí surgen los pagos informales que, con el tiempo, se convierten en práctica establecida. Esto, sumado a la falta de capacidad fiscalizadora, la ausencia de control y sistemas de pago no vinculados al resultado, exacerba la corrupción presente en la política pública. La existencia de pagos informales se contrapone a una política pública transparente y erosiona la confianza en el gobierno.

Opciones de política

Para reducir los pagos informales, se requieren iniciativas serias orientadas a reconstruir la confianza perdida en la atención de la salud, a elevar los sueldos, a asegurar una atención de buena calidad y a mejorar la responsabilización y la transparencia. Los gobiernos deberían ser explícitos y razonables al definir un paquete de servicios con un estándar suficientemente alto para todos dentro del financiamiento disponible. Se deberían dedicar todos los esfuerzos a informar cabalmente a la población sobre el paquete de beneficios que ofrece el Estado y sobre cualquier servicio que implique un cargo.

Una posible opción de política es formalizar los pagos informales y crear los programas de exención correspondientes. Sin embargo, esto no resolverá el problema ya que los pagos pueden continuar coexistiendo con los cargos formales, como ha sido el caso en Georgia y Bulgaria.³⁹ Una dificultad que enfrentan los gobiernos al convertir los pagos informales en planes formalizados de costos compartidos es asegurar el cumplimiento de los prestadores, muchos de los cuales pueden verse afectados en sus ingresos. La experiencia de países de bajos ingresos sugiere que una conversión exitosa al plan formal de costos compartidos depende de la capacidad del gobierno de regular a los proveedores, establecer prioridades o limitar los servicios en oferta.⁴⁰ Por ejemplo, en Bulgaria, los pagos se formalizaron en 1997 sin que se registrara un

aumento significativo en los ingresos (menos del 1% del gasto municipal en salud) y no hay pruebas de que haya exenciones.⁴¹ Si bien la formalización de los pagos informales es una opción posible, es esencial que estos pagos sean transparentes y se monitoreen para que reemplacen realmente a los informales. Además, los fondos deben permanecer en el sector salud y la retención descentralizada de los ingresos destinarse a conseguir mejoras locales en la calidad de la atención. Si los pagos se traducen en bonos para el personal, éstos deben premiar el desempeño y servir de incentivos para mejorar la calidad y la productividad.

Además de formalizar los pagos informales, la participación del sector privado puede adoptar dos formas: la prestación privada de servicios y los seguros de salud privados. Algunos plantean que la participación del sector privado en la prestación de servicios de salud puede servir para frenar el aumento de los pagos informales, pues ofrece a los pacientes más acomodados una alternativa al sistema público, y a los prestadores un sueldo alternativo o complementario. Las instituciones privadas de atención de salud se han desarrollado de manera significativa en Lituania, por ejemplo, y el número de médicos que trabaja en el sector privado ha aumentado en años recientes. Estudios en ese país revelan una disminución en los pagos informales debido al crecimiento de los proveedores privados.⁴² Esta tendencia parece seguir la experiencia checa con respecto a la función y la compensación de los proveedores, pues ahí existe una clara división de ganancias entre los médicos con consultas privadas y los empleados por el Estado, aunque el promedio de ingresos de los últimos se ha mantenido por encima del ingreso nacional promedio y los pagos informales son raros.⁴³

Sin embargo, pueden surgir incentivos perversos asociados al ejercicio privado de la profesión entre los médicos públicos, lo que puede comprometer la calidad de la atención y aumentar los tiempos de espera de las personas que no pueden pagar la atención privada. Es posible que consentir la práctica privada pueda aumentar los ingresos y reducir los pagos informales, pero si se usan horarios e instalaciones públicas para la práctica privada, los recursos se dirigen a personas más acomodadas y no los aprovechan quienes no pueden pagarlos. Además, los médicos pueden derivar pacientes de los centros públicos a su consultorio privado para generar más ingresos.

Los seguros privados también pueden ser una opción para formalizar los pagos informales y mancomunar los riesgos. No obstante, los pagos informales y las tendencias culturales sobre el financiamiento de la atención médica pueden limitar el crecimiento de los seguros privados. A veces, los pacientes se sienten más cómodos pagando directamente a los médicos y a otros prestadores, pues consideran que el pago a terceros es una intromisión innecesaria en la relación médico-paciente y una menor garantía de calidad de atención.⁴⁴ En Eslovaquia, los pagos informales son importantes y el mercado de los seguros médicos privados no es sustancial. Esto ocurre a pesar de que una encuesta de Agency Markant, realizada en 2001, determinó que uno de cada tres encuestados desconfiaba de la Compañía General de Seguro de Salud mientras que casi dos tercios no tenían confianza en el Ministerio de Salud.⁴⁵

Al mismo tiempo, es posible que no sea tan buena idea apoyar indiscriminada-

mente la expansión del sector privado y alentar a las personas a que se desafíen del sistema público, ya que existe el riesgo de que la mayoría de los pacientes preocupados por la calidad abandonen el sector público, lo que probablemente dará origen a un sistema de dos niveles: uno estatal de mala calidad y uno privado de buen funcionamiento. Se deberían destinar suficientes recursos económicos para ofrecer a toda la población los servicios de un paquete de beneficios realista con un estándar de calidad razonable, y también se deberían aplicar métodos innovadores de rendición de cuentas para el manejo transparente de los problemas locales de desempeño. La cuestión clave es asegurar una atención de gran calidad.

Si bien un enfoque de política posible es adoptar modelos de seguro social más descentralizados en la organización del sistema de salud, esta medida tal vez no necesariamente reduzca el alcance de los pagos informales. Si bien las encuestas realizadas antes y después de la aplicación del programa de seguro nacional en Lituania revelan una disminución de los pagos informales,⁴⁶ no se observó una reducción después de la implementación del Sistema Nacional de Seguro de Salud en Rumania, a pesar de que las contribuciones mensuales al sistema rumano son obligatorias, se reciban o no servicios.⁴⁷

La capacidad de mejorar la eficiencia y la calidad sin poner en peligro la equidad depende esencialmente de un gran número de medidas de políticas, entre ellas, fortalecer los conocimientos y las capacidades del personal, crear incentivos apropiados para los proveedores de la salud y organizar sistemas de información adecuados para respaldar la contabilidad y la auditoría de pagos. Las reformas a la salud también deberían atacar la capacidad ociosa, puesto que los incentivos creados por los pagos informales pueden traer aparejada la sobreutilización del personal disponible. Reducir el número de médicos, cuando corresponda, también puede servir para elevar los salarios y el nivel profesional del personal, aunque no es probable que los salarios por sí solos tengan efectos de largo plazo. Pruebas que respaldan la noción de que los aumentos salariales reducen los pagos informales se pueden encontrar en la República Checa, donde la reducción del número de médicos checos vino acompañada de aumentos salariales, y en Polonia, donde los médicos de la atención primaria por capitación, los mejor pagados, eran los únicos que no efectuaban cobros adicionales.⁴⁸

Los problemas relacionados con pagos informales que enfrentan los países de Europa Central y Oriental y de la CEI son de consideración. Representan una importante fuente de ingresos en países donde los sistemas de pago anticipado han colapsado, de modo que suprimirlos sin antes presentar alternativas apropiadas puede resultar nocivo. Es evidente que se requieren estrategias múltiples y simultáneas para eliminar los pagos informales y convencer a la población de que es posible obtener servicios de salud de buena calidad sin pagar por debajo de la mesa. El primer paso es que los gobiernos reconozcan la existencia de los pagos informales y su impacto cabal y que creen paquetes de beneficios más apropiados y económicos, y sistemas de información y monitoreo que impongan auténticas sanciones a los

infractores. Esto también depende de que haya una voluntad política de abordar la corrupción y la falta de transparencia en políticas públicas más amplias.

Notas

1. Sara Allin es investigadora de políticas de salud de LSE Health and Social Care, Escuela de Economía y Ciencia Política de Londres, y del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud. Konstantina Davaki es investigadora de políticas de salud y sociales de LSE Health and Social Care. Elias Mossialos es profesor de políticas de salud en el Departamento de Política Social, Escuela de Economía y Ciencia Política de Londres, codirector de LSE Health and Social Care y director de investigación del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud.
2. J. Killingsworth, *Formal and Informal Fees for Health Care* (Manila: Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 2003).
3. P. Gaál y M. McKee, "Informal Payment for Health Care and the Theory of INXIT", *International Journal of Health Planning and Management*, 19, 2004.
4. J. Healy y M. McKee, "Health Sector Reform in Central and Eastern Europe", *Health Policy and Planning*, 12(4), 1997.
5. Hasta donde se sabe, ningún país acepta de manera explícita los pagos informales en su legislación, aunque sí varía de un país a otro el grado en que se aplican restricciones. En Bulgaria, por ejemplo, la actitud oficial ante los pagos informales es ambigua; entre 1989 y 1997 no existía una prohibición formal y un decreto de 1997 referido a servicios para los cuales se aplicaba una tarifa incluía disposiciones vagas y sujetas a la discreción local (D. Balabanova y M. McKee, "Understanding Informal Payments for Health Care: The Example of Bulgaria", *Health Policy*, 62, 2002).
6. T. Vian, K. Gryboski, Z. Sinoimeri y R. H. Clifford, *Informal Payments in the Public Health Sector in Albania: A Qualitative Study* (Bethesda, US: Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates, Inc., 2004).
7. M. Lewis, "Who is Paying for Health Care in Eastern Europe and Central Asia?" (Washington, DC: Banco Mundial, 2000).
8. P. Belli, G. Gotsadze y H. Shahriari, "Out-of-pocket and Informal Payments in Health Sector: Evidence from Georgia", *Health Policy*, 70(2004).
9. Lewis, "Who is Paying for Health Care?"
10. J. Falkingham, "Poverty, Out-of-pocket Payments and Access to Health Care: Evidence from Tajikistan", *Social Science and Medicine*, 58, 2004.
11. M. E. Bonilla-Chacin, *Health and Poverty in Albania: Background Paper for the Albania Poverty Assessment, Europe and Central Asia Sector for Human Development* (Washington, DC: Banco Mundial, 2003).
12. L. Vagac y L. Haulikova, *Study on the Social Protection Systems in the 13 Applicant Countries: Slovak Republic Country Report* (Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas, 2003).
13. *Ibíd.*
14. D. Balabanova y M. McKee, "Understanding Informal Payments for Health Care. The Example of Bulgaria", *Health Policy*, 62, 2002.
15. P. Belli, *Formal and Informal Household Spending on Health: A Multi-country Study in Central and Eastern Europe* (Cambridge, MA: Harvard School of Public Health, 2003).
16. Mihai, *Study on the Social Protection Systems in the 13 Applicant Countries: Romania Country Report* (Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas, 2003).
17. Vagac y Haulikova, *Study on the Social Protection Systems: Slovak Republic*.
18. Balabanova y McKee, "Understanding Informal Payments for Health Care".
19. J. Falkingham, "Barriers to Access? The Growth of Private Payments for Health Care in Kyrgyzstan", *EuroHealth*, 4, 1998/99.
20. T. Ensor y L. Savelyeva, "Informal Payments for Health Care in the Former Soviet Union: Some Evidence from Kazakhstan", *Health Policy and Planning*, 13(1), 1998.
21. M. Chawla, P. Berman y D. Kawiorska, "Financing Health Services in Poland: New Evidence on Private Expenditures", *Health Economics*, 7, 1998.

22. T. Ensor, "Informal Payments for Health Care in Transition Economies", *Social Science and Medicine*, 58, 2004.
23. E. Delcheva, D. Balabanova y M. McKee, "Under-the-counter Payments for Health Care: Evidence from Bulgaria", *Health Policy*, 42, 1997.
24. Falkingham, "Barriers to Access?"
25. W. L. Miller, A. B. Grodeland y T. Y. Koshechkina, "If You Pay, We'll Operate Immediately", *Journal of Medical Ethics*, 26, 2000.
26. *Ibíd.*
27. E. Mossialos, S. Allin y K. Davaki, "Analyzing the Greek Health System: A Story of Fragmentation and Inertia", *Health Economics*, 14(51), 2005.
28. Ensor, "Informal Payments for Health Care in Transition Economies".
29. R. Thompson y A. Xavier, *Unofficial Payments for Acute State Hospital Care In Kazakhstan. A Model of Physician Behaviour with Price Discrimination and Vertical Service Differentiation*. Documento de Análisis 124/2002 (Bruselas: LICOS Centre for Transition Economics, 2002).
30. Belli et al., "Out-of-pocket and Informal Payments".
31. Lewis, "Who is Paying for Health Care?"
32. G. Gotsadze, S. Bennett, K. Ranson y D. Gzirishvili "Health Care-seeking Behaviour and Out-of-pocket Payments in Tbilisi, Georgia", *Health Policy and Planning*, 20(4), 2005; Belli et al., "Out-of-pocket and Informal Payments".
33. Sari, J. Langenbrunner y M. Lewis, "Affording Out-of-pocket Payments for Health Care Services: Evidence from Kazakhstan", *Eurohealth*, 6(2), 2000.
34. Lewis, "Who is Paying for Health Care?"
35. *Ibíd.*
36. D. Balabanova, M. McKee, J. Pomerleau, R. Rose y C. Haerpf, "Health Service Utilisation in the Former Soviet Union: Evidence from Eight Countries", *Health Services Research*, 39, 2004.
37. Belli et al., "Out-of-pocket and Informal Payments".
38. Lewis, "Who is Paying for Health Care?"
39. Belli et al., "Out-of-pocket and Informal Payments"; Balabanova y McKee, "Understanding Informal Payments for Health Care".
40. A. Mills y S. Bennett, "Lessons on Sustainability from Middle to Lower Income Countries" en E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras y J. Kutzin (editores) *Funding Health Care: Options for Europe* (Buckingham: Open University Press, 2002).
41. Balabanova y McKee, "Understanding Informal Payments for Health Care".
42. A. Dobravolskas y R. Huivydas, *Study on the Social Protection Systems of the 13 Applicant Countries: Lithuania* (Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas, 2003).
43. M. Rokosová, P. Háva, J. Schreyögg y R. Busse, *Health Care Systems in Transition: Czech Republic* (Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa en representación del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, 2005).
44. E. Mossialos y S. Thomson, "Voluntary Health Insurance in the European Union: A Critical Assessment", *International Journal of Health Services*, 32(1), 2002.
45. Vagac y Haulikova, *Study on the Social Protection Systems: Slovak Republic*.
46. Dobravolskas y Huivydas, *Study on the Social Protection Systems: Lithuania*.
47. Mihai, *Study on the Social Protection Systems: Romania*.
48. Lewis, "Who is Paying for Health Care?"

¿Regalo, honorario o soborno? Los pagos informales en Hungría

Péter Gaál¹

Después de 15 años de reformas, los pagos informales por atención médica, legado del sistema socialista de atención de la salud, aún generan candentes debates en Hungría. En 2004, un joven padre creó un sitio web, halapenz.hu,² en que se invitaba a los padres de recién nacidos a compartir sus experiencias sobre el obstetra que atendió el parto y a comentar también cuánto pagaron por el servicio. Lo notable de esta historia es que Hungría tiene un sistema de seguro social en el que prácticamente todos los ciudadanos tienen derecho a recibir casi todos los servicios de salud sin costo alguno. Los médicos que aparecieron en la lista reaccionaron con rapidez y exigieron el cierre del sitio, nada de qué extrañarse ya que dichos pagos están sujetos al impuesto a las ganancias y deberían haber sido declarados. El caso captó gran atención de los medios de comunicación, especialmente cuando el sitio fue obligado a cerrar luego de que el defensor del pueblo señalara que violaba el derecho de los médicos a la privacidad. El incidente desencadenó un intenso debate sobre la legalidad de los pagos informales, la motivación de los pacientes y la eventual prohibición de esta práctica. Pero después de un par de meses, el interés decayó y las cosas volvieron a su cauce normal.

¿Qué tan generalizados son los pagos informales?

Las investigaciones han demostrado sistemáticamente que los pagos informales son un fenómeno generalizado en el sector salud de Hungría, pero la información varía de manera considerable en lo que se refiere a su magnitud. Un análisis de los datos disponibles indica que la proporción de pagos informales era de entre un 1,5% y un 4,5% del gasto total en salud del país en 2001.³ Esta cifra equivale a entre un 1% y un 3,5% del ingreso neto anual del hogar promedio, incluso si se toma en cuenta que sólo un tercio de los núcleos familiares reconoció haber incurrido en pagos informales en 2001.⁴ No parece mucho en comparación con otros ex países comunistas, donde la mayor parte del gasto en salud corresponde a pagos informales (véase “El pago por la atención médica gratuita”, página 77).

Para comprender el impacto de los pagos informales, empero, la suma total es menos importante que su distribución. Estudios realizados en Hungría han demostrado que el 90% de los pagos se dirige a los médicos y a especialidades y servicios particulares, siendo los partos y los procedimientos quirúrgicos los “mejor pagados”.⁵ Según una estimación mínima y distribuyendo la cantidad equitativamente entre los médicos de especialidades donde se exigen pagos informales, el ingreso por pagos informales contribuye con entre un 60% y un 75% del sueldo neto oficial de los médicos. Esto sugiere que la importancia de estos pagos no deriva de la suma total, sino de las consecuencias de su desigual distribución. El caso de Hun-

gría muestra que los hacedores de políticas no deberían pasar por alto el fenómeno, aun cuando sean pequeñas las sumas totales que representan.

La presión para pagar

Dilucidar si los pagos informales son honorarios, regalos o sobornos es importante para determinar cómo frenarlos, pero, lo que es más importante, para evaluar si realmente deben ser eliminados.⁶ No es sencillo desestimar como falsa la explicación de que se trata de una donación. En Hungría, muchas encuestas determinaron que la mayoría de los pacientes le pagaba al médico por gratitud o, por lo menos, afirmaba que esa era su motivación.⁷ Por otra parte, un análisis más completo revela contradicciones sutiles que dejan en claro que las encuestas no son siempre la mejor herramienta para captar la real motivación de los pacientes.

De hecho, en este estudio, entrevistas de seguimiento a los encuestados revelan que la motivación tras los pagos informales es polifacética y que, incluso en casos aparentemente claros de pago por gratitud, siempre existen presiones.⁸ Por ejemplo, los pacientes dan por sentado que deben pagar un adicional cuando seleccionan ellos a un médico o, en ciertos casos, se sienten obligados a dar algo si el profesional dedica a su caso más atención que la habitual. Estos datos sugieren que el pago informal rara vez está motivado sólo por la gratitud. Sin embargo, a pesar de los argumentos en su contra, el motivo de la gratitud se ha infiltrado profundamente en la explicación del fenómeno en Hungría y los pacientes, los médicos y los hacedores de políticas se aferran tozudamente a él.

A nivel sistémico, los pagos informales se pueden explicar más bien como una respuesta de los médicos y los pacientes a las insuficiencias generadas por el sistema estatal socialista de atención de salud. Si bien varias características sistémicas contribuían a esta insuficiencia, la más notable se refería a los bajos sueldos de los profesionales de la salud. Los malos salarios por sí solos crearon las deficiencias, ya sea porque los médicos bajaban su rendimiento (“¡Nadie puede esperar que trabaje con tanta dedicación por un sueldo tan bajo!”), o porque tenían que tomar empleos de tiempo parcial y despertaban las sospechas de los pacientes acerca de la calidad del servicio prestado (“¿Cómo puedo estar seguro de que este médico tan sobrecargado de trabajo me brinde el servicio que necesito?”). Tomando en cuenta la asimetría de información entre pacientes y médicos, los bajos sueldos también pueden erosionar la confianza (“¿Es realista esperar que este médico mal pagado haga todo lo posible para curarme?”). De ahí que no es necesario que las deficiencias sean reales para que se generen pagos informales.

Lecciones de la experiencia húngara

Los pagos informales en Hungría parecen derivarse de una reacción de pacientes y médicos insatisfechos ante las insuficiencias generadas por el sistema socialista de

Recuadro 4.1. Los pagos informales perjudican a los pacientes marroquíes

"Mi esposo se lesionó la mano en el trabajo y lo llevaron a un hospital público. Tuvo que pagar 300 dirhams (US\$33) por una radiografía y 200 para que le suturaran la herida. Luego tuvo que pagar otros 500 dirhams sólo para que le permitieran quedarse en el hospital".

(Mujer entrevistada en Casablanca)

"Cuando mi esposa fue al hospital, la examinaron y le recetaron unas pastillas. Le dijeron que no las tenían en existencia, pero que si pagábamos 20 ó 30 dirhams (US\$2-3), alguien nos podía dar el 'medicamento gratis'. El problema es que no podemos pagar los medicamentos".

(Hombre entrevistado en Casablanca)

Cuatro de cada cinco entrevistados en una encuesta de Transparency International (TI) Marruecos, en 2002, describieron la corrupción en el sistema de salud pública como "común a muy común".¹ Marruecos tiene un sistema de "certificados de pobreza", creado para garantizar a los pobres el acceso a la atención básica, pero este sistema se ha mostrado propenso a la corrupción y ha dado origen a un mercado para su obtención. El Ministro de Salud resumió el problema al admitir que el "56% de quienes sí tienen los medios para pagar se benefician de los hospitales públicos, mientras que el 15% de los más pobres del país están pagando de su propio bolsillo".²

Según un estudio de TI Marruecos, que encuestó a 1.000 hogares,³ de aquellos que habían estado en contacto con miembros del servicio de salud pública, el 40% admitió haber efectuado un pago ilícito por un servicio o un insumo que debería ser gratuito. De aquellos que requerían tratamiento hospitalario, el 59% admitió haber pagado para ser examinado u hospitalizado, mientras que el 26% pagó por el tratamiento. Consultados sobre si los pagos habían conseguido resultados, el 81% señaló que habían obtenido el resultado esperado, mientras que el 3% afirmó que el soborno no tuvo efecto alguno. Este nivel de "éxito" se debe calificar tomando en cuenta que el 85% de los ciudadanos que pagaron sobornos a funcionarios de la salud pública tenían derecho legal a recibir el servicio en forma gratuita. El monto promedio del soborno ascendía a 140 dirhams (US\$15).

Si bien los pagos informales pueden considerarse un mecanismo de adaptación para los mal pagados trabajadores de la salud, todo el mundo paga el precio de la corrupción en este sector. Los ciudadanos que no aceptan hacer los pagos informales no tienen acceso a la atención. Los hospitales públicos también se ven perjudicados porque los ingresos potenciales se pierden, no se registran o se desvían a manos del personal médico que abusa de su puesto para extorsionar a los pacientes, y los equipos y medicamentos se desaprovechan o son de calidad inferior. La credibilidad y la percepción de la integridad del personal también se ven afectadas. El costo para el Estado es una política de salud pública fallida.

Para remediar esta situación, se debe concientizar al personal de los hospitales de los deberes que tienen ante los pacientes, e informar tanto a los trabajadores del sistema de salud como a los usuarios sobre los derechos del paciente. Se deben reevaluar



las estructuras de pago y las condiciones de trabajo en los hospitales y proteger a los denunciantes que informan sobre prácticas corruptas.

Azeddine Akesbi, Siham Benchekroun y Kamal El Mesbahi (TI Marruecos)

Notas

1. TI Marruecos, *La Corruption au Maroc, Synthèse des résultats des enquêtes d'intégrité* (Corrupción en Marruecos, resumen del estudio del Sistema de Integridad Nacional) (Rabat: TI Marruecos, 2002). Las entrevistas citadas pertenecen a una sesión de grupo de muestra.
2. La Vie Economique (Marruecos), 4 de febrero de 2005.
3. De los 1.000 entrevistados, el 80% provenía de las grandes ciudades y el 20% de las municipalidades rurales. De los encuestados, el 79% eran hombres y el 21% mujeres.

atención de salud, que prometía mucho y cumplía poco. Los pacientes y los médicos se adaptaron a la situación reinterpretando el derecho oficial declarado, pero incumplido, a una atención integral de alta calidad y a un sueldo decente por un trabajo honrado. Donde coincidía la reevaluación de los pacientes y los médicos, surgió un nuevo conjunto de derechos consuetudinarios.

Las reformas al sector salud de los últimos 15 años no han cambiado fundamentalmente este panorama. Los pagos informales siguen siendo un problema difícil para la política sanitaria puesto que involucran los incentivos asociados a una política de pago por servicio prestado, sin la transparencia ni el control de los pagos formales de los pacientes. Ni gravar los pagos informales ni impedirlos legalmente son opciones de política viables, ya que tanto pacientes como médicos han visto cómo se pasan por alto las normas que no son realistas. Las políticas exitosas tienen que atacar las deficiencias del sector salud, ya sea reduciendo el generoso paquete de beneficios o incorporando fondos adicionales mediante la formalización de los pagos informales como copagos.⁹

La identificación de los pagos informales podría ser útil en el diseño de un sistema de copago que fuera aceptado por la población, pero no se puede suponer que la existencia de un sistema de pago directo formal evite necesariamente que los pacientes paguen de más. De hecho, es probable que los pagos continúen hasta que los pacientes se convenzan por completo de que el sistema les brindará una atención eficaz sin incentivos adicionales. Por eso, los intentos de eliminar los pagos informales requieren una acción concertada para reconstruir la confianza perdida en la atención de salud. Las iniciativas locales como el plan piloto húngaro de coordinación de la atención,¹⁰ que se basa en la asociación y la participación, pueden ayudar a reestablecer la relación de confianza entre el público y los médicos y ofrecer así un conjunto distinto de expectativas para los encuentros futuros.¹¹ Según este programa, los prestadores locales de servicios de salud (médicos, consultorios públicos u hospitales) asumen la responsabilidad de la gama completa de servicios

para los residentes del área y reciben datos sobre sus pacientes del fondo del seguro nacional de salud para monitorear la utilización real del servicio.

No obstante, cualquier reforma debe tener en cuenta las complejidades políticas del sistema actual y también la resistencia que inevitablemente surgirá si se emprenden acciones para eliminar los pagos informales. Aunque importante, reconocer que el concepto de “pago por gratitud” no es más que un mito conveniente que se ha utilizado para convertir en aceptable un fenómeno que no lo es, constituye sólo el primer paso hacia la formulación de políticas más eficaces en esta área.

Notas

1. Péter Gaál es profesor adjunto del Centro de Capacitación en Gestión de Servicios de Salud, de la Universidad de Semmelweis, Hungría.
2. *Hálapénz* es el término húngaro para referirse a un pago informal. Literalmente se traduce como “pago por gratitud”.
3. Péter Gaál, *Informal Payments for Health Care in Hungary* (Londres: Facultad de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Universidad de Londres, 2004).
4. Oficina Central de Estadísticas de Hungría, *Yearbook of Household Statistics 2001* (Budapest: Oficina Central de Estadísticas de Hungría, 2002).
5. Para un resumen de estas encuestas, véase Péter Gaál, Tamas Evetovits y Martin McKee, “Informal Payment for Health Care: Evidence from Hungary”, *Health Policy* (próximo a publicarse).
6. Péter Gaál y Martin McKee, “Fee-for-service or Donation? Hungarian Perspectives on Informal Payment for Health Care”, *Social Science and Medicine*, 60, 2005.
7. Para un resumen de los resultados de las encuestas, véase Gaál, *Informal Payments for Health Care in Hungary*.
8. *Ibíd.*
9. Péter Gaál y Martin McKee, “Informal Payments for Health Care and the Theory of Inxist”, *International Journal of Health Planning and Management*, 19, 2004.
10. Péter Gaál, *Health Care Systems in Transition: Hungary* (Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa en representación del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, 2004).
11. Gaál y McKee, “Fee-for-service or Donation?”

5 Corrupción en el sector farmacéutico

El sector farmacéutico enfrenta numerosos desafíos que no serán analizados en este volumen, pero que incluyen patrones de investigación y sistemas de patentes que parecen no satisfacer toda la gama de necesidades de la salud pública, especialmente en lo que se refiere a la erradicación de enfermedades tropicales devastadoras. La corrupción añade un elemento potencialmente mortal cuando los pacientes no están en condiciones de pagar precios extorsivos por los medicamentos que necesitan, o cuando los fármacos adquiridos son falsificados.

En este capítulo, Jillian Clare Cohen sostiene que, si bien la fuerte regulación gubernamental en la cadena farmacéutica resulta indispensable para proteger a la población frente a medicamentos de mala calidad y precios excesivos, también hace de éste un sector especialmente propenso a la corrupción. En los últimos años se ha discutido ampliamente acerca de los estrechos lazos existentes entre los médicos y las industrias farmacéutica, de biotecnología y de suministros médicos. No ejercer control sobre estos lazos puede desembocar en prácticas corruptas. Jerome Kassirer destaca los conflictos de intereses que pueden surgir cuando los médicos se sienten comprometidos con los representantes de las empresas farmacéuticas, o cuando los científicos se encuentran en la nómina de sueldos de empresas que los contratan para evaluar sus medicamentos.

Sin embargo, se están realizando esfuerzos para mejorar esta situación. Algunos representantes de la industria farmacéutica y del cuerpo médico describen los códigos adoptados de forma voluntaria como una herramienta para reducir potenciales conflictos de interés. La sociedad civil y los esfuerzos concertados por parte de entidades reguladoras valientes pueden ayudar a reducir la corrupción en la industria farmacéutica –tanto de medicamentos legales como falsificados– tal y como lo demuestran las experiencias en India, Tailandia y Nigeria.

Los productos farmacéuticos y la corrupción: análisis de riesgos

Jillian Clare Cohen¹

Los productos farmacéuticos son elementos indispensables de los sistemas de salud. Pueden servir como complemento para otros tipos de servicios para reducir las tasas de morbilidad y mortalidad, así como para elevar la calidad de vida de una gran cantidad de pacientes. Debido a sus cualidades curativas y terapéuticas, los productos farmacéuticos no deben ser considerados *commodities* comunes y corrientes. El acceso a los medicamentos es a menudo cuestión de vida o muerte, como lo demuestra la dramática situación que se vive actualmente en el África Subsahariana, donde casi treinta millones de personas están infectadas con el VIH/sida y la mayoría no tiene acceso a terapias antirretrovirales.

En un contexto más amplio, el acceso a medicamentos básicos se ha convertido en uno de los temas centrales en la elaboración de políticas internacionales donde cada vez con mayor frecuencia se lo considera un derecho fundamental, y donde las leyes sobre derechos humanos imponen deberes a los estados para que aseguren este acceso². Lo anterior incluye las obligaciones que tienen los gobiernos de garantizar la solidez y transparencia institucional de los sistemas farmacéuticos, así como la existencia de mecanismos apropiados para reducir las probabilidades de corrupción que pueden llegar a impedir el acceso a medicamentos a quienes más los necesitan.

Uno de los grandes dilemas para la política internacional sobre medicamentos tiene relación con que, a pesar de la ayuda internacional y la gran cantidad de programas destinados a mejorar el acceso a productos farmacéuticos, aún subsiste una “brecha farmacológica” que es moralmente preocupante. La OMS mantiene sus estimaciones de que un tercio de la población mundial carece de acceso regular a medicamentos esenciales.³ Son varios los factores que contribuyen a la existencia de esta brecha farmacológica, entre ellos, fallas en el mercado, ineficiencia del gobierno, pobreza y corrupción.

Por ejemplo, los países miembros de la OCDE tienen un gasto anual en medicamentos de US\$239 por habitante, muy por encima del monto inferior a US\$20 de los países en desarrollo y los US\$6 registrados en África Subsahariana.⁴ En la mayoría de los países de bajos ingresos, los productos farmacéuticos representan el mayor gasto en salud pública después de los costos de personal, y a menudo representan el mayor gasto en salud en los hogares de todo el mundo.⁵ Una de las diferencias más significativas entre los países desarrollados y los países en desarrollo es que, en estos últimos, los gastos en medicamentos oscilan entre un 50% y un 90% del total del dinero utilizado para gastos individuales.⁶ En estos países, las enfermedades constituyen una de las principales causas de pobreza en los hogares. La corrupción no hace más que exacerbar esta brecha: si los funcionarios aceptan sobornos por la compra

de fármacos, el gasto en productos farmacéuticos se ve reducido y los medicamentos indicados llegan en menor cantidad a las personas cuando los necesitan.

Las causas que determinan las disparidades de acceso a los medicamentos son variadas. No obstante, la investigación realizada en torno a la forma en que la corrupción afecta la disponibilidad de fármacos es más bien limitada. Por fortuna, esta es un área que concita creciente interés, lo que ha motivado que una serie de estudios comenzara a abordar el tema.⁷ El sistema farmacéutico es susceptible a la corrupción por una serie de razones, siendo una de las principales el grado en que el gobierno se involucra en la regulación que rige su funcionamiento: estudios realizados en otros sectores han demostrado una incidencia notablemente mayor de casos de corrupción cuando el Estado tiene una mayor participación en la economía y presenta un aparato burocrático omnipresente.⁸ Sin controles institucionales sólidos, los responsables de la regulación gubernamental pueden llegar a tomar decisiones inconsultas en lugar de decisiones sustentadas por criterios uniformes. Además es posible encontrar fuertes asimetrías de información entre los pacientes y los médicos (véase el capítulo 1). Los pacientes confían en que su médico les recetará el medicamento más indicado para su estado de salud, pero la decisión del profesional en cuanto a qué remedios recetar puede verse afectada por presiones ejercidas por las empresas farmacéuticas. Por lo general, los procesos existentes al interior del sistema de control de calidad que permitirían dar con los fabricantes de medicamentos que no cumplen con las normas están mal documentados. Esto fue precisamente lo que ocurrió en Brasil cuando se descubrió que un fabricante de productos farmacéuticos había elaborado anticonceptivos que no cumplían con las normas de calidad.⁹ Por último, el mercado farmacéutico es tan lucrativo que atrae a empresarios que son intachables y, lo que es desconcertante, al mismo tiempo venales. Este conjunto de factores deja al sistema farmacéutico expuesto a la posibilidad de corrupción.

Este ensayo se centra en el papel del gobierno, puesto que la intervención estatal, especialmente a través de la regulación, constituye un elemento vital del sector farmacéutico. Las motivaciones que llevan a los gobiernos a regular el mercado farmacéutico se pueden resumir en dos razones principales: primero, garantizar que las políticas de salud y otras intervenciones gubernamentales, como la garantía de calidad y un sistema de precios justos, eleven los niveles de salud de la población y, segundo, asegurar que las políticas industriales refuercen la competitividad económica del sector farmacéutico al tiempo que mejoren la innovación y la eficiencia. A veces, ambos objetivos pueden entrar en conflicto. Si los organismos reguladores reciben la presión de los grupos comerciales, los objetivos de salud pueden verse perjudicados.

Puntos de decisión clave

El sistema farmacéutico es técnicamente complejo y está repleto de puntos de decisión fundamentales¹⁰. Cada uno de estos puntos de decisión debe funcionar de manera óptima para garantizar que el sistema en su conjunto produzca medica-

mentos de buena calidad, costoefectivos, seguros y eficaces. El gráfico 5.1 ilustra algunos procesos clave que tienen lugar durante la selección y entrega de produc-

Recuadro 5.1. Empresa de productos farmacéuticos estadounidense multada por pagos a organización de beneficencia liderada por un funcionario de salud polaco¹

En junio de 2004, la empresa farmacéutica estadounidense Schering-Plough acordó con la Comisión de Valores y Bolsa de Estados Unidos (Securities and Exchange Commission, SEC) el pago de una multa equivalente a US\$500.000 por adulteraciones de los libros y registros de contabilidad y violaciones a las disposiciones de la Ley contra las Prácticas de Corrupción en el Exterior.

Los resultados obtenidos por SEC revelaron que la subsidiaria polaca de la empresa con sede en Nueva Jersey –Schering-Plough Poland (S-P Poland)– había efectuado pagos a The Chudow Castle Foundation, una fundación dedicada a la restauración de castillos en la región de Silesia, por un monto aproximado a los US\$76.000 entre los meses de febrero de 1999 y marzo de 2002. La fundación estaba regida por el director del Fondo de Salud de Silesia², una de las 16 autoridades regionales de salud administradas por el Estado polaco, encargada de proporcionar los fondos destinados a la compra de productos farmacéuticos para los hospitales y otros centros de atención médica.

La SEC alegó que estos pagos habían sido efectuados con la finalidad de inducir al director a adquirir los productos elaborados por S-P Poland para su fondo de salud. También sostuvo que, con el fin de ocultar la verdadera naturaleza de dichos pagos, el gerente de S-P Poland los incluyó deliberadamente en su esfera de aprobación y los justificó invocando razones médicas falsas en documentos enviados al departamento de finanzas de la casa matriz.

Si bien la SEC reconoció que la fundación era una institución de caridad que actuaba de buena fe y que las donaciones se realizaron sin el conocimiento ni la aprobación de la casa matriz estadounidense, responsabilizó a esta última de carecer de sistemas de control internos adecuados para la detección y prevención de las irregularidades financieras cometidas por su filial polaca. Aunque la comisión no llegó al punto de calificar los pagos como sobornos, descubrió que el gerente los consideraba necesarios para tener algún grado de influencia en el accionar del funcionario de gobierno.

Este caso enfatiza la necesidad de que las empresas no sólo cuenten con políticas claras relativas a las donaciones de caridad, los montos permitidos y los procedimientos de aprobación, sino que también realicen acciones de diligencia debida en todos los niveles de la organización. El caso también subraya la firme postura de la SEC al responsabilizar a los proveedores por las acciones de sus filiales.

Transparency International

Notas

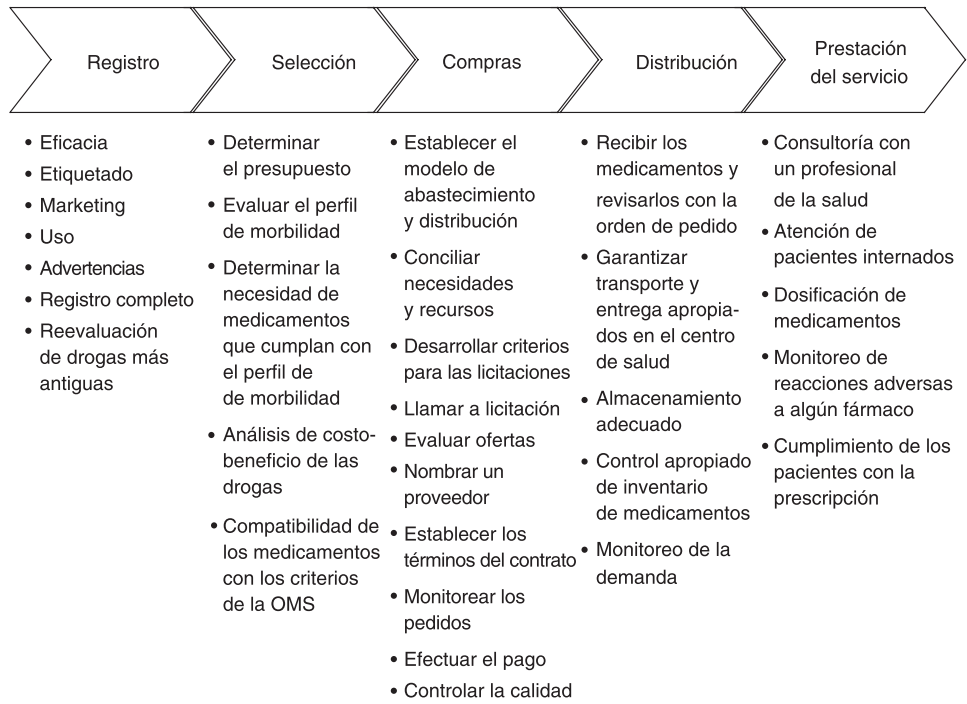
- 1. Este texto se basa en Wilmer Cutler Pickering Hale y Dorr LLP, Foreign Corrupt Practices Update, 30 de junio de 2004, www.wilmerhale.com/.
- 2. Rzeczpospolita (Polonia), 11 de junio de 2004.

tos farmacéuticos y ejemplifica el potencial de corrupción existente en cada uno de los puntos de decisión involucrados (con posterioridad a la fabricación), a menos que se cuente con sólidas medidas institucionales de pesos y contrapesos. A modo de ejemplo, el proceso de compras se presenta como especialmente susceptible a la corrupción a menos que haya procesos de licitación abiertos, especificaciones técnicas apropiadas y procedimientos de corrección coherentes y transparentes en caso de ser necesarios. A pesar de que el diseño de buenas instituciones con poder fiscalizador es esencial para reducir la corrupción, la sociedad civil también tiene un papel importante. Si diferentes organizaciones comunitarias siguen de cerca el comportamiento de las empresas farmacéuticas y los organismos reguladores, aumentan las posibilidades de detectar la corrupción o incluso prevenir su ocurrencia por temor a ser descubierto (véanse los recuadros 5.2 y 5.3, págs 122 y 124).

Registro

El primer punto de decisión en la cadena farmacéutica es el registro –creado originalmente como una forma de proteger a los pacientes de catástrofes como los casos derivados del uso de talidomida en la década de 1950–, que evalúa la eficacia de un medicamento contra una enfermedad determinada y sus posibles efectos secunda-

Gráfico 5.1. Procesos clave en la selección y entrega de productos farmacéuticos



rios. Este proceso regula el etiquetado, la comercialización, el uso, las advertencias y los requisitos para prescribir un fármaco. Los procedimientos de registro deben ser transparentes y aplicarse de manera uniforme, no dejando espacios para las decisiones individuales. El proceso de registro debe garantizar la seguridad y eficacia de un medicamento, aunque estas garantías corren el riesgo de ser socavadas por el cabildeo realizado por la industria farmacéutica. Una investigación de alto nivel sobre los riesgos derivados del uso de los analgésicos Vioxx, Bextra y Celbrex, realizada en 2004, aumentó la preocupación ya existente de que la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA) ya no era percibida como un organismo regulador imparcial (véase “La influencia corruptora del dinero en la medicina”, página 105). Las críticas apuntan al hecho de que, entre los años 1997 y 2004, un total de 12 importantes medicamentos, vendidos únicamente con receta médica, con un valor de mercado de miles de millones de dólares, fueron retirados del mercado ya sea por orden de la FDA o por iniciativa de las mismas empresas farmacéuticas. Sheldon Krinsky, Profesor de la Universidad Tufts, señala que la integridad institucional de la FDA se ha visto menoscabada por el aumento en la cantidad de pruebas clínicas realizadas con ánimo de lucro, los casos de tramitación acelerada de aprobación de fármacos, la asociación del gobierno y la industria farmacéutica, la publicidad directa al consumidor, y los sueldos que la industria paga a funcionarios de la FDA encargados de la regulación. Esto deja entrever que, hasta cierto punto, la industria farmacéutica “capturó regulatoriamente” a la FDA y también revela la necesidad de que la institución muestre mayor independencia frente a sus actores.¹¹ Por su parte, en los países de bajos ingresos, los organismos reguladores son a menudo débiles o simplemente no existen por falta de recursos.

Selección

El proceso de selección de medicamentos debería garantizar que los fármacos más costo-efectivos y apropiados para atender a las necesidades de salud de la población fueran escogidos de manera justa. En este sentido, la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS constituye un marco de referencia útil para la mayoría de los países en desarrollo, ya que identifica áreas de tratamiento prioritarias y cubre las enfermedades más comunes.¹² Desafortunadamente, puede llegar a convertirse en un nuevo foco de corrupción dado el gran interés de los fabricantes por que sus productos sean escogidos como medicamentos esenciales. Instituciones débiles y personas que tienen incentivos para involucrarse en actos de corrupción pueden hacer de la selección de medicamentos un proceso lleno de sobornos y pagos ilícitos, por lo que los medicamentos incluidos en un listado nacional pueden no ser necesariamente adecuados y costoefectivos (véase el capítulo 3 “La corrupción en los hospitales”, página 59).

En todo caso, existen métodos que permiten reducir el riesgo de corrupción en el proceso de selección y promover una toma de decisiones sólida y bien documen-

tada. Las técnicas fármacoeconómicas implementadas en Australia y la provincia canadiense de Columbia Británica han demostrado su utilidad para garantizar una toma de decisiones objetiva si se emplean los modelos y prácticas apropiados. La farmacoeconomía, o investigación de los resultados, utiliza análisis de costo-beneficio, análisis de costo-efectividad y análisis de costo-utilidad para comparar las características económicas de los diferentes productos farmacéuticos o comparar los resultados de farmacoterapias con los de otros tratamientos médicos.

Los comités de selección de medicamentos deben estar integrados por personas imparciales y técnicamente capacitadas. Sus miembros deben estar obligados a declarar cualquier conflicto de intereses; asimismo, las reuniones deben ser periódicas y bien anunciadas para permitir que el público tenga acceso a ellas. Las actas deberían publicarse en Internet y las decisiones estar claramente justificadas. Frente a eventuales violaciones, se debe contar con un proceso de apelaciones que garantice el tratamiento legal adecuado.

Los criterios de selección final deberían sustentarse en debates y la posterior aceptación por parte de facultativos clave. El proceso de toma de decisiones debería tener como punto de partida los criterios de selección establecidos por la OMS, es decir, relevancia respecto del patrón de enfermedades prevalentes; eficacia y seguridad comprobadas; pruebas de su desempeño en condiciones variadas; calidad adecuada que incluya biodisponibilidad y estabilidad; relación costo-beneficio favorable en términos del costo total del tratamiento y las preferencias por aquellos fármacos reconocidos por sus buenas propiedades farmacocinéticas. Por último, todos los medicamentos incluidos en el formulario nacional de medicamentos esenciales del gobierno deberían estar identificados por su nombre genérico.

Compras

El proceso de compras constituye el principal canal de comunicación entre el sistema público y los proveedores de medicamentos. Su finalidad es adquirir la cantidad correcta de fármacos de la forma más económica posible. Esto implica gestión de inventario, compras agregadas, licitaciones, análisis técnico de las ofertas, distribución apropiada de los recursos, pagos, recibos por los fármacos adquiridos y controles de calidad.

A menudo las compras no se encuentran bien documentadas y su procesamiento es deficiente, lo que las convierte en un blanco fácil para la corrupción. La compra de fármacos es aún más vulnerable a la corrupción que las contrataciones en otros sectores por una serie de razones, entre las cuales sobresalen las siguientes: i) con frecuencia el método utilizado para definir el volumen de medicamentos necesarios es subjetivo; ii) no es fácil monitorear el cumplimiento de las normas de calidad del proceso de compra; iii) los proveedores utilizan diferentes precios para los mismos productos farmacéuticos y pueden inflar los precios artificialmente; iv) algunas empresas farmacéuticas realizan prácticas de comercialización que inducen la deman-

da de ciertos productos y v) hay un desafío adicional cuando se enfrentan situaciones de emergencia en las que se necesita una intervención rápida y adecuada.

Las compras realizadas de manera abierta y competitiva aparecen como la mejor protección contra la corrupción, puesto que limitan las decisiones inconsultas al momento de seleccionar proveedores y exigen la aplicación de criterios claros durante la selección y procesamiento de las ofertas ganadoras. No obstante, los procedimientos de compras requieren de un monitoreo constante, incluyendo las revisiones emanadas de la Oficina del Inspector General.¹³

La corrupción puede verse drásticamente disminuida si se aplican mecanismos de supervisión sólidos. Un estudio encargado por el Banco Mundial en 2001 analizó un sistema de ofertas electrónico y su aplicación al proceso de compra de productos farmacéuticos en Chile.¹⁴ Los autores compararon este innovador sistema con otras prácticas de contrataciones y concluyeron que se observa una sustancial mejora en cuanto a los resultados si se adopta un sistema de incentivos atractivo para los funcionarios públicos y se reducen las asimetrías de información mediante la publicación en Internet de los precios de los medicamentos.

Un estudio integral sobre la corrupción en el sistema farmacéutico de Costa Rica reveló que, en un gran número de casos, la competencia era reducida, o bien los procedimientos no eran seguidos como correspondía.¹⁵ Algunos profesionales de la salud y ejecutivos de empresas farmacéuticas alegaron que, en ocasiones, los postulantes que participaban en licitaciones públicas se habían confabulado para extender el ciclo de compras tanto como fuera posible. Esto se llevó a cabo mediante la presentación de apelaciones irrisorias que luego eran discutidas en extenso por ambas partes, o retrasando las entregas de medicamentos por razones infundadas. EL efecto de estos grandes retrasos era la reducción del inventario del sistema de seguridad social que ocasionaba que se compraran de manera directa a proveedores privados. Las compras se realizaban entonces a precios individuales mucho mayores que los que habrían resultado de un proceso de licitación formal. Según algunos estudios realizados en Argentina y Bolivia, un mayor grado de transparencia y participación ciudadana ayudan a reducir de manera considerable la corrupción y los costos (véase “La corrupción en los hospitales”, página 59).

Distribución

La distribución en el sistema farmacéutico garantiza que los medicamentos serán asignados, transportados y almacenados de manera apropiada en todos los puntos de entrega, incluidos almacenes centrales y regionales, farmacias y plantas de servicio. La información debe fluir sin contratiempos a través de todos los niveles del sistema como forma de ejercer control sobre los movimientos de inventario y las entregas. Además, el sistema exige la existencia de instalaciones para el almacenaje que tengan unidades de refrigeración, a fin de asegurar la integridad de los medicamentos, y buenas medidas de seguridad que minimicen el riesgo de robo. El moni-

toreo electrónico de los vehículos de transporte y la comparación cuidadosa de los pedidos con los inventarios de productos entregados son algunos de los métodos que ayudarían a reducir esta posibilidad.

Los registros de inventario realizados en un país centroamericano revelaron que las existencias de antibióticos orales para tratamientos oftalmológicos y otros productos habían sido sobreaprovisionadas intencionalmente, pues los encargados de las adquisiciones del gobierno recibían comisiones por sus pedidos.¹⁶ Esto ilustra una forma en que la corrupción puede drenar el gasto público en medicamentos, afectando con ello a los sectores más desposeídos.

Prestación del servicio

La prestación del servicio tiene que ver con la participación de médicos, farmacéuticos, enfermeros y otros profesionales de la salud que diagnostican pacientes e indican qué remedios debe tomar un paciente para tratar una enfermedad particular. Este es el punto de decisión en que los pacientes deberían recibir los beneficios del sistema en su totalidad. Aquí los médicos recetan, los profesionales farmacéuticos preparan y los enfermeros administran los fármacos para tratar a los pacientes. En condiciones ideales, los prestadores de servicios de salud se apoyan en prácticas basadas en pruebas para brindar una terapia eficaz a sus pacientes.

La línea que separa la industria farmacéutica de los médicos es un área particularmente susceptible a la corrupción, dado que la prestación de servicios de salud puede verse afectada por las prácticas de comercialización de la industria farmacéutica (véase “La influencia corruptora del dinero en la medicina”, página 105).

Debe existir una cierta interacción entre los médicos y la industria con el fin de familiarizar a los facultativos con las propiedades terapéuticas de nuevos fármacos. A pesar de ello, la evidencia de que la verdadera motivación a menudo nada tiene que ver con la educación, sino más bien con la maximización de las ganancias, es abrumadora. Un estudio realizado en 2000 por Wazana reveló que la interacción entre los médicos y la industria farmacéutica estaba ligada a un aumento en la demanda de medicamentos adicionales en los formularios de los hospitales y cambios en las formas de recetarlos.¹⁷ La influencia de la industria en los médicos constituye un motivo de preocupación tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. Pero puede llegar a ser particularmente peligrosa en estos últimos y en los llamados países en transición, donde los médicos ganan salarios irrisorios y pueden depender de obsequios (tanto monetarios como materiales) entregados por la industria farmacéutica para complementar sus ingresos.

Recientemente las autoridades estadounidenses realizaron esfuerzos concertados para abordar las prácticas de comercialización inadecuadas realizadas por algunas empresas farmacéuticas. En 2001 TAP Pharmaceutical Products fue obligada a pagar una de las multas más elevadas de la historia del sector. El gobierno exigió un monto de US\$875 millones en concepto de responsabilidad civil y cargos crimina-

les.¹⁸ Otros gobiernos también se encuentran en el proceso de implementar leyes y regulaciones más estrictas. Por ejemplo, en abril de 2005 un informe elaborado por el Comité Parlamentario para la Salud de la Cámara de los Comunes británica acerca de la influencia de la industria farmacéutica, hizo un llamado a incrementar la transparencia en los procesos de regulación de fármacos, reducir la excesiva promoción de medicamentos, imponer mayores restricciones a los médicos con el fin de evitar prescripciones innecesarias y poner fin a los nexos entre el Ministerio de Salud y la industria farmacéutica en favor del Ministerio de Comercio e Industria.¹⁹ Luego de la publicación en la prensa de una serie de artículos que describían los viajes gratis que las empresas farmacéuticas ofrecían a los médicos y las suntuosas fiestas organizadas en su honor, la subdirectora municipal de Asuntos Sociales y Salud Pública de Helsinki, Paula Kokkonen, prohibió todos los viajes patrocinados por la industria farmacéutica para los médicos de la capital.²⁰

En vista del potencial existente para influir de manera indebida en la forma de prescribir medicamentos, se han desarrollado normas de aplicación global y ha surgido una serie de organismos profesionales, entre los cuales se cuentan asociaciones de la industria farmacéutica, que han elaborado códigos de conducta donde se detalla la mejor forma de minimizar la corrupción (véase “Promoción de la confianza y la transparencia en las empresas farmacéuticas”, página 112, y “El combate contra la corrupción: la función de la profesión médica”, página 115). Es discutible si estas pautas han tenido algún efecto o no. En 1998, la OMS publicó sus criterios éticos para la promoción de medicamentos, pero una mesa redonda de la misma institución realizada en 1997 concluyó que la promoción inadecuada de medicamentos continúa siendo un problema tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados.²¹ No obstante la amplia difusión que se ha dado a los criterios, su implementación efectiva aún constituye un problema de envergadura, puesto que los gobiernos se ven enfrentados a la necesidad de revisar la legislación y las regulaciones, y promoverlas con energía en las facultades de medicina y las asociaciones médicas.

Si bien los códigos de conducta autorregulados pueden traer beneficios, no deberían demorar una reforma significativa en términos de regulaciones externas, de cumplimiento obligatorio. Los códigos actuales han sido adoptados de manera voluntaria, por lo que no están sujetos a auditorías o procedimientos que aseguren su cumplimiento mediante penas, ni a supervisión por parte de observadores independientes y objetivos.²² Se necesitan políticas más sólidas que permitan tratar los serios conflictos de intereses que surgen en el segmento que corresponde a la prestación de servicios del sistema farmacéutico.

Medicamentos falsificados: lo malo y lo feo

Cuando las instituciones son débiles y por tanto son incapaces de regular el sector farmacéutico de manera apropiada, contribuyen a aumentar las oportunidades de corrupción, incluida la falsificación de medicamentos, un problema que antecede

al primer punto de decisión en la cadena farmacéutica ilustrada en el gráfico 5.1. Por ejemplo, los organismos reguladores pueden recibir sobornos para hacer caso omiso de los fabricantes de medicamentos falsificados, o bien los funcionarios del servicio de aduanas pueden hacer de la vista gorda frente a sus exportaciones o importaciones a cambio de un pago.

En 2001, China albergaba cerca de 500 fabricantes ilegales de medicamentos mientras que en Laos la cantidad de vendedores ilegales de medicamentos bordeaba los 2.100. En Tailandia, los medicamentos de calidad inferior a la esperada representan 8,5% del total del mercado. India²³ pretende instaurar la pena de muerte por la fabricación o venta de medicamentos falsificados que ocasionen daños severos. “Sacar provecho de medicamentos espurios que pueden dañar o causar la muerte de gente inocente no se diferencia en nada de un asesinato en masa”, dijo el ministro de Salud Sushma Swaraj en una reciente alocución.²⁴ Por otro lado, la cantidad de muertes producidas por medicamentos falsificados en China se estima en 192.000.²⁵ Los organismos reguladores del Sur necesitan recursos para erradicar la corrupción y contrarrestar el flujo de medicamentos falsificados. El éxito alcanzado por la Agencia para la Administración y el Control de Alimentos y Medicamentos de Nigeria es un ejemplo de lo que es posible lograr gracias a un liderazgo firme (véase la página 118).

El desafío de avanzar: cómo hacer que las cosas funcionen mejor

La corrupción en cualquiera de los puntos de decisión críticos en el sistema farmacéutico puede socavar la capacidad de un país de mejorar la salud de su población al limitar el acceso a medicamentos de alta calidad y reducir las ventajas derivadas de su uso adecuado. Aunque la corrupción golpea a la población en su totalidad, son generalmente los sectores más pobres los que se ven más afectados cuando los funcionarios acaparan medicamentos o malgastan recursos en fármacos que no son los más adecuados. La buena gobernabilidad aparece entonces como una condición *sine qua non* para garantizar un mejor acceso a los remedios esenciales.

Una mayor transparencia en el sistema farmacéutico contribuirá sin duda a mejorar el acceso a los medicamentos. La primera necesidad consiste en una evaluación honesta de la solidez de las instituciones en todos los puntos de decisión críticos del sistema. Los gobiernos deben conocer las áreas que presentan deficiencias y son vulnerables a la corrupción. Se necesita monitorear más los mecanismos de reembolso de medicamentos que utilizan las farmacias, hospitales y prestadores de servicios de salud. Se necesita, asimismo, más investigación para identificar aquellos sistemas que ofrecen a los prestadores los mejores incentivos para comportarse con honestidad y controlar el fraude. En segundo lugar, tanto los grupos de consumidores como los terceros interesados deben ejercer un atento control de los servicios farmacéuticos públicos y privados a fin de garantizar que responden al interés público.

A pesar de las buenas intenciones que avalan las declaraciones internacionales o las guías profesionales de prácticas óptimas, de nada sirven si no se cuenta con sistemas que aseguren su cumplimiento. Los gobiernos individuales deben contar con el valor necesario para dictar y, más importante aún, implementar políticas y procesos que estimulen una conducta regida por principios éticos, y castiguen a las empresas y personas que se vean involucradas en actos de corrupción. Si esto llega a ocurrir, quizás se vea un cambio positivo que asegure que los sectores más necesitados cuenten con los medicamentos apropiados en el momento preciso.

Notas

1. Jillian Clare Cohen es profesora adjunta en la Facultad de Farmacia Leslie Dan de la Universidad de Toronto y directora del Programa Comparado de Salud y Sociedad, en el Centro Munk de Estudios Internacionales de la Universidad de Toronto.
2. Philippe Cullet, "Patents and Medicines: the Relationship between TRIPS and the Human Right to Health", *International Affairs*, 79(1), 2003.
3. Michael R. Reich, "The Global Drug Gap", *Science*, 287(5460), 1979-81, 17 de marzo de 2000.
4. *WHO Medicines Strategy: Framework for Action in Essential Drugs and Medicines Policy 2002-2003*. (Ginebra: OMS, 2000), www.who.int/medicines.
5. Ramesh Govindaraj, Michael Reich y Jillian Clare Cohen, "World Bank Pharmaceuticals Discussion Paper" (Washington DC: Banco Mundial, 2000).
6. *Ibíd.*
7. Por ejemplo, en años recientes tanto el Banco Mundial como la OMS y USAID han encargado estudios acerca del fenómeno de la corrupción en el sistema farmacéutico.
8. Ian E. Marshall, "A Survey of Corruption Issues in the Mining and Mineral Sector", Proyecto Minería, Minerales y Desarrollo Sostenible (Londres: Instituto Internacional para el Medio Ambiente y el Desarrollo, 2001).
9. Jillian Clare Cohen, "Public Policies in the Pharmaceutical System: The Case of Brazil", (Washington DC: Banco Mundial, 2000).
10. Esta sección contiene importantes referencias al trabajo de Jillian Clare Cohen, James Cericone y Roman Mayaca "Improving Transparency in the Pharmaceutical System: The Case of Costa Rica", estudio interno, Banco Mundial, octubre de 2002.
11. Sheldon Krinsky, "A Dose of Reform: But Do the FDA's Actions Go Far Enough?" *The Star Ledger*, 20 de febrero de 2005.
12. Véase www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/.
13. USAID, "A Handbook on Fighting Corruption", Centro para la Democracia y la Gobernabilidad (Washington, DC: USAID, 1999).
14. Jillian Clare Cohen y Jorge Carikeo Montoya, "Using Technology to Fight Corruption in Pharmaceutical Purchasing: Lessons Learned from the Chilean Experience" (Washington, DC: Instituto del Banco Mundial, 2001).
15. Cohen et al., "Improving Transparency in the Pharmaceutical System".
16. Management Sciences for Health, con la colaboración de la OMS, *Managing Drug Supply* (West Hartford, US: Kumarian Press, 1997).
17. Ashley Wazana, "Physicians and the Pharmaceutical Industry: Is a Gift Ever Just a Gift?", *Journal of the American Medical Association*, 283(3), 19 de enero de 2000.
18. Departamento de Justicia de Estados Unidos, comunicado de prensa, 1 de octubre de 2001. Disponible en: www.usdoj.gov/opa/pr/2001/October/513civ.htm/. Véase también "La corrupción en los hospitales", capítulo 3, página 59.
19. El informe parlamentario del Reino Unido se encuentra disponible en www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/cm200405/cmselect/cmhealth/42/42.pdf/.

20. *Kauppalehti Presso* (Finlandia), 11 de diciembre de 2004.
21. Véase la Base de Datos de Promoción de Medicamentos en www.drugpromo.info/about.asp#1/.
22. El código de prácticas de comercialización de las empresas de investigación farmacéutica de Canadá desde enero de 2005 constituye un ejemplo. Véase www.canadapharma.org/Industry_Publications/Code/code_e05Jan.html.
23. *British Medical Journal*, 327(1126), noviembre de 2003.
24. *British Medical Journal*, 327(414), agosto de 2003.
25. PharmaBiz.com, 18 de marzo de 2005.

La influencia corruptora del dinero en la medicina

Jerome P. Kassirer¹

Las empresas farmacéuticas, de suministros médicos y de biotecnología han creado nuevos medicamentos y dispositivos que han prolongado la vida y mejorado la salud de millones de personas. Estos avances se han originado en las numerosas interacciones entre los científicos académicos y la industria, por lo cual se deberían fomentar estos proyectos conjuntos de investigación. Sin embargo, en ocasiones la colaboración va más allá de la investigación y transforma a los médicos en comercializadores de los productos, actuando como consultores o representantes remunerados de las empresas. Las relaciones económicas entre la industria farmacéutica y los médicos producen una forma sutil de corrupción, que escapa a la supervisión y a los desafíos legales.

Estos comentarios se refieren principalmente a Estados Unidos, pero se dan manifestaciones similares en países de todo el mundo. En los últimos años, las industrias farmacéutica, de suministros médicos y de biotecnología han invertido en Estados Unidos unos US\$16 mil millones anuales en marketing destinado a los médicos.² De esta cifra, se gastaron más de US\$2 mil millones sólo en comidas, reuniones y eventos.³ Las empresas pretenden influir en los médicos ofreciéndoles honorarios de US\$1.000 a US\$5.000 (o más) por participar en sus oficinas de conferencistas y contratarlos como consultores bien remunerados y miembros de sus comités de asesores. También los bombardean con anuncios en publicaciones y con la presencia de casi 90.000 solícitos visitantes médicos.⁴ Pagan a los médicos académicos para ayudarlos en la preparación de material educativo y procuran la amistad de estudiantes de medicina y médicos mediante obsequios como libros de texto, estetoscopios y almuerzos y cenas gratuitas. Estos pagos pueden tentar a algunos médicos a actuar en pos de sus propios intereses en lugar de los intereses de sus pacientes. Puede ser una fina línea la que divida los gastos legítimos de comercialización de las empresas farmacéuticas y las prácticas contrarias a la ética. Sin embargo, cuando los pagos a vendedores y profesionales médicos se traducen en mayores ingresos en concepto de ventas, la tentación de cruzar dicha línea se vuelve irresistible.

Los incentivos que ofrecen las empresas farmacéuticas

El intento de seducir a los jóvenes es particularmente preocupante. Hace algunos años, presencié un típico almuerzo patrocinado por una empresa farmacéutica en un centro médico académico. Dos representantes farmacéuticos bien vestidos habían llevado comida a una clase regular para el personal de la casa. Uno por uno, los funcionarios del centro y los estudiantes de medicina llegaban para unirse a la fila del buffet y recibían los cordiales saludos del representante farmacéutico con preguntas como “¿Qué tal el fin de semana?” o “¿Cómo le va?”. Estos representantes eran obviamente una presencia familiar. La fila avanzaba lentamente porque servir cada plato se demoraba un momento, situación que ambos representantes farmacéuticos aprovechaban para presentar su propuesta de ventas. Uno se apostó estratégicamente al comienzo de la fila y el otro se ubicó al final. Los representantes describían dos nuevos productos populares (y costosos) de la empresa y daban recomendaciones sobre la dosis.⁵ La seducción se repitió también a la hora de la cena. Una noche en una pizzería, observé a un médico residente con su equipo de internos y estudiantes disfrutando pizza y cerveza con un representante farmacéutico. Eran dos los “costos” de la comida y las bebidas gratis. El médico residente debía escuchar la propuesta de ventas del representante farmacéutico durante la comida y al final recibir una pila de folletos para repartirlos entre el resto de su equipo.

Estas minucias y comidas son simplemente estrategias de marketing, concebidas, como mínimo, para que el representante farmacéutico logre congraciarse con el médico, tal vez para fomentar el conocimiento de ciertos productos y, en última instancia, generar una sensación de que se está en deuda. Sin embargo, esta sensación es problemática porque la obligación del médico para con el visitador médico o su empresa, a menudo, entra en conflicto con su obligación para con sus pacientes. En algunos estudios se examinaron las recetas de los médicos en relación con cierto tipo de exposición a las promociones de una empresa farmacéutica.

En uno de ellos, se comparaba a 40 médicos que solicitaron adiciones a las listas de medicamentos de sus hospitales con 80 que no habían solicitado medicamentos nuevos.⁶ Estadísticamente, entre los médicos que solicitaron adiciones se daba una probabilidad entre 9 y 21 veces mayor de haber recibido comidas gratuitas de las empresas, de haber aceptado dinero de éstas por asistir o hablar en simposios que patrocinaban, o de haber recibido ayuda para la investigación. Un análisis independiente (en el mismo estudio) indicaba que los remedios solicitados ofrecían ventajas menores o nulas con respecto a los ya disponibles.

En otro estudio sobre las prácticas de prescripción de 10 médicos que habían asistido a simposios patrocinados por empresas farmacéuticas en centros vacacionales se demostraba que estos utilizaron ciertos medicamentos de dos a tres veces más en los meses posteriores al viaje.⁷ De manera interesante, la mayoría de los médicos que asisten a los simposios aseguran que no sucumben a estos atractivos;

la mayor parte desecha la posibilidad –desafiando el sentido común– de que todas estas tentativas de la industria puedan afectarlos.

Conflictos de intereses financieros en la investigación médica

Fundamentalmente, tanto las grandes empresas como los médicos están participando de una farsa. Las empresas farmacéuticas aseguran que el marketing contribuye a educar a los médicos para que puedan recetar medicamentos de un modo más adecuado. Al mismo tiempo, presionan a los visitantes médicos para que promuevan los productos más nuevos y autorizan a sus intermediarios sustitutos, las empresas de educación médica, a anunciar sus servicios como formación persuasiva. Y los médicos que se benefician de la generosidad de las empresas farmacéuticas actúan como si fueran inmunes a su influencia.

La participación de los médicos en la industria es generalizada. En una encuesta de 1996 se demostró que la mitad de los profesores titulares y una menor fracción del cuerpo docente auxiliar que realizaban investigaciones en ciencias biológicas mantenían acuerdos económicos sustanciales con la industria, y las presentaciones en congresos médicos y artículos publicados confirman su amplia participación.⁸ Durante mi ejercicio como editor en jefe del *New England Journal of Medicine*, sólo se autorizaba escribir artículos y editoriales a aquellos médicos que no tenían conflictos económicos con la empresa cuyos productos mencionaban en el artículo (o con los de la competencia). Encontrar autores sin estos conflictos se hizo cada vez más difícil durante la década de 1990 y, para fines de ese decenio, a menudo hubo que rechazar a varios prominentes autores potenciales antes de encontrar a uno que no tuviera conflictos. Finalmente, un grupo legal conectado con la industria admitió el alcance de la participación. Escribió: “Se reconoce ampliamente que la mayor parte de las principales autoridades médicas y de prácticamente la totalidad de los principales conferencistas de temas médicos están empleados en alguna u otra función por una o más empresas farmacéuticas del país”.⁹

Varios ejemplos específicos ilustran este problema: el primero se refiere a las instrucciones de práctica; el segundo, a un estudio de investigación en humanos; el tercero, al diagnóstico radiológico y el cuarto, a una decisión de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA).

Cuatro estudios de casos de Estados Unidos

El Programa Nacional de Educación sobre el Colesterol de los Institutos Nacionales de Salud actualiza periódicamente sus guías de práctica cuando se disponen de nuevos datos. El más reciente, sobre el cual se informó en julio de 2004, fue una iniciativa conjunta de la Asociación Estadounidense del Corazón (American Heart Association), el Colegio Estadounidense de Cardiología (American College of Cardiology) y los Institutos Nacionales de Salud. Estas tres organizaciones se-

leccionaron nueve personas para que analizaran todas las pruebas clínicas que se habían publicado desde las pautas anteriores y presentaran nuevas recomendaciones. El grupo era impresionante. Estaba integrado por un nutricionista, el jefe de la rama de enfermedades moleculares de los Institutos Nacionales de Salud, un reconocido farmacólogo, un ex presidente de la Asociación Estadounidense del Corazón y otros cardiólogos de renombre. Entre sus recomendaciones se incluía una mayor disminución de la lipoproteína de baja densidad (LDL) mediante dieta, ejercicio y tratamiento con estatinas. Posteriormente, trascendió que siete de los nueve participantes tenían acuerdos financieros como conferencistas o consultores remunerados de las empresas que fabrican las estatinas. Tenían estos acuerdos no sólo con una empresa, sino con tres a cinco de ellas. Por estas conexiones fue difícil dilucidar si las relaciones de estos médicos de alto nivel con los fabricantes de estatinas pueden haber influido en sus recomendaciones.¹⁰

En 1999, un joven de 17 años murió en la Universidad de Pennsylvania cuatro días después de recibir genes incorporados en un virus de resfrío común. El joven padecía sólo una leve deficiencia de una determinada enzima, pero estaba participando de una investigación porque creía que los resultados podrían ayudar a otros. No se les había comunicado ni a él ni a sus padres que anteriormente el experimento había presentado cierta toxicidad, ni se les había informado que el investigador en jefe y la universidad tenían intereses económicos en una empresa que podría haberse beneficiado del resultado del trabajo. El investigador jefe negó que el dinero tuviese algo que ver con su decisión o la decisión de la institución de seguir adelante con estos estudios.¹¹

Un interesante estudio fue examinado en la publicación *Academic Radiology* en 2004. Se trataba del análisis de 492 radiografías de tórax interpretadas por 30 radiólogos empleados por estudios de abogados que demandaban a empresas en nombre de clientes expuestos a agentes dañinos para los pulmones. Para explicar los resultados, a estos 30 se los llamará “contratados”. Los autores del estudio solicitaron a seis radiólogos no remunerados por el bufete que reinterpretaran las radiografías. A estos radiólogos se los llamará “independientes”. Los 36, los contratados y los independientes, eran radiólogos con certificación ‘B’ de un organismo federal, es decir, todos habían recibido la misma capacitación para interpretar radiografías de tórax. Los resultados son interesantes: los contratados diagnosticaron anomalías en 96%-97% de las placas, mientras que los independientes señalaron que sólo el 4%-6% eran anormales. Los contratados aseguraban que ninguna de las placas arrojaba resultados completamente normales, mientras los independientes señalaban que el 38% era normal. No se necesita una prueba de chi cuadrado para apreciar la gran discrepancia de estas interpretaciones.¹²

A mediados de febrero de 2005, un panel de asesores de la FDA se reunió para evaluar si el perfil de riesgo-beneficio de los diversos inhibidores de la Cox-2, elaborados por Merck y Pfizer, ameritaba retirarlos del mercado. Se trataba de una decisión sumamente visible por el mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares

de algunos fármacos, especialmente el Vioxx, y por la decisión de Merck de retirar Vioxx del mercado sólo semanas antes. El panel de 32 integrantes se pronunció con 31 votos contra 1 a favor de mantener Celebrex en el mercado; parecía no haber mayor controversia por esta decisión. Sin embargo, la votación en los casos de Bextra y Vioxx fue mucho más reñida. El panel decidió por 17 votos contra 13 mantener Bextra en el mercado y por 17 votos contra 15 permitir el reingreso de Vioxx al mercado. Pero había un problema: luego trascendió que 10 de los integrantes del panel tenían vínculos financieros con las empresas que elaboraban ambos fármacos y que estos médicos remunerados por las empresas habían votado 9 a 1 en favor de mantener ambos productos en el mercado. Si no hubiese votado ninguno de estos integrantes con conflictos de intereses, la recomendación habría sido no autorizar ninguno en el mercado. La votación hubiese sido de 12 a 8 en contra de Bextra y de 14 a 8 en contra de Vioxx. Desde entonces, Bextra ha sido retirado del mercado, pero tanto Vioxx como Bextra podrían volver si la FDA sigue las recomendaciones del panel de asesores.¹³ La decisión de la Administración afectará a millones de personas y también a las enormes utilidades de dos importantes empresas farmacéuticas.¹⁴

Si bien estos ejemplos son preocupantes en lo que se refiere a su efecto sobre la atención de pacientes y no se pueden condonar desde el punto de vista ético, ninguno constituye fraude ni corrupción manifiesta. Ninguno es punible legalmente y cualquier sanción tendría que ser dictada por una organización estatal o profesional, pero estos organismos rara vez las imponen (véase más adelante). Cada uno de estos ejemplos sugiere una tipología de manifiesta parcialidad, pero el problema con ellos es intentar ponderar las motivaciones individuales. Una posibilidad es que ninguna de las inclinaciones hacia los productos de la empresa fuera intencional, pero los estrechos vínculos entre los médicos y las empresas dieron origen a recomendaciones sesgadas de algún modo subconsciente. Incluso es posible que las recomendaciones formuladas por estos médicos hayan sido completamente objetivas y que cualquiera con la misma formación técnica hubiese llegado exactamente a las mismas conclusiones. Finalmente, es posible que algunos médicos en la nómina de pago de la industria sean conscientemente ambiciosos y se beneficien intencionalmente a expensas de la validez de la información que usan diariamente en su consultorio. En este último caso, hay que suponer que perciben que las consecuencias de sus acciones para la atención de los pacientes no son significativas. Estos ejemplos ilustran el problema esencial de los conflictos de intereses económicos: la imposibilidad de saber en qué creer.¹⁵

Una amenaza para la confianza del público

Análisis exhaustivos de las consecuencias de los conflictos de intereses económicos han documentado sus influencias corrosivas en la atención de pacientes, la información médica y la confianza del público en la profesión.¹⁶ Estos enormes

subsidios económicos pueden influir en la validez de la información que usan diariamente los médicos en su consultorio. Tiende a distraer a los investigadores de sus obligaciones académicas y desviarlos hacia la investigación rentable. Reemplaza la apertura por el secreto, “privatiza” el conocimiento y sustituye en parte la propiedad en común mediante la comercialización de los descubrimientos. También ha creado una cultura en la que el diseño de los estudios en ocasiones se adapta para crear resultados positivos, en la que los resultados desfavorables a veces se ocultan, la comunicación de los resultados se ve a veces obstaculizada por razones comerciales y la información sesgada en publicaciones y materiales educativos a veces no se somete a revisión.¹⁷ Todo esto conforma una seria amenaza a la confianza del público en la medicina. Estos conflictos económicos pueden socavar la fe del público en la investigación médica, poner en peligro el financiamiento del gobierno, reducir la inscripción en pruebas médicas y dañar la confianza entre los pacientes y sus médicos.

En Estados Unidos, se han logrado algunos progresos en la forma de abordar los conflictos económicos. La Asociación de Colegios Médicos de Estados Unidos (Association of American Medical Colleges - AAMC) ha planteado nuevas guías para particulares e instituciones,¹⁸ mientras muchas facultades están hoy en proceso de revisar sus políticas sobre conflictos de intereses. Los Institutos Nacionales de Salud, en respuesta a las protestas públicas por las importantes conexiones económicas de sus principales científicos, formuló en 2005 estrictas guías que limitan efectivamente que los investigadores tengan estas asociaciones.¹⁹ El Congreso de Estados Unidos también ha expresado interés en los temas aquí planteados.²⁰ Las empresas farmacéuticas y la Asociación Médica de Estados Unidos (American Medical Association - AMA) establecieron una normativa para la participación de los médicos en programas de las empresas, pero ninguna ha prohibido el marketing de productos a médicos-consultores o conferencistas.

Se necesita mucho más trabajo en este ámbito. Se deberían prohibir todos los regalos de la industria, incluso aquellos que podrían considerarse útiles en la consulta del médico o en el entorno académico. También se deberían prohibir las negociaciones de cualquier tipo con la industria salvo en materias científicas, mientras que debería declararse ilegal el mercadeo por parte de los facultativos de fármacos o suministros médicos en lo que tienen interés económico. Debería prohibirse la participación de los médicos en conferencias patrocinadas por empresas. Los comités de guías para la práctica clínica y los paneles de asesores de la FDA deben integrar a una minoría de personas con conflictos de intereses económicos. Los cargos de editores de publicaciones, funcionarios de importantes organizaciones profesionales y directores de centros médicos e instituciones académicas deberían reservarse sólo a personas sin conflictos de este tipo. Dado que la completa eliminación de todos los conflictos de intereses económicos es improbable, debería introducirse la divulgación total de los conflictos económicos pertinentes en un sitio web de fácil búsqueda.

Es difícil comprender por qué los criterios en cuanto a conflictos de intereses en la medicina debieran ser más flexibles que en otras profesiones, como los medios de comunicación. A los periodistas de los medios más respetuosos desde el punto de vista ético como el *New York Times* y la *CNN* no se les permite aceptar regalos, comidas, honorarios ni contratos de asesoría pagos.²¹ Es una norma extremadamente rigurosa, pero la medicina debe adoptarla. Es necesario subir las exigencias si se pretende mantener la confianza del público en la medicina.

Notas

1. Jerome P. Kassirer es un distinguido profesor de la Escuela de Medicina de la Universidad Tufts y profesor adjunto de Medicina y Bioética de la Universidad Case Western Reserve. Se desempeñó como editor en jefe del *New England Journal of Medicine* de 1991 a 1999.
2. *Boston Globe* (EE.UU.), 10 de marzo de 2004.
3. Jerome P. Kassirer, *On The Take: How Medicine's Complicity With Big Business Can Endanger Your Health* (Nueva York: Oxford University Press, 2004).
4. B. Darves, "Too Close for Comfort? How Some Physicians are Re-examining their Dealings with Drug Retailers", *ACP Observer*, julio/agosto de 2003.
5. *Journal of the American Medical Association* (EE.UU.), 284(2156-7), 2000.
6. *Journal of the American Medical Association* (EE.UU.), 271(684-9), 1994.
7. *Chest* (EE.UU.), 102(270-73), 1992.
8. *New England Journal of Medicine* (EE.UU.), 335(1734-9), 1996.
9. D. J. Popeo y R. A. Samp, comentarios de la Fundación Legal de Washington (Washington Legal Foundation) al Consejo de Acreditación para la Educación Médica Continua (Accreditation Council for Continuing Medical Education) respecto del pedido de comentarios al borrador del 14 de enero de 2003: "Standards to Ensure the Separation of Promotion From Education Within the CME Activities of ACCME Accredited Providers", Washington Legal Foundation, 2003.
10. *Washington Post* (EE.UU.), 1 de agosto de 2004.
11. *Washington Post* (EE.UU.), 30 de diciembre de 2001.
12. J. N. Gitlin, L. L. Cook, O. W. Linton y E. Garrett-Mayer, "Comparison of 'B' Readers' Interpretations of Chest Radiographs for Asbestos-related Changes", *Academic Radiology*, 11(843-56), 2004.
13. A pesar del dictamen de la FDA de febrero de 2005 en favor de permitir el reingreso de Vioxx al mercado, Merck todavía está considerando reanudar su comercialización. Véase <http://www.medicalnewstoday.com/medicalnews.php?newsid=20196/>.
14. *New York Times* (EE.UU.), 25 de febrero de 2005.
15. Kassirer, *On The Take*.
16. *Ibíd.*; y Sheldon Krimsky, *Science in the Private Interest: Has the Lure of Profits Corrupted Medical Research?* (Lanham: Rowman y Littlefield, 2003).
17. *Ibíd.*
18. Asociación de Colegios Médicos de Estados Unidos (AAMC), "Protecting Subjects, Preserving Trust, Promoting Progress I: Policy and Guidelines for the Oversight of Individual Financial Interests in Human Subjects Research", Grupo de trabajo de la AAMC sobre conflictos de intereses financieros en la investigación clínica, diciembre de 2001; "Protecting Subjects, Preserving Trust, Promoting Progress II: Principles and Recommendations for Oversight of an Institution's Financial Interests in Human Subjects Research", Grupo de trabajo de la AAMC sobre conflictos de intereses financieros en la investigación clínica, octubre de 2002.
19. www.nih.gov/about/ethics_COI.htm/.
20. www.waysandmeans.house.gov/hearings.asp?formmode=all&comm=1/.

Promoción de la confianza y la transparencia en las empresas farmacéuticas: perspectiva de la industria

Harvey Bale¹

En el Siglo XX se vieron enormes avances en los niveles generales de la atención de salud en el mundo desarrollado. No obstante, en los países desarrollados y en desarrollo, los pacientes todavía necesitan y esperan tratamiento, cura y vacunas para el sida, el cáncer, la diabetes, las enfermedades cardíacas, el mal de Alzheimer y cientos de patologías debilitantes y potencialmente mortales. Incluso enfermedades del pasado, consideradas ya superadas o controladas, como la tuberculosis, la malaria y la polio, reaparecen como peligros claros y presentes por su resistencia a los tratamientos actuales, o por las deficiencias de los programas de vacunación. La resistencia biológica a los actuales tratamientos para el contagio del VIH/sida va en aumento, situación que hace imperativo que la industria y los gobiernos continúen financiando intensivamente la investigación de esta y otras patologías.

Según encuestas realizadas por asociaciones que integran la Federación Internacional de Asociaciones de Fabricantes de Productos Farmacéuticos (International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations - IFPMA), en la actualidad la industria gasta en todo el mundo más de US\$50 mil millones anuales en investigación y desarrollo de medicamentos y vacunas. La industria está sujeta a un alto grado de regulación gubernamental en casi todas las etapas de su actividad. La gran interconexión de la industria y el gobierno durante todo el ciclo de vida de los productos medicinales plantea un riesgo permanente de corrupción. Antes de que puedan empezar las pruebas clínicas, el gobierno debe aprobarlas. Antes de que se autorice un medicamento después de las pruebas, se requiere otra aprobación formal en todos los países en que los pacientes, los médicos y los enfermeros emplearán el medicamento o la vacuna. Muchos países fijan los precios: otra decisión del gobierno. Antes de invertir, las empresas deben proteger sus ideas y sus innovaciones contra la copia: otra función del gobierno. Además, cuando los países pobres se preocupan por ciertas amenazas epidémicas, como el VIH/sida o la malaria, las empresas trabajan con los gobiernos y las ONG en formas de conseguir medicamentos para quienes no pueden costearlos. Los gobiernos deben involucrarse, desde las autoridades aduaneras hasta los organismos reguladores, el Ministerio de Salud y los funcionarios locales, para hacer llegar los medicamentos a los grupos de pacientes beneficiarios. Todos estos puntos de intervención gubernamental elevan la posibilidad de que la aparición de prácticas corruptas distorsione y dañe la elaboración y distribución de nuevos medicamentos y vacunas a los pacientes.

La corrupción en la cadena de suministro de productos farmacéuticos puede adoptar muchas formas: los productos pueden ser desviados o bien sustraídos en varios puntos del sistema de distribución; los funcionarios pueden exigir “tarifas” para aprobar productos o instalaciones, facilitar procedimientos aduaneros o fijar precios; la violación de las prácticas establecidas en los códigos de comercialización de la industria pueden distorsionar las prescripciones de los profesionales médicos; se pueden exigir favores a proveedores como condición para recetar sus medicamentos y se puede autorizar la circulación de medicamentos falsificados u otras formas de fármacos de calidad inferior a lo establecido. Si bien la corrupción tiene costos económicos, agrega otros costos al objetivo final del bienestar del paciente.

Debido al impacto de la corrupción, la IFPMA y otros organismos de la industria han adoptado medidas significativas para enfrentar los peligros que presenta. Sin embargo, la industria y otros participantes deben redoblar los esfuerzos para prevenir y evitar los abusos.

La necesidad de minimizar las posibilidades de corrupción en la cadena de distribución queda bien ilustrada en el caso del desvío de África a Europa de drogas antirretrovirales (ARV) de GlaxoSmithKline (GSK) para el tratamiento contra el VIH/sida a precios con importantes descuentos, hecho revelado en el verano de 2002. GSK se había comprometido a poner a disposición de los países más pobres del mundo su gama completa de drogas ARV a precios de costo. Estos precios eran, en promedio, un 70% más bajos que los precios para los países desarrollados. El registro de paquetes de “acceso” especial en los países destinatarios habría demorado entre 6 y 18 meses. Considerando que la epidemia del VIH/sida se extendía con rapidez, la empresa GSK estaba ansiosa por responder a la crisis mundial lo más rápido posible. Los envíos iniciales a África se despacharon, por lo tanto, en empaques europeos. Originalmente, GSK había vendido los medicamentos a precio de costo a una ONG y a la división de abastecimiento del Ministerio de Salud para su distribución entre pacientes africanos con el VIH. Al comienzo del programa de ventas, la empresa no había recibido la aprobación del diseño de las cajas para diferenciar los países de destino, esta autorización toma tiempo; algunas drogas ARV fueron desviadas por funcionarios públicos de África Occidental, casi sin ser detectadas, al mercado europeo y los traficantes obtuvieron suculentas ganancias, mientras los pacientes africanos no pudieron obtener los medicamentos que necesitaban con desesperación. El procesamiento de los implicados en este ilícito sigue su curso, lo que debiera interpretarse como una señal de que no se puede tolerar este comportamiento. Entretanto, GSK ha creado paquetes de “acceso” para sus principales drogas ARV que se diferencian de los paquetes de los países desarrollados.

Otra faceta en que la industria se ha mostrado activa en los últimos años es el fortalecimiento de sus prácticas de promoción de productos. Las prescripciones de los profesionales médicos, a menudo mal pagados en los sistemas nacionales de atención sanitaria, pueden verse afectadas por las compensaciones que ofrecen los proveedores por administrar sus productos o servicios, en detrimento de los inte-

reses de sus pacientes. Si bien son escasas las pruebas tangibles de que las recetas estén directa y considerablemente influidas por los viajes y obsequios que ofrece la industria, existen casos relacionados con gastos de viaje que incluyen cobertura para cónyuges, a pesar de que el Código de la IFPMA y diversos códigos nacionales prohíben que las empresas paguen los viajes de cónyuges a los simposios educativos. Las empresas que pertenecen a la IFPMA adhieren a un código de comercialización y promoción que exige no ofrecer hospitalidad ni obsequios indebidos a los profesionales médicos porque esta actitud tendería a influir en sus recetas de productos farmacéuticos. El código de la IFPMA está complementado por sus asociaciones nacionales de miembros, por códigos individuales de las empresas relacionados con la ética de comercialización, y por una variedad de medidas que buscan reparar la situación cuando se transgreden estos códigos. El código se basa en la autorregulación, pero su aplicación es obligatoria. Estos códigos se activan mediante quejas que presentan médicos, otros profesionales de la salud u otras partes interesadas ante la IFPMA o las asociaciones que la integran, y las infracciones se sancionan con publicidad negativa o multas en algunos países.

La transparencia es importante en muchas otras áreas. En los últimos dos años se han introducido importantes iniciativas relacionadas con el modo en que la industria farmacéutica aborda las pruebas clínicas. En algunos casos, se ha acusado a las empresas de revelar y publicar únicamente los resultados clínicos favorables. Para realzar la transparencia de las pruebas clínicas que las empresas llevan a cabo para elaborar nuevos medicamentos y vacunas –y reconociendo que se obtienen importantes beneficios para la salud pública cuando se divulga ampliamente esta información entre facultativos, pacientes y otros interesados– las compañías han conformado registros de pruebas clínicas en páginas web de fácil acceso con el fin de publicar allí detalles pertinentes de las pruebas que realizan. Desde el verano de 2005, la industria publica los resultados de todas las pruebas clínicas que tienen lugar y también información sobre las que apenas se inician, desde la primera etapa de registro e inscripción del paciente hasta los resultados finales. Al mismo tiempo, para facilitar el acceso a la información de las pruebas a aquellos que la buscan, la IFPMA ha creado un portal de búsqueda (<http://clinicaltrials-dev.ifpma.org/>) que vincula los diversos registros para divulgar información sobre las pruebas en desarrollo y bases de datos para divulgar los resultados resumidos de las pruebas clínicas finalizadas. Esta ubicación única simplifica y facilita el acceso de los pacientes y profesionales médicos a los registros y datos de las empresas.

Los gastos en atención de salud y en productos farmacéuticos innovadores aumentarán inevitablemente en todo el mundo. Mientras que en los últimos 20 años se ha presenciado la revolución de la informática, el próximo cuarto de siglo será testigo de importantes avances en las ciencias biológicas. La confianza pública en la industria farmacéutica es crucial y las empresas están adoptando importantes medidas a través de sus asociaciones de miembros para mantenerla y fortalecerla. Para asegurar que los pacientes puedan beneficiarse de los avances

médicos, también es importante abordar el problema del acceso, y una forma de hacerlo será ayudar a impedir que la asignación de la atención sanitaria –de quienes están tanto en el sector público como en el privado– dependa del soborno y la corrupción.

Nota

1. Harvey Bale es director general de la Federación Internacional de Asociaciones de Productos Farmacéuticos (IFPMA).

El combate contra la corrupción: la función de la profesión médica

John R. Williams¹

Los médicos son seres humanos y, como todos, son proclives a la tentación de poner sus propios intereses por encima de los de los demás. En su calidad de profesionales autorreguladores, tienen menor fiscalización que muchas otros y, por consiguiente, se les presentan mayores oportunidades de ocultar conductas poco éticas. Por otra parte, pertenecen a una profesión que tiene altos estándares éticos y que fomenta y espera que sus miembros defiendan estos estándares.

Los médicos encuentran situaciones de corrupción en los sistemas de salud en todos los niveles: en el gobierno, hospitales y otras instituciones de atención sanitaria y en su propio consultorio. En su mayoría, se cuentan entre las víctimas de la corrupción y ven cómo los recursos que deberían ir a la atención de pacientes o al desarrollo profesional se desvían hacia otros propósitos. Sin embargo, en algunos casos, pueden ser los beneficiarios de la corrupción, en cuanto a que personalmente reciben una parte o la totalidad de los recursos que se han designado para otros propósitos legítimos.

La vasta orientación que brindan sus asociaciones profesionales respecto de la conducta médica muy pocas veces incluye la responsabilidad de lidiar con prácticas corruptas de personas ajenas a la profesión. Cuando el asunto se refiere a ellos mismos y a sus colegas, el panorama es bastante diferente. El Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial (AMM) exhorta a los médicos a "mantener siempre el más alto nivel de conducta profesional (...); no permitir que motivos de rentabilidad influyan en el ejercicio libre e independiente de su juicio profesional para el bien de sus pacientes (...); tratar con honestidad a pacientes y colegas, y esforzarse por denunciar a los médicos débiles de carácter o deficientes en competencia profesional, o a los que incurran en fraude o engaño".² Estos principios generales se han explicado en detalle en las declaraciones de políticas de la AMM y de las asociaciones médicas nacionales que son sus miembros.

Cabe hacer notar que la palabra “corrupción” pocas veces aparece en las declaraciones de principios de la asociación médica. Estas declaraciones tienen que ver con conductas y prácticas poco éticas o poco profesionales que abarcan un amplio espectro que va desde la descortesía a diversos grados de conflicto de intereses y a la eutanasia. El término corrupción se consideraría una forma extrema de conflicto de intereses, donde los médicos reciben un beneficio personal significativo a costa de los demás, sean personas, instituciones o la sociedad en general. La mayoría de los lineamientos profesionales tratan las formas más livianas de conflicto de intereses, donde no es inmediatamente obvio que se está cometiendo una infracción.

En los siguientes párrafos, se describen las actividades diseñadas para prevenir o lidiar con estos conflictos de intereses entre los médicos y la industria farmacéutica.

Los conflictos de intereses inherentes a las relaciones entre los médicos y la industria se tratan en otros artículos de este libro (véase “La influencia corruptora del dinero en la medicina”, página 105). Desde fines de la década de 1980, la OMS, grupos de la industria y asociaciones médicas nacionales comenzaron a redactar pautas que sirvieran de guía para estas relaciones. En 1988, la Asamblea de la OMS adoptó una resolución que avalaba una serie de criterios éticos para la promoción de medicamentos.³ En 1991, la Asociación Médica Canadiense adoptó directrices para las relaciones entre los médicos y la industria farmacéutica,⁴ iniciativa que fue emulada por muchas otras organizaciones profesionales, incluida la Asociación Médica Estadounidense en 1992,⁵ la Asociación Médica Finlandesa en 1993,⁶ la Asociación Médica Australiana en 1994,⁷ la Asociación Médica Israelí en 2004⁸ y la Asociación Médica Mundial en 2004.⁹ Estas directrices versan sobre los regalos que se dan a los médicos, la educación médica permanente o el desarrollo profesional, las investigaciones patrocinadas por la industria y las muestras de medicamentos. Si bien su principal preocupación es evitar los conflictos de intereses entre médicos y pacientes, son igualmente aplicables a los conflictos entre los intereses de los médicos y los de la sociedad en general, por ejemplo, respecto de la costo-eficiencia de recetar medicamentos que se pagan con fondos públicos.

El principal motivo de por qué la AMM se demoró tanto en redactar sus guías se relaciona con la gran variación en el acceso de los médicos a actividades de desarrollo profesional permanente en todo el mundo. En los países menos desarrollados, la industria farmacéutica a menudo constituye la fuente de financiamiento de los médicos para asistir a conferencias, mientras que en los países más ricos esta relación se consideraría un conflicto de intereses inaceptable para los médicos.

Estas pautas están orientadas a médicos, organizadores de eventos educacionales y asociaciones médicas. Aunque son más bien éticas que legales en su naturaleza y, por lo tanto, no son vinculantes en general, existen diversos mecanismos para transformarlas en normas aplicables, ya sea para las personas que ofrecen incentivos que generan conflictos de intereses (por ejemplo, la industria farmacéutica) o para las que reciben estas ofertas (médicos y otros profesionales del sector salud).

La industria farmacéutica se encuentra, cada vez con más frecuencia, sometida a leyes y normativas en relación con sus actividades educacionales y promocionales.¹⁰ En algunos países, las conferencias médicas no satisfacen los requisitos del desarrollo profesional permanente a menos que sigan estrictas normas de patrocinio de la industria.¹¹ Algunas entidades que otorgan licencias para la práctica de la profesión médica están comenzando a definir los límites aceptables de las relaciones entre la industria y los médicos y advierten a los médicos que traspasar estos límites derivará en una acción disciplinaria. Los avances en esta área han sido lentos por varias razones; por ejemplo, la dificultad de supervisar las relaciones de los médicos con la industria y la necesidad de abordar instancias más graves de mala conducta de los médicos, como el asesinato y el abuso sexual de pacientes. A menos que los organismos que expiden títulos médicos definan de una manera más precisa las normas de conducta de los médicos en relación con los conflictos de intereses y puedan obtener recursos adicionales para aplicarlas, la conciencia individual de los médicos tendrá que ser el principal recurso para identificar y lidiar con los conflictos de intereses.

Varios programas educacionales están a disposición de los médicos para informarles sobre cómo evitar situaciones de conflictos de intereses con la industria. La Asociación Médica Estadounidense ha creado un recurso en línea de cursos de autoinstrucción para médicos¹² y un grupo de prestadores de servicios de salud ha desarrollado el sitio Web *No Free Lunch* (No hay comidas gratis)¹³ para instar a sus colegas a que mantengan una total independencia de la industria en sus actividades clínicas y educacionales. En el área de las investigaciones médicas, donde ha habido muchos informes de conducta poco ética en los últimos años, abundan los recursos educacionales para la realización responsable de investigaciones y, en la actualidad, muchas instituciones exigen que los investigadores demuestren estar familiarizados con los principios básicos de conducta responsable para la investigación.

No es fácil dimensionar la eficacia de las medidas educacionales en esta área. Los mecanismos de aplicación de las normas pueden ser algo más eficaces, pero resultan costosos de implementar. La mayor esperanza de mejorar la conducta de los facultativos la constituye una combinación de normas razonables y bastante publicitadas, educación permanente respecto de las normas y sus fundamentos (primero en las escuelas de medicina y luego en todos los otros niveles); presión de los colegas y asociaciones médicas, regulación gubernamental más estricta de la participación de la industria en las investigaciones y práctica médicas y la amenaza de acciones disciplinarias en caso de que se infrinjan las normas de manera significativa. Sin embargo, a menos que todas las partes involucradas cooperen para abordar el tema de los conflictos de intereses en el sector salud, es poco probable que alguna vez se avance en esta materia.

1. John R. Williams es director de Ética de la Asociación Médica Mundial. Las opiniones vertidas en este artículo son de exclusiva responsabilidad del autor y no reflejan el pensamiento de la Asociación Médica Mundial.
2. www.wma.net/e/policy/c8.htm/.
3. Organización Mundial de la Salud, *Ethical Criteria for Medicinal Drug Promotion* (Ginebra: OMS, 1988).
4. www.cma.ca/multimedia/staticContent/HTML/N0/I2/where_we_stand/physicians_and_the_pharmaceutical_industry.pdf.
5. www.ama-assn.org/ama/pub/category/4001.html.
6. www.laakariliitto.fi/e/ethics/industry.html.
7. www.ama.com.au/web.nsf/doc/WEEN-5GJ7MH/.
8. www.pharma-israel.org.il/eng/htmls/article.aspx?C1004=578&BSP=4/.
9. www.wma.net/e/policy/r2.htm/.
10. Véase Susan Chimonas y David J. Rothman, "New Federal Guidelines For Physician-Pharmaceutical Industry Relations: The Politics Of Policy Formation", *Health Affairs*, 24(4), 2005 y Comité de Salud de la Cámara de los Comunes, "The Influence of the Pharmaceutical Industry", 22 de marzo de 2005, www.parliament.the-stationery-office.co.uk/.
11. Por ejemplo, las Normas de Apoyo Comercial del Consejo de Acreditación de la Educación Médica Continua, disponible en www.accme.org/dir_docs/doc_upload/68b2902a-fb73-44d1-8725-80a1504e520c_uploaddocument.pdf.
12. www.ama-assn.org/ama/pub/category/8405.html.
13. www.nofreelunch.org/.

La lucha contra los medicamentos falsificados en Nigeria

Dora Akunyili¹

La presencia de medicamentos falsificados o de calidad inferior en las calles de Nigeria se intensificó después de que se desnacionalizara la distribución de productos farmacéuticos en 1968. La falta de una adecuada normativa y de mecanismos de supervisión derivó en que se emitieran prontamente licencias de importación a empresas no profesionales, y que las regulaciones respecto de los fármacos se burlaran con total impunidad. Las empresas productoras de medicamentos de calidad experimentaban la dificultad de competir con aquellas que reducían la cantidad de ingredientes activos o reetiquetaban fármacos ya vencidos para su reventa. El resultado de estos productos farmacéuticos falsificados en los pacientes era a menudo la prolongación de la enfermedad, el daño de órganos o la muerte.

Si bien los medicamentos falsificados siguen siendo un problema grave en Nigeria, la situación ha cambiado desde 2001, gracias a una combinación de campañas de educación masiva orientadas a los posibles usuarios de medicamentos falsificados y un régimen más riguroso de ensayos clínicos y aplicación de las regulaciones. La Agencia para la Administración y el Control de Alimentos y Medicamentos de Nigeria (National Agency for Food and Drug Administration and Control -NAF-

DAC) ha sido el motor de estas iniciativas. Un estudio de referencia realizado en abril de 2001, cuando los actuales directores de la NAFDAC asumieron sus cargos, demostró que el 68% de los medicamentos disponibles en Nigeria no estaban registrados en la NAFDAC, lo que se considera un indicador de la presencia de falsificaciones.² Un nuevo estudio en 2004 reveló un 80% de reducción en el nivel de medicamentos falsificados en el país.

La fabricación de medicamentos falsificados constituye un problema mundial, pero las opiniones en cuanto a qué constituye una falsificación varían de un país a otro, con lo que se dificultan las tareas de control. La OMS describe al medicamento falsificado como un producto cuya etiqueta incluye, de manera deliberada y fraudulenta, información falsa acerca de su identidad o su fuente. Esta práctica afecta tanto a productos de marca como genéricos; en algunos casos, la composición es correcta, pero el envase ha sido falsificado, mientras que en otros, la composición es incorrecta o bien no incluye el principio activo o este es insuficiente”.³

En Nigeria, la NAFDAC ha identificado todas las formas de medicamentos falsificados. Entre ellos, remedios que no contienen ingredientes activos, sino que se componen tan sólo de lactosa, tiza o aceite de oliva; preparaciones de hierbas tóxicas, ineficaces o mezcladas con un fármaco ortodoxo; medicamentos vencidos que se ha reetiquetado; remedios que se emiten sin publicar el nombre completo ni la dirección del fabricante, y, por último, medicamentos que no ha certificado ni registrado la agencia.

Los funcionarios corruptos protegen a los falsificadores

La falsificación de medicamentos es una práctica muy lucrativa desde el punto de vista financiero, ya que se han descubierto diversas organizaciones criminales dedicadas a este negocio. Además, implica riesgos relativamente bajos en comparación con el tráfico de narcóticos o armas. Ese bajo riesgo puede ser deliberado: según la OMS, la corrupción y los conflictos de intereses constituyen el motor detrás de las deficientes regulaciones que, a su vez, fomentan la falsificación de medicamentos. La corrupción y los conflictos de intereses derivan en leyes que no se aplican y en criminales que no se arrestan, procesan ni condenan.⁴

Un ejemplo de cómo las autoridades son cómplices de las organizaciones que falsifican o venden medicamentos falsificados es la falsificación de guías de embarque. En 2002, un contenedor de 20 pies de Napfen (tabletas de ibuprofeno) importado a través del puerto de Apapa se declaró fraudulentamente como repuestos para motocicletas a fin de evadir las normativas de la NAFDAC. El envío fue autorizado por funcionarios de aduana, pero posteriormente fue interceptado por funcionarios de la NAFDAC. Poco después, ese mismo año, se interceptaron contenedores de similar tamaño que contenían, ocultas, inyecciones de gentamicina y aceite de hígado de bacalao Seven Seas en un cajón y cápsulas de Tramal importado de Pakistán en un segundo cajón. La Dirección de Inspección

Portuaria, establecida por la actual administración de la NAFDAC, descubrió los medicamentos.

Durante los primeros días de la actual administración, se descubrió que había funcionarios de la NAFDAC que habían participado en prácticas corruptas en una serie de casos de alto perfil. Dos funcionarios del organismo en el puerto de Harcourt fueron despedidos y censurados públicamente por autorizar productos importados sin inspección en 2002. En el estado de Akwa Ibom, dos miembros del personal de NAFDAC fueron sorprendidos tratando de extorsionar a la Asociación Nigeriana de Vendedores de Medicamentos Patentados, por lo que fueron despedidos en 2003.

Hasta hace muy poco, al personal de la NAFDAC se le permitía reunir cajas de productos caros como muestras, que luego podían vender. Esto derivó en la práctica de crear un exceso deliberado de muestras y generó quejas de la industria. Posteriormente, la agencia adoptó directrices claras en relación con el tema de las muestras y divulgó información respecto del volumen correcto entre sus empleados y la industria. Los nuevos lineamientos también prohíben al personal de la NAFDAC aceptar transporte gratis, cenas u obsequios de las empresas que están inspeccionando. Para evitar que esto ocurra, se proporcionan todos los recursos necesarios para que los inspectores puedan desempeñar sus tareas.

El proceso de registro produce otra oportunidad de corrupción para al personal de la NAFDAC. Aún es habitual que un producto demore dos años o más en ser registrado, si bien la reciente modernización y automatización del proceso ha reducido este tiempo a dos o tres meses en la mayoría de los casos. Las largas excepciones se deben, en parte, a la ineficiencia, pero la corrupción también es uno de los factores preponderantes. No es de extrañar que se haya descubierto a funcionarios de la agencia retrasando el proceso ex profeso y extorsionando a los solicitantes para acelerar los procedimientos. Los lineamientos para el personal se han dado a conocer a los miembros de la industria, de manera que los fabricantes puedan ser menos susceptibles a la extorsión. Los funcionarios del organismo que se descubran cometiendo actos corruptos enfrentan sanciones como suspensión, descenso de categoría o despido.

La legislación inadecuada contribuye al problema

Nigeria cuenta con una gran variedad de leyes de control de medicamentos que se han tornado intrincadas, se superponen entre sí y, a veces, entran en conflicto. El resultado es un sistema legal incapaz de detener a los falsificadores o que se mueve tan lentamente cuando se han identificado supuestos delitos que muy rara vez el sospechoso llega a juicio.

Las sanciones para algunos delitos relacionados con la falsificación no están de acuerdo con la gravedad del delito. Por ejemplo, el máximo castigo por contravenir el decreto sobre medicamentos falsificados o adulterados y alimentos

procesados insalubres es inferior a 500.000 nairas(US\$3.600) o una pena de prisión de entre 5 y 15 años. La NAFDAC no cree que este nivel de sanciones detenga a quienes infringen la ley y ha hecho un llamado para modificar la legislación existente.

Las autoridades judiciales, en ocasiones, no han actuado en contra de los falsificadores o importadores de medicamentos falsos, aun cuando la NAFDAC presentó pruebas del delito. Por ejemplo, un conocido importador de medicamentos falsos, Marcel Nnakwe, fue arrestado tres veces en 1997 por importar productos por un valor superior a los 19 millones de nairas (cerca de US\$137.700), pero recibió la protección de un juez que emitió una medida cautelar interlocutoria que prohibía a la NAFDAC proceder con cualquier otra acción sin autorización del tribunal.

Un mes después de que la actual administración de la NAFDAC asumiera su cargo, se invitó a un equipo de consultores en temas de normativa y expertos legales para que revisaran leyes obsoletas y recomendaran modificaciones detalladas. Estas leyes ya se han revisado y, a finales de 2005, se habían presentado ante la Asamblea Nacional para su estudio ulterior.

Normativa discriminatoria de los países exportadores

En muchos países, un control más indulgente de los medicamentos para exportación ha comprometido su calidad en el mercado internacional. Recientemente, salió a la luz un caso en Nigeria que implicaba la importación de tabletas falsas de paracetamol con un envasado deficiente y la leyenda “no utilizar en el Sudeste asiático”. La deficiente regulación de las exportaciones de los países fabricantes expone a los países con regulaciones inexistentes o débiles a la inundación del mercado con productos farmacéuticos falsificados.

Existen 84 empresas fabricantes de productos farmacéuticos en Nigeria que, en conjunto, producen menos del 30% de las necesidades de medicamentos del país: el resto es importado. La mayoría de los remedios falsificados se importan de Asia, más del 98% de China e India. Diecinueve empresas farmacéuticas, en su mayoría indias y chinas, fueron incluidas en una lista negra y se les prohibió exportar medicamentos a Nigeria en 2001 y se vetó a otras 12 en 2004. La NAFDAC recientemente prohibió la importación de productos rotulados con la leyenda “sólo para exportación”.

Otros factores que militan en contra de una efectiva regulación y fomentan la falsificación son: el desconocimiento y la poca conciencia pública del problema, el caótico sistema de distribución de medicamentos, la publicidad engañosa, una demanda de medicamentos superior a la oferta, financiamiento insuficiente de las autoridades reguladoras, falta de cooperación entre los organismos gubernamentales, declaraciones falsas de los importadores, la sofisticación de la fabricación clandestina de medicamentos y el uso irracional de los fármacos, de manera que es difícil controlar la demanda.

La función de la NAFDAC en el futuro

Parece estar funcionando la doble estrategia de la NAFDAC de crear un sólido entorno regulador y fomentar, al mismo tiempo, la intolerancia a los medicamentos falsificados a través de campañas públicas de información. *Jingles* publicitarios, entrevistas en los medios de comunicación, alertas públicas y noticias en la prensa nacional que publican los medicamentos que se identifican como falsos contribuyen a levantar el velo de secreto del problema.⁵ Se han emprendido iniciativas con el objeto de detener las importaciones de medicamentos falsos en su origen, se ha fortalecido la vigilancia en todos los puertos de entrada, el organismo ha acabado con muchos de los medicamentos falsificados en circulación, se están supervisando buenas prácticas de manufactura de los fabricantes locales; además, se han modernizado los lineamientos de registro y se están aplicando con todo el rigor de la ley.

No obstante, el éxito tiene sus costos. La prueba de los logros de la NAFDAC durante los últimos años resulta ser la vehemencia con que los fabricantes corruptos han intentado bloquear su trabajo. Durante mi labor como Directora de NAFDAC, mi familia y yo hemos sido víctimas de numerosas amenazas de muerte y, en diciembre de 2003, escapamos por poco de un intento de asesinato.

Hay que redoblar los esfuerzos para detener la proliferación de medicamentos falsificados. Si bien están funcionando las medidas que se han adoptado a nivel nacional, la comunidad internacional debe comprender que las naciones pobres carecen de los fondos, la mano de obra y la tecnología para abordar el problema en su totalidad. La NAFDAC aboga vehementemente por regular, de manera armónica, los productos farmacéuticos en el mercado internacional y establecer una convención internacional sobre el control de los medicamentos falsificados similar a la que existe para las sustancias psicotrópicas. La comunidad internacional debe reconocer el control de los medicamentos falsificados como una emergencia sanitaria internacional.

Recuadro 5.2. Corrupción en el Ministerio de Salud Pública de Tailandia¹

Los orígenes del Foro de Médicos Rurales (FMR)² de Tailandia se remontan a las protestas estudiantiles de 1973 y al compromiso ideológico de servir a la comunidad rural. Este compromiso político lo puso inicialmente en una posición difícil en relación con el gobierno. Hacia fines de la década de 1970, sin embargo, se dio al director del FMR un cargo en el Ministerio de Salud, lo que contribuyó a que el organismo fuese aceptado como una instancia para resolver los problemas que implicaba descentralizar los servicios de salud a las áreas rurales.³

En 1998, el FMR se apartó de su función de apoyar el trabajo del ministerio de exponer la corrupción en la adquisición de medicamentos y suministros médicos. Aseguraba que sus miembros habían recibido instrucciones de las autoridades centrales de comprar suministros a algunas empresas y no a otras, a precios dos o tres veces más



altos que los normales. También alegó que los funcionarios principales habían instituido un régimen que fomentaba la corrupción al cancelar los límites de precio para los medicamentos y modificar la estructura presupuestaria para dejar a cargo de las compras a los funcionarios provinciales, en lugar de a los funcionarios de cada hospital. Esta última medida propiciaba que los funcionarios del gobierno central interfirieran con los procesos de compras procurando su propio beneficio.

El presidente del FMR escribió una carta abierta al primer ministro en la que solicitaba una investigación. El FMR y otra asociación de profesionales, el Foro de Farmacéuticos Rurales (FFR), comenzaron a recoger pruebas de corrupción y alentaron a sus miembros a ofrecerse como testigos. Además se pusieron en contacto con el sistema existente de ONG, entre ellas el Grupo de Estudio de Fármacos y el Grupo de Protección de Consumidores, para formar una coalición de 30 organizaciones contra la corrupción en el área de los suministros médicos. La coalición entregó información a los medios de comunicación y al público y elevó una petición a los tribunales para obligar a la Comisión Nacional Contra la Corrupción a divulgar la información sobre el caso. El tribunal se pronunció en su favor y la información fue revelada.

El comité creado para investigar el caso confirmó que, efectivamente, existía corrupción entre los políticos y los funcionarios públicos del ministerio.⁴ Recomendó que se reformara el sistema de compras a fin de promover la transparencia y la rendición de cuentas y que se sancionara a los culpables de corrupción a través de un comité independiente y neutral. Luego de esto, dos ministros presentaron su renuncia⁵ y varios funcionarios con cargos altos y medios fueron destituidos o reconvencidos. Rakkhat Sukthana, ministro de Salud Pública en el tiempo del escándalo, fue posteriormente declarado culpable de recibir sobornos de empresas farmacéuticas y, en noviembre de 2004, comenzó a cumplir una pena de 15 años de prisión.⁶

A pesar de esta victoria, persisten los llamados para que otros políticos y altos funcionarios enfrenen sanciones legales.⁷ Se instaló la percepción generalizada de que se desoyeron las recomendaciones del comité sobre la reforma del sistema de compras para prevenir la corrupción.⁸ Sin embargo, la mayor coordinación entre las organizaciones civiles, que con anterioridad poco conocían del trabajo de sus homólogas, probablemente ayude a promover la transparencia y a ejercer presión sobre el gobierno en el futuro.⁹

El papel del FMR y el FFR en el caso fue particularmente importante por los cargos que ocupaban los miembros de las asociaciones en el Ministerio de Salud Pública. La mayoría eran profesionales médicos que tenían acceso privilegiado a la información, como los cambios en las asignaciones presupuestarias, por ejemplo, pero lograron mantener su independencia y no fueron arrastrados por la corrupción.¹⁰ Este grado de independencia se puede atribuir al hecho de que muchos médicos rurales participaban en ONG relacionadas con la salud pública y a los antecedentes del FMR como fuerza motriz de la reforma a la salud pública.¹¹

Stuart Cameron (Institute of Development Studies, RU)

Notas

1. Este ensayo recoge información de N. Trirat, "Two Case Studies of Corruption in Medicine and Medicine Supplies Procurement in the Ministry of Public Health: Civil Society and



- Movement Against Corruption”, Instituto de Estudios de Desarrollo, RU: documento de trabajo del Programa de Sociedad Civil y Gobernabilidad, 2000; S. Wongchanglaw, “Case Study: Citizen Mobilisation in the Fight Against Corruption: The Case of Health-Care Funding in Thailand”, documento presentado en el Foro Abierto sobre Gobierno celebrado en Seúl, febrero de 2003, véase www.thinkcentreasia.org/documents/healthcarecorruptionthailand.html; U. Tumkosit, “Two Case Studies of Corruption in Medicine and Medicine Supplies Procurement in the Ministry of Public Health: A Framework of Relationships between Civil Society and Good Governance”, Instituto de Estudios de Desarrollo, RU: documento de trabajo del Programa de Sociedad Civil y Gobernabilidad, 2000.
2. En ocasiones recibe el nombre de Sociedad de Médicos Rurales.
 3. Trirat, “Two Case Studies of Corruption”.
 4. Wongchanglaw, “Case Study”.
 5. El Dr. Rakkiet (Rakkied, según otra grafía) Sukthana renunció el 15 de septiembre de 1998 y el viceministro de Salud Pública Teerawat Siriwanasarn renunció el 20 de septiembre de 1998.
 6. *The Nation* (Tailandia), 2 de noviembre de 2004.
 7. Pasuk Phongpaichit, “Corruption, Governance and Globalisation: Lessons from the New Thailand”, Corner House Briefing 29, 2003, www.thecornerhouse.org.uk/item.shtml?x=51987
 8. Trirat, “Two Cases of Corruption”.
 9. Wongchanglaw, “Case Study” y Tumkosit, “Two Case Studies”.
 10. En un sentido, [el FMR] pertenece al mismo ministerio que ataca... pero en otro, la Sociedad de Médicos Rurales no es parte oficial de la estructura del ministerio. Es solo un *chomrom* (club). Véase C. Noi, “Six Rules for Fighting Corruption”, *The Nation* (Tailandia), 15 de noviembre de 1998. Disponible en atwww.geocities.com/changnoi2/ruraldoc.html/.
 11. Trirat, “Two Cases of Corruption”.

Recuadro 5.3. Negligencia profesional en la Contraloría de Medicamentos en Karnataka, India

La Lokayukta de Karnataka (KLA) es un organismo judicial creado por ley y encargado de mejorar los estándares de administración pública en el estado de Karnataka, India. Si bien otros estados cuentan también con lokayuktas, la KLA es excepcional en lo que respecta a su mejor financiamiento –su presupuesto anual para los años 2002-2003 fluctuó alrededor de 72 millones de rupias (unos US\$1,7 millones)– y está encabezada proactivamente por un juez jubilado de alto perfil, el juez Venkatachala. Tiene la facultad de investigar quejas y reclamos contra organismos públicos a través de la policía y dirigirlos a las autoridades pertinentes para que adopten medidas correctivas cuando una queja es justificada. Sus acciones en el sector salud han incluido visitas inesperadas a hospitales a fin de verificar si se están pagando sobornos y la solicitud a los hospitales de que tengan en exhibición para los ciudadanos documentos donde se detalle qué medicamentos están disponibles, las tarifas por los servicios y qué tipo de instalaciones y servicios se ofrecen.

En ocasiones, las ONG hacen contribuciones vitales a las investigaciones de la KLA. Un médico y activista del Drug Action Forum (DAF), grupo que se dedica a crear conciencia sobre la promoción de medicamentos y las políticas que los regulan, elevó una queja ante la KLA en 2003, en la que alegaba mala praxis en la Contraloría de Medicamentos. Una investigación preliminar reveló una serie de irregularidades. El cometido de la contraloría es garantizar que sólo se vendan medicamentos autorizados de una calidad específica. Se descubrió que muchos fármacos tenían una calidad inferior a la



establecida, pero los resultados de los ensayos clínicos sólo estuvieron disponibles varios meses después y no se había tomado ninguna medida para retirarlos del mercado. Tampoco se había iniciado ninguna acción en contra de las empresas que fabricaban estos medicamentos. De esta manera, había pasado tiempo suficiente para que la totalidad de estos fármacos de calidad inferior se vendiera al público.

Se descubrió que a las empresas que pagaban sobornos se les permitía pasar por alto los estándares y las que se negaban a pagar eran víctimas de hostigamiento. Otras irregularidades incluían la no aplicación de controles de precios y la aceptación de comisiones clandestinas. Dentro de las facultades de la contraloría, estaba también la entrega de licencias y autorizaciones a bancos de sangre, pero la oficina lo hacía sin considerar la aplicación de normas o monitoreo. La investigación reveló que se había presentado una queja sobre un banco de sangre en el distrito de Gulbarga que había proporcionado sangre infectada con el VIH; en respuesta, no se adoptó ningún tipo de medida.

La KLA respondió a estos hallazgos convocando a una reunión de más de 50 funcionarios de la contraloría. En la reunión, se hizo público que cada uno de los inspectores de medicamentos tenía que entregar 20.000 rupias (unos US\$460) cada seis meses al Contralor de Medicamentos, quien luego los entregaba al Ministro de Salud.² Las audiencias estuvieron abiertas a los medios de comunicación, con consecuencias nocivas desde el punto de vista político para los ex ministros que también se habían visto implicados. En un esfuerzo por limitar el daño, la contraloría suspendió a los tres funcionarios que estaban cooperando con la investigación, pero la KLA amenazó con declarar al gobierno en desacato por obstrucción a la justicia si no reintegraba a esos funcionarios y los protegía de mayores hostigamientos.

El informe final de la investigación de la KLA hizo un llamado al gobierno para que suspendiera a los tres principales funcionarios de la contraloría, pero no implicó al Ministro de Salud.³ Los tres funcionarios fueron debidamente suspendidos por comportamiento ilícito y abandono de sus funciones en octubre de 2004.⁴ Las facultades de la Lokayukta tienen limitaciones: no puede despedir a nadie sin autorización del gobierno central o estadual o de un alto funcionario en el mismo departamento del acusado. Por lo tanto, depende de la presión del público, a través de la exposición en los medios de comunicación, para que el gobierno tome cartas en el asunto teniendo en cuenta sus recomendaciones. Aún no está claro si esta presión ha sido suficiente para originar reformas sostenibles en la contraloría.

La participación del DAF en la causa fue instrumental. Existen dificultades obvias para las personas comunes y corrientes que elevan sus quejas ante un organismo judicial como la KLA. El proceso es lento y engorroso y puede parecer intimidante. Es posible que los pacientes carezcan de información sobre sus derechos o estándares sanitarios y teman perder acceso a los servicios si presentan una queja formal. Asimismo, los grupos de presión de expertos como el DAF pueden brindar información detallada necesaria para proceder con una investigación.

Stuart Cameron (Institute of Development Studies, RU)

Notas

1. Este ensayo se extrae de dos artículos de Asha George, "We Need to Fix This Leaky Vessel" y "Small Steps Ahead" publicados en *Humanscape Magazine*, 10(9) 2003 y 10(10) 2003, ▶

respectivamente. Véase www.humanscape.org/Humanscape/new/sept03/weneedto.htm y www.humanscape.org/Humanscape/new/october03/smallsteps.htm/. Los problemas los reveló Anuradha Rao, en “Karnataka Lokayukta: Initiatives in the Public Health Sector: A review”, mimeo, Bangalore: Public Affairs Centre, 2003.

2. *Humanscape Magazine*, 10(10), 2003.

3. *Deccan Herald* (India), 1 de octubre de 2003; *The Hindu* (India), 1 de octubre de 2003.

4. *Deccan Herald* (India), 3 de octubre de 2004. Los funcionarios eran el contralor de medicamentos, Anand Rajashekar, el contralor adjunto de medicamentos, H. Jayaram, y el subcontralor de medicamentos, B. G. Prabhakumar.

Notas

1. Dora Akunyili es directora general de la Agencia para la Administración y el Control de Alimentos y Medicamentos (NAFDAC) de Nigeria. Su mandato de cinco años culminó el mes de abril de 2006. Fue ganadora del Premio de Integridad de TI en 2003.
2. Ijeoma Nnani et al., *Baseline Study to Ascertain the Level and Quality of Unregistered Drugs on the Market* (NAFDAC, 2001).
3. *WHO Drug Information*, 6(2), 1992.
4. OMS (1999) *Counterfeit Drugs. Guidelines for the Development of Measures to Combat Counterfeit Drugs* (Ginebra: OMS, 1999).
5. Ibíd. y D. N. Akunyili, “Understanding the Problem: The African Perspective with Special Emphasis on Nigeria”, Foro Mundial sobre Estrategias Antifalsificación de Productos Farmacéuticos (22 al 25 de septiembre de 2002), Ginebra, Suiza.

6 Corrupción y VIH/sida

Si bien la corrupción que afecta las áreas de prevención y tratamiento del VIH/sida no difiere demasiado de la corrupción que se encuentra en otras áreas del sector salud, el problema se magnifica por el carácter de pandemia de la enfermedad, el estigma que conlleva y los altos costos de los medicamentos para tratarla. La reacción ante el flagelo del VIH/SIDA debe traer consigo mayores fondos para adquirir los medicamentos. Sin embargo, incrementar los presupuestos sin tener en cuenta los mecanismos anticorrupción necesarios para garantizar su uso adecuado genera más oportunidades para la corrupción. Un estudio de caso realizado en Kenia muestra la peor de las situaciones de corrupción y libertinaje en el organismo nacional del sida, organismo orientado a coordinar los programas de prevención. Un análisis del Fondo Global determina que incluir en el diseño de programas a todas las partes interesadas, desde los gobiernos y las ONG a los mismísimos pacientes afectados, podría contribuir a brindar una salvaguardia contra la corrupción.

Vínculo entre corrupción y VIH/sida

Liz Tayler y Clare Dickinson¹

Si bien resulta difícil establecer un vínculo causal entre la corrupción y la propagación del VIH, existen amplios indicios de que la corrupción obstaculiza los esfuerzos por prevenir la infección y tratar a las personas que viven con sida en muchas partes del mundo. Los mecanismos corruptos que afectan la prevención y el tratamiento del VIH/sida no son muy diferentes de los que afectan al sector salud en general: procesos poco claros de adquisiciones, malversación de fondos destinados a gastos de salud, y pagos informales por servicios que se supone deben ser gratuitos. Lo que sí es diferente es la magnitud del problema y la naturaleza de la enfermedad (crónica, a menudo fatal y con frecuencia estigmatizada que sólo se puede combatir con medicamentos costosos). Además, existe la posibilidad de que las personas responsables de combatir la corrupción se encuentren afectadas gravemente por el sida. Estos factores crean vulnerabilidades particulares a la corrupción.

Existen múltiples oportunidades de corrupción en la prevención y tratamiento del sida. En los programas de prevención, tiene lugar cuando se presentan reclamos falsos para actividades de concientización que nunca se realizan o para materiales que nunca se compran. También se produce en programas destinados a aliviar los efectos socioeconómicos de la enfermedad en las víctimas y sus familias, tales como los programas de alimentación o de apoyo financiero escolar. La corrupción también puede contribuir directamente a la infección cuando se desestiman medidas cuyo costo es relativamente bajo, como el uso de agujas esterilizadas y el análisis de las donaciones de sangre, porque los procesos corruptos de adquisición o distribución detienen el suministro de materiales. Subsidiariamente, los trabajadores de la salud pueden utilizar instrumental no esterilizado como fuente adicional de ingresos, extorsionando con pagos ilícitos a los pacientes que exigen instrumental limpio.

Sin embargo, los programas de tratamiento son los más vulnerables. Se puede malversar el dinero de los medicamentos de alto costo en cualquier punto de la cadena de adquisición y distribución. En el extremo más alto se encuentra el robo de los fondos que se asignan para los tratamientos, perpetrado por ministerios y consejos del sida, y el mal uso o adulteración de los medicamentos. En el otro, en el más bajo, están los médicos que piden propinas por los medicamentos, y los pacientes que venden los remedios por ser el único bien valioso que poseen.

La respuesta internacional a la epidemia ha aumentado en los últimos años y existen presiones para gastar grandes sumas de dinero en países que tienen una capacidad limitada para controlar su uso apropiado. El Fondo Monetario Internacional (FMI) informa que los recursos para el VIH/sida alcanzaron los US\$5.000 millones en 2003, y los US\$8.000 millones en 2004. Con tanto dinero en juego y con donantes que insisten en que el desembolso sea la norma métrica para juzgar el éxito de los programas, las naciones receptoras encontrarán la forma de absorber los fondos, legal o ilegalmente. El requerimiento primario para las naciones receptoras parece ser “gastarlo o perderlo”.

El número de personas infectadas con VIH es alto y sigue en aumento. En general, en África Subsahariana, el 7% de las mujeres y el 2% de los hombres de entre 15 y 24 años están infectados.² En Botsuana, Suazilandia y Zimbabue, más del 25% de la población adulta está infectada con VIH. En los países asiáticos, los índices son, por lo general, menores, pero están aumentando rápidamente. No queda claro cuál es el impacto de que exista una gran parte de la comunidad que se enferma y muere.

Algunos han sugerido que la corrupción más extendida podría ser el resultado de la proliferación de medidas a corto plazo, puesto que los infectados buscan por todos los medios posibles seguridad financiera para las familias que van a dejar, y así surgen estructuras informales que satisfacen las vastas necesidades que no pueden satisfacer los sistemas de salud formales.³

La corrupción en el tratamiento del VIH/sida

Un tratamiento farmacológico relativamente eficaz ha cambiado la naturaleza del VIH/sida en Occidente. Cada vez con más frecuencia, se considera una enfermedad con la que las personas pueden convivir. La hospitalización y los índices de mortalidad han disminuido y las drogas antirretrovirales (ARV), si se administran de manera adecuada, ofrecen a las personas con VIH muchos años más de vida productiva, según cuando hayan comenzado el tratamiento.

En África, se estima que las personas viven un promedio de seis años y medio tras ser infectados. Si el tratamiento con ARV comienza en el momento adecuado, la esperanza de vida se duplica o triplica. En la última década, el tratamiento con ARV ha pasado de ser algo que ni las personas de los países desarrollados podían costear a ser un tratamiento que reciben más de 700.000 personas en los países en desarrollo. La OMS se propuso como meta para el año 2005 3 millones de personas en tratamiento, en conformidad con su iniciativa “3 por 5”.

Aun con la masificación y el rápido crecimiento, el tratamiento no está disponible para todos los que lo necesitan. Esto no es diferente de otros servicios de salud en África y el resto de los países en desarrollo, donde muchos quedan excluidos por limitaciones financieras o culturales, o debido a la distancia que deben recorrer hasta los centros de salud. Sin embargo, el acceso a las drogas ARV también agrava estos problemas. Por lo general, la demanda excede la oferta aun cuando hay una política oficial para determinar quién obtiene el tratamiento, con un punto de corte basado en los resultados de los análisis de sangre (el conteo de CD4). Las personas cuyos resultados no son tan malos pueden intentar utilizar incentivos financieros, políticos y de otro tipo para ingresar a los programas de tratamiento. Un nigeriano de 29 años, padre de tres niños, habló en nombre de muchos en todo el continente, en una declaración ante la Cumbre de Jefes de Estado de la Unión Africana en el año 2005: “Las ARV que llegan al centro no se entregan a los que divulgamos nuestro estado, sino a los ‘grandes’ que pagan sobornos, y nosotros quedamos librados a nuestro sufrimiento y tenemos que buscar los medicamentos por otra parte”.⁴

Cuando las ARV se proveen en forma gratuita o a precios muy subvencionadas a través de programas financiados por donantes, es común que se solicite un “pago complementario”. La Red de Personas que Viven con VIH/sida (People Living With HIV/AIDS PLWHA) de Malaui informa sobre situaciones de abuso de los trabajadores en los hospitales que piden favores sexuales, monetarios o materiales a cambio de la medicación y atención adecuadas. Los que se niegan no son atendidos, o bien reciben una atención deficiente. En los casos en los que la PLWHA informa que se ha recibido atención de alta calidad, otros proveedores y pacientes tienen la sospecha de que los que proporcionan ese nivel de atención han recibido sobornos.⁵

Los que ingresan a programas que ofrecen los medicamentos gratis o con considerables subvenciones reciben un bien valioso. Ellos y sus familias también tie-

nen otras necesidades, y muchos deciden compartir o comercializar los medicamentos para satisfacerlas. Las ARV tienen un mercado inmediato. En Tsavo Road, Nairobi, se venden grandes cantidades al día.⁶ Algunas provienen de pacientes, otras se han filtrado de los sistemas de salud y una gran cantidad es adulterada. A menudo, los medicamentos son baratos y hay menos estigmas, problemas o demoras. Algunas personas venden los medicamentos de su propio tratamiento, algunos están inscritos en muchos programas y tienen ARV de sobra, y otros tienen acceso a la cadena de distribución a través de farmacias de centros de salud y hospitales.

La gente compra medicamentos de fuentes informales como Tsavo Road, porque resulta conveniente y es anónimo. El problema es que las ARV son efectivas sólo cuando existe un estricto cumplimiento del protocolo de tratamiento. Comprar las drogas a personas que saben poco acerca de las combinaciones adecuadas, las contraindicaciones o las dosis, y sustituir un medicamento por otro según la disponibilidad, significa que el tratamiento puede resultar poco efectivo y redunde en el desarrollo de una resistencia a las ARV. Además, el producto puede estar vencido o ser falso.

La OMS estima que el mercado mundial de medicamentos adulterados y de calidad inferior representa unos US\$32.000 millones, o alrededor de un 25% de todos los fármacos que se utilizan en los países en desarrollo.⁷ Algunos informes bien documentados de Etiopía,⁸ República Democrática del Congo⁹ y Costa de Marfil¹⁰ indican que el problema puede ser aún mayor y que está en aumento. En virtud de la demanda y el valor, adulterar las ARV es potencialmente más rentable que adulterar otro tipo de medicamentos. La corrupción contribuye a extender el problema cuando las autoridades reguladoras hacen caso omiso a la adulteración, o los funcionarios públicos reciben sobornos para adquirir los productos de proveedores de menor reputación, tal como describe Dora Akunyili (véase “La lucha contra los medicamentos falsificados en Nigeria”, capítulo 5, página 118).

La lucha comprometida de grupos de la sociedad civil y los gobiernos y la competencia de las empresas de medicamentos genéricos y de investigación han sido sumamente efectivas para bajar el precio de las ARV en el mundo en desarrollo, lo que se ha traducido en un sistema de precios diferenciales entre los países de la OCDE y los países en desarrollo. Un mes de suministro de Combivir de Glaxo SmithKline, por ejemplo, cuesta unos US\$610 en Inglaterra y US\$20 en Uganda, Tanzania y Kenia. La ganancia potencial de la reimportación o el contrabando es enorme para los proveedores de los países en desarrollo y los vendedores de medicamentos en los países desarrollados. Sin embargo, resulta controvertido el tema de en qué medida se puede considerar la situación verdaderamente problemática, y se ha aducido que los países farmacéuticos exageran la magnitud del problema para disminuir la presión de los precios diferenciales.¹¹

La competencia en el suministro de ARV no ha detenido la corrupción en los procesos nacionales de adquisición. Por ejemplo, el gobierno rumano ha iniciado

una investigación luego de que el embajador estadounidense Michael Guest sostuviera que las ARV se vendían a precios un 50% más alto que en Estados Unidos y que el ministro de Salud estaba involucrado en tratos corruptos con los proveedores del medicamento. Un organismo fiscalizador del gobierno informó, en abril de 2003, que el ministro había hecho caso omiso de un acuerdo con GlaxoSmithKline para reducir el precio de las ARV hasta en un 87%¹² y había rechazado contratos de importación del medicamento con empresas extranjeras y, en cambio, los había otorgado a cuatro empresas locales. Así los impuestos y las comisiones aplicados llegaban a casi el 55% del valor del medicamento.

Programas nacionales: nuevos enfoques y funciones

Donde los sistemas son débiles y la corrupción endémica, es difícil separar esta última de la mala administración y de las fallas del sistema como la causa fundamental de respuestas deficientes para el VIH/sida. El programa de ARV de Nigeria fue objeto de muchas críticas durante 2003, cuando los centros de tratamiento comenzaron a entregar medicinas caducadas y a rechazar a pacientes.¹³ Sin embargo, no está claro todavía si la causa principal fue la corrupción o un deficiente servicio de adquisición, suministro y provisión de medicamentos, incapaz de responder a las demandas que había impuesto el rápido crecimiento del programa.

Los recientes enfoques han incorporado a nuevos actores y sectores que tradicionalmente no formaban parte de los programas de salud, como los sectores de educación, seguridad, agricultura y servicio social. Se han establecido comisiones nacionales de sida para coordinar la respuesta en muchos países. Sin embargo, por lo general, se las considera como construcciones de los donantes, por lo que es variable la medida en que son asimiladas dentro de los sistemas nacionales de gobernabilidad. Kenia presenta un ejemplo del peor de los casos: su organismo quedó desacreditado cuando se descubrió que el personal gerencial se había pagado sueldos y gratificaciones elevados (véase “Corrupción en el Consejo Nacional para el Control del sida en Kenia”, página 135).

En Zimbabue, el gobierno ha impuesto un gravamen para el sida desde el año 2000, por el cual los empleados contribuyen con el 3% de sus sueldos brutos a un fondo administrado por el Consejo Nacional del Sida (National AIDS Council - NAC). Se estima que el gobierno reúne unos US\$20 millones al año a través de este mecanismo, pero nunca se ha publicado información alguna sobre cómo se utiliza el fondo ni quiénes se benefician de él. En marzo de 2005, el ministro de Salud ordenó una auditoria del NAC, pero todavía no se conocen los resultados.

Las organizaciones de la sociedad civil (OSC) son vistas, cada vez con más frecuencia, como importantes prestadores de servicios, y reciben beneficios sustanciales para dedicarse a esa labor, pero son muy altos los costos de transacción de procesar y supervisar las solicitudes de las OSC. Uno de los riesgos latentes se refiere a que los directores de las OSC puedan aspirar los fondos. Por ejemplo, el director

y personal gerencial de la Red Nacional de Personas que Viven con VIH/Sida de Zimbabwe fueron suspendidos luego de que se les acusara de corrupción.¹⁴ La red recibió más de US\$1,8 millones del NAC entre 2003 y 2004.

La respuesta internacional: más dinero

Las sumas que ahora se desembolsan para combatir el VIH/sida son enormes comparadas con los presupuestos existentes en muchos países.¹⁵ En Etiopía, Liberia y Malaui, el dinero asignado por asociaciones internacionales de salud tales como el Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria representa más del doble del presupuesto de salud. También resultan considerables los fondos del Banco Mundial y del Plan Presidencial de Emergencia para el Alivio del Sida (President's Emergency Project for AIDS Relief - PEPFAR) de Estados Unidos.

Si bien la necesidad de dinero es indiscutible, los sistemas para utilizar estos fondos de manera adecuada no están muy desarrollados. El hecho de que se evalúe el rendimiento de una subvención o préstamo en términos de cuán rápido se desembolsa, incentiva tanto a donantes como a receptores a distribuir el dinero descuidadamente. Para los funcionarios corruptos, los presupuestos de rápida expansión ofrecen una mayor oportunidad de extraer fondos sin que nadie lo note. Esto es especialmente cierto cuando son frágiles los sistemas de salud, cuando hay una falta de control y supervisión, y cuando se ve limitada la capacidad de canalizar el dinero de manera efectiva.

Más allá del riesgo inmediato de que el dinero sea despilfarrado por la corrupción, algunos observadores como Stephen Knack¹⁶ sugieren que la ayuda para el desarrollo puede reducir la calidad de la gobernabilidad en los países receptores. Los donantes pueden establecer sistemas paralelos para evitar el riesgo de la corrupción, pero esto significa quitar talento y capacidad al sistema gubernamental oficial, con el efecto concomitante de que los gobiernos y los funcionarios respondan más a los donantes que a sus propios electores. El PEPFAR es un ejemplo de un método que combina un imperativo político de gastar dinero rápidamente dentro de estrechas restricciones políticas.

En un intento por evitar esto, algunos donantes, en gran parte europeos, pero también el Fondo Global (véase la página 138), están apostando al apoyo presupuestario poniendo esencialmente su dinero a través de canales gubernamentales. Si bien reconocen el riesgo fiduciario, creen que los beneficios (mayor eficiencia, legitimidad en el enfoque de la gestión financiera pública y apoyo a la responsabilidad nacional) superan las desventajas en muchos países.

¿Se puede hacer más para reducir la corrupción?

Tal como sucede con los intentos de combatir la corrupción en el sector salud a nivel general, se deben mejorar los términos y condiciones de los trabajadores, a

la vez que se deben introducir mecanismos para aumentar su responsabilización para con las comunidades a las que sirven. Sin embargo, aunque es necesario incrementar los sueldos de los trabajadores de la salud y de los funcionarios públicos, esta medida no es suficiente para limitar la corrupción, como lo demuestra la experiencia de Nigeria durante el año 2000. Asimismo, reducir al mínimo las oportunidades de corrupción sin brindar otra fuente de ingresos puede inducir a los trabajadores a darse por vencidos, lo que deriva en un aumento de la crisis de recursos humanos en el sector salud.

Incrementar la transparencia es vital en los servicios sanitarios. El público debe ser más consciente de los criterios de idoneidad de los programas de ARV, que, idealmente, deben ser más coherentes a nivel nacional e internacional. El público necesita saber qué tiene que pagar y qué va a recibir. Las cantidades y los valores de las drogas suministradas en cada estrato del sistema deben ser de dominio público, y los trabajadores de la salud deberían tener la obligación de responder por ellos. También es necesario un mecanismo por medio del cual las personas puedan presentar reclamos sin sentir temor a la represalias.

Las empresas farmacéuticas también deben empezar a actuar. A fin de reducir al mínimo el riesgo de que se reimporten medicamentos de los países en desarrollo, GlaxoSmithKline está cambiando la marca y el color de las ARV que se venden allí. Otro método consiste en desarrollar diferentes marcas y envases para los productos destinados a ser usados en estos países.

La UE utiliza un sistema de registro, mediante el cual los productos reciben un número y código de barras que pueden ser detectados por los agentes aduaneros o los vendedores de medicamentos en caso de ser reimportados. El estricto control de las ventas farmacéuticas constituye un importante factor para disuadir la reimportación a Estados Unidos y Europa y, por esa razón, debe mantenerse. Sin embargo, la implementación de un reciente acuerdo de la Organización Mundial del Comercio (OMC) respecto de licencias obligatorias y exportación e importación de variedades genéricas de medicamentos puede restringir la disponibilidad de las variedades genéricas menos costosas, con lo que se podría extender el espectro de la corrupción burocrática.

Los donantes desempeñan una función importante en cuanto a reducir la corrupción, papel que no se limita a los programas de tratamiento o prevención del VIH/sida. Sin embargo, en vista de los numerosos recursos que se obtienen para programas relacionados con esta enfermedad, se ha creado un nuevo paradigma que distorsiona la relación donante-receptor. Lo que las naciones ricas ven como un suministro de fondos para comprar medicamentos para el sida, muchas naciones pobres lo ven como una posibilidad de obtener dinero en el mercado de la calle.

Los donantes necesitan encontrar el punto neurálgico para reducir la corrupción. Un paso para lograr que los gobiernos receptores sean más transparentes sería que los donantes fueran abiertos y explícitos respecto de qué entregan, cuándo y

a quién. Este requisito está incluido en las recomendaciones internacionales, pero la realidad se aleja bastante de lo ideal. Los donantes deben asegurar que se está utilizando la ayuda de acuerdo con lineamientos aceptables para el proceso de adquisición, y también deben trabajar conjuntamente con las empresas farmacéuticas para promover y asegurar un comportamiento responsable.

En última instancia, es responsabilidad de los gobiernos nacionales abordar el tema de la corrupción. En virtud de la sensibilidad asociada a la acción internacional, la presión regional puede resultar más apropiada; en África, el sistema de revisión entre los propios países africanos, denominado Nueva Alianza para el Desarrollo de África (New Partnership for African Development - NEPAD), podría convertirse en una herramienta importante. Los ministros de Finanzas y Salud controlan las divisas que se utilizan para comprar medicamentos y deben ser conscientes de los efectos a largo plazo de su uso indebido. Cuando los medicamentos no son los mejores o no se distribuyen de manera adecuada, se acelera el inicio de la farmacoresistencia, lo que redundará en una mayor carga para los enfermos crónicos. El costo del tratamiento médico será mucho mayor que el precio de los medicamentos legítimos en primera instancia.

El VIH/sida va a ser un problema de envergadura por lo menos en las próximas dos décadas. No se deben desestimar la experiencia recabada en otras áreas de desarrollo y la necesidad de transparencia y sólida responsabilización nacional si se elaboran métodos efectivos para enfrentar la enfermedad.

Notas

1. Liz Tayler es médica del sector de salud pública del Reino Unido, y ha trabajado durante años como asesora de salud del Departamento para el Desarrollo Internacional de Nigeria, antes de incorporarse al Instituto HLSP como asesora. Clare Dickinson es especialista en VIH/sida en el Instituto HLSP y trabajó anteriormente en Indonesia en un proyecto de políticas de salud del Ministerio de Salud de ese país.
2. ONUSIDA, Informe de situación 2004, www.unaids.org/wad2004/EPI_1204_pdf_en/Chapter3_subsaharan_africa_en.pdf/.
3. Alex de Waal, "HIV and the Security Threat to Africa". Datos presentados ante el panel avanzado del Foro sobre Amenazas y Desafíos de Seguridad, Justice Africa, mayo de 2004.
4. Declaración de una OSC en el marco de la Cuarta Cumbre de Jefes de Estado de la Unión Africana, enero de 2005, Nigeria.
5. Red de Personas que Viven con VIH/Sida de Malaui (Manet), "Voices for Equality and Dignity: Qualitative Research on Stigma and Discrimination Issues as they Affect PLWHA in Malawi", julio de 2003, www.synergyaids.com/documents/Malawi-MANET.pdf/.
6. *The Nation* (Kenia), 22 de enero de 2004.
7. "Fake and Counterfeit Drugs", Ficha descriptiva de la OMS N° 275, noviembre de 2003.
8. www.addistribune.com/Archives/2003/10/10-10-03/Black.htm/.
9. www.essentialdrugs.org/edrug/archive/200402/msg00028.php/.
10. www.essentialdrugs.org/edrug/archive/200401/msg00004.php/.
11. *Financial Times* (Gran Bretaña), 23 de mayo de 2005.
12. Agence France-Presse (Francia), 22 de abril de 2003.
13. Associated Press, 4 de febrero de 2004.

14. *The Chronicle* (Zimbabue), 3 de febrero de 2004, 23 de abril de 2004 y 19 de julio de 2004.
15. En 2001, se invirtieron US\$2.100 millones en programas de VIH y sida; en tres años, esta cifra casi se triplicó hasta alcanzar los US\$6.100 millones, con la expectativa de que las necesidades se triplicarían nuevamente para el año 2008. Véase "Resource Needs for an Expanded Response to HIV/AIDS in Lower and Middle Income Countries" (ONUSIDA, 2005).
16. Stephen Knack, *Aid Dependence and the Quality of Governance: A Cross-Country Analysis* (Washington DC: Banco Mundial, 2001).

Corrupción en el Consejo Nacional para el Control del Sida en Kenia

Kipkoech Tanui y Nixon Ng'ang'a¹

El VIH/sida es uno de los mayores problemas que enfrenta el sector salud en Kenia; por ese motivo, la enfermedad fue declarada catástrofe nacional en 1999. Ese mismo año, poco después, se estableció el Consejo Nacional para el Control del Sida (National AIDS Control Council - NACC) con el objeto de coordinar las tareas de prevención y control de la enfermedad. Su cometido se tornó aún más esencial cuando el actual gobierno, dentro de su plan de desarrollo para el período comprendido entre los años 2003 y 2007, planteó como tema esencial la meta de alcanzar un 90% de conciencia de la enfermedad y sus efectos en la sociedad.

Se facultó al NACC para controlar los fondos reunidos en el marco del Proyecto de Respuesta a la Emergencia del VIH/sida en Kenia (Kenya HIV/AIDS Disaster Response Project - KHADREP), financiado por el Banco Mundial, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y organismos de desarrollo del

Recuadro 6.1. ¿Quién es responsable en momentos de crisis? Corrupción y el Fondo Global

El Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria se fundó en enero de 2002. En esos momentos, las tentativas internacionales no lograban reducir la tasa de mortalidad de 6 millones de personas al año por enfermedades que en los países ricos se pueden controlar o curar sin problemas. Su fundación coincidió con la creciente preocupación de que la existencia de actos corruptos mermaba el impacto que podía tener la ayuda para el desarrollo.

El cometido del Fondo Global era bastante simple: proveer una masiva inyección de fondos para tentativas orientadas a combatir estas tres enfermedades en los países en desarrollo. Su función se limitaría más bien a dar financiamiento en lugar de, tal como ha sido el caso habitual de la ayuda para el desarrollo, combinar financiamiento y apoyo técnico para preparar e implementar programas. Este mo-



delo se originó luego de reconocer que existían capacidades suficientes a nivel local para incrementar las intervenciones de control de enfermedades si se contaba con suficientes fondos. No se establecerían oficinas nacionales y, en cambio, se crearía el Fondo Global con un reducido cuerpo directivo, apoyado por una pequeña secretaría en Ginebra.¹

A la fecha, el Fondo Global ha aprobado propuestas por casi US\$3.500 millones para combatir las tres enfermedades en casi 130 países. Durante los primeros tres años de vida de la organización, se desembolsaron más de US\$1.410 millones en forma de subvenciones, y las cifras han ido en rápido aumento. Los países a los que se está dando financiamiento se cuentan entre los más corruptos del mundo: de los 25 países peor clasificados en el Índice de Percepción de la Corrupción 2004 de Transparency International, 23 han recibido dinero del Fondo Global.²

Al trabajar en países donde la corrupción tiene carácter endémico y bajo la presión de hacerlo rápido, el enfoque del Fondo Global ha sido incluir a personas del gobierno, de la sociedad civil, del sector privado, de la ONU y de organismos donantes, y a todas las personas afectadas por las enfermedades, en mecanismos de coordinación nacional que tienen la responsabilidad de presentar propuestas y fiscalizar el uso de los fondos. La idea es que las diferentes partes interesadas presionen a sus pares para promover una implementación más eficaz y reducir la probabilidad de que desaparezca el dinero.

No obstante, a la fecha, la experiencia con este enfoque para garantizar la rendición de cuentas ha sido mixta.³ En Armenia, Camboya, Ghana y Ruanda, las organizaciones nacionales han asumido un papel más activo para fiscalizar la implementación, creando incluso herramientas de control y procedimientos operativos. En otros países, empero, han sido absorbidas por una sola fuente (por lo general, el gobierno) en especial en Europa Oriental y Asia Central, han sucumbido ante las agendas políticas competitivas o simplemente no se han reunido con bastante frecuencia como para garantizar un papel fiscalizador satisfactorio.

Un segundo aspecto del sistema de rendición de cuentas del Fondo Global se refiere a que el financiamiento continuo depende del desempeño. Los recursos se proporcionan como anticipos y, por lo general, los requisitos en materia de informes financieros son bastante eficientes. Con todo, la declaración de gastos debe ir vinculada al control y evaluación de programas, poniendo el énfasis, no en el insumo (si se adquirió una computadora o si llegó a puerto un envío de medicamentos, por ejemplo), sino en el producto (si los fondos se utilizaron para incrementar las intervenciones frente al sida, la tuberculosis o la malaria). Si se producen gastos sin resultados demostrables, esto debe servir inmediatamente como luz de alerta de que la corrupción puede estar desviando recursos de sus propósitos originales. Así, el Agente Local del Fondo (ALF)⁴ puede prestar mayor atención a los antecedentes financieros del destinatario del financiamiento.

Sin embargo, los ALF están más familiarizados con los datos financieros que con los resultados en el área de la salud, y no siempre han abordado satisfactoriamente esta debilidad incorporando expertos externos. Para empeorar el problema, el sistema de contrataciones no garantiza de manera sistemática que un ALF que trabaje en un país con un alto índice de corrupción cuente con mayores recursos a su disposición que uno que trabaje en un país con sólidos sistemas de rendición de cuentas. El Fondo Global ha rescindido contratos de subvenciones debido a actos de corrupción en



dos países: Ucrania y Uganda. En ambos casos, la corrupción se detectó como resultado de una combinación del trabajo del ALF y de entidades asociadas en el país.

Una tercera innovación del Fondo Global es su transparencia. El Fondo informa las fechas y los montos de todos sus egresos en su sitio web y en cada una de sus publicaciones. Lo ideal sería que el gobierno y las entidades no gubernamentales asociadas que tengan intereses en el programa utilizaran esta información para asegurar que no se desvíen los recursos.

Con todo, hay preocupación de que esta visión esté perdiendo parte de su claridad, en la medida en que la secretaría del Fondo Global crece y lentamente asume mayores responsabilidades para hacer el trabajo que, en un principio, se esperaba que sus socios pudieran realizar. Esta situación se ha originado tanto porque la nueva organización siente la presión de probarse a sí misma como porque las entidades asociadas han tendido a ver el Fondo Global como otro organismo externo al que recurrir para financiar sus propios proyectos, en lugar de una entidad que simplemente proporciona recursos adicionales a una respuesta nacional que todas las partes apoyarían.

En virtud de la corta trayectoria del Fondo Global, es difícil evaluar de manera objetiva en qué medida están funcionando adecuadamente estos diversos mecanismos de rendición de cuentas y transparencia. A favor de la organización se puede decir que ha estado dispuesta a modificar sus procesos cuando surgieron de preocupaciones por la corrupción; por ejemplo, a mediados del año 2005, decidió establecer una Oficina del Inspector General para abordar supuestos casos de fraude y abuso. También ha comenzado a introducir principios de gestión del riesgo en sus operaciones, tanto para asignar adecuadamente recursos de personal como para adaptar procedimientos y respuestas a los diversos contextos.

Toby Kasper⁵

Notas

1. De los 19 miembros de la junta directiva, 14 corresponden a gobiernos nacionales o grupos regionales, por lo general representados por Ministerios de Salud, comités de VIH/sida y Ministerios de Cooperación para el Desarrollo. Tres de sus miembros son organizaciones no gubernamentales y dos son del sector privado. Dos de los miembros de las ONG eran de organizaciones de países en desarrollo, mientras que los 14 representantes gubernamentales provenían en proporciones iguales de países desarrollados y países en desarrollo.
2. Transparency International, *Informe global de la corrupción 2004*, disponible en www.transparency.org/cpi/2004/cpi2004.en.html#cp2004/.
3. Véase www.theglobalfund.org/en/apply/mechanisms/casestudies/default.asp/.
4. La Secretaría del Fondo Global no cuenta con oficinas aparte de la de Ginebra, por lo que contrata a empresas independientes para evaluar la capacidad de los principales destinatarios de los fondos para manejar el gran volumen de recursos y controlar la implementación. Los ALF son generalmente empresas contables (en especial PricewaterhouseCoopers y KPMG), seleccionadas a través de un proceso de licitación competitiva.
5. El autor trabajó en el Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria desde agosto de 2002 hasta marzo de 2004, en principio a cargo de la administración de una cartera de países y luego como gerente de políticas.

Reino Unido y Estados Unidos. En el año fiscal comprendido entre 2004 y 2005, el NACC recibió una asignación de casi 4.000 millones de chelines de Kenia (unos US\$41 millones). La parte más importante de su presupuesto se canaliza hacia las organizaciones comunitarias. Sostiene haber dirigido 1.800 millones de chelines de Kenia (US\$24 millones) a organizaciones comunitarias durante el período 2000-2003.

El NACC está en la órbita de la Presidencia. Sin embargo, su entorno más natural sería el Ministerio de Salud, que también recibe grandes sumas de dinero provenientes de financiamiento bilateral y dirige el Programa Nacional de Control del SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual (National AIDS and STD Control Programme - NASCOP). La decisión de utilizar la Presidencia como sede del NACC se adoptó ostensiblemente por el deseo del gobierno de controlar el cuantioso presupuesto que maneja. No obstante, los antecedentes de la Presidencia contradicen la sabiduría de esta decisión. Esta entidad ha sido el punto neurálgico de algunos de los actos de corrupción más ofensivos de Kenia, a menudo perpetrados por funcionarios con excelentes conexiones que han demostrado ser casi intocables para la justicia.

En abril de 2003, la Presidencia se vio envuelta en un escándalo cuando se reveló que la directora del NACC, Margaret Gachara, había estado recibiendo un sueldo siete veces mayor que el que tendría que haber percibido en su calidad de funcionaria pública superior. Había negociado su salario sobre la base de una carta fraudulenta de su anterior empleador donde se exageraban los ingresos que percibía allí. Una vez en ejercicio, aumentó su sueldo incluso más allá del monto ya inflado que se le había ofrecido. En agosto de 2003, se le ordenó rembolsar US\$340.000 al NACC.

Los temores de que los actos corruptos no quedaran sólo en su alto sueldo se confirmaron en abril de 2005, cuando un informe de la Unidad de Control de la Eficiencia (Efficiency Monitoring Unit - EMU), también dependiente de la Presidencia, reveló que funcionarios públicos de alto nivel durante años habían utilizado el NACC como su “vaca lechera” personal. Ha habido una serie de señales previas de advertencia. Una auditoría interna realizada en el mes de junio de 2002 descubrió irregularidades en los procedimientos de adquisiciones. Asimismo, en junio de 2003, el Fondo Global de Lucha contra el VIH/Sida, la Tuberculosis y la Malaria retuvo una subvención de US\$15 millones para proyectos relacionados con el sida hasta que el gobierno abordara el tema de la corrupción en el NACC.

El informe de 300 páginas de la EMU reveló que Kenia no podía dar cuenta de 3.640 millones de chelines (US\$48 millones) donados por el Reino Unido durante cinco años desde 2001. Señaló una cifra de más de 37,3 millones (US\$490.000) en el monto utilizado por los empleados del NACC para pagarse sueldos inflados y gastos fraudulentos, como el pago de cuentas privadas de agua, electricidad, teléfono y seguros de hogar. El monto mayor correspondía al

dinero que malversó Gachara, pero hubo otras personas involucradas, entre ellos ocho secretarios permanentes o sus representantes y Mohammed Abdallah, presidente del NACC, acusado de malversación de fondos y posteriormente absuelto por “falta de pruebas”.

Aun cuando hubo casos en que el dinero proveniente del NACC efectivamente llegó a las organizaciones comunitarias a las que se pretendía apoyar, el informe respecto a su uso fue concluyente. La EMU descubrió que, en un análisis parcial de las organizaciones comunitarias que reciben fondos del NACC, al menos la mitad del dinero asignado se ha desperdiciado.

Los investigadores examinaron tres de las diez ONG nacionales financiadas por el NACC y varias organizaciones a nivel de provincia, distrito y circunscripción. Descubrieron que habían robado descaradamente el dinero del Consejo que se asignaba a proyectos con fines supuestamente nobles que resultaron ser falsos. Los peores casos correspondían a organizaciones ficticias creadas deliberadamente para lucrar con la oportunidad caída del cielo que brindaba el NACC. El mismo Consejo había tomado medidas enérgicas en contra de las llamadas ONG “de male-tín” mencionadas en el informe, entre ellas el Centro Infantil Neema de Nairobi. El NACC otorgó a Neema fondos por US\$14.000 de una subvención del Banco Mundial para financiar el trabajo de organizaciones de base para controlar el VIH/sida. Este centro se cerró a mediados de 2003, luego de que los inspectores no pudieran encontrar siquiera un trabajador de la entidad o un huérfano que se hubiese beneficiado con dicho centro infantil.

Casi todas las Unidades de Control del SIDA (UCS), formadas en cada uno de los ministerios a fin de sensibilizar al personal frente a la enfermedad, malgastaron el dinero que se les asignó. Las subvenciones se gastaron en seminarios innecesarios, que generalmente incluían a los mismos participantes. Por ejemplo, de los US\$205.000 entregados al Ministerio de Agricultura, más del 75% se utilizó en el pago de alojamiento, viáticos y pagos para participar en numerosos eventos orientados a crear conciencia de la enfermedad, de acuerdo con lo señalado por el informe de la EMU. No se rindió cuentas de casi un tercio del monto utilizado y se supone que ese dinero se perdió.

Otros casos similares salieron a la luz luego de que se investigaran las tres ONG nacionales. Par Aid, organización ubicada en Eldoret y que gozaba de buenos contactos, recibió US\$100.000 por una propuesta para estudiar la eficacia de un medicamento a base de hierbas en el tratamiento de la infección del VIH/sida. El Presidente del Comité Institucional de Investigación y Ética del Hospital-Es-cuela Moi, que pertenece a la Universidad Moi, retiró una carta que aprobaba el proyecto debido a su preocupación por que Par Aid no demostraba seriedad en el estudio, pero su decisión se revocó rápidamente sin que el director del hospital diera ningún tipo de explicación. El estudio siguió adelante. El informe de la EMU reveló que la mayor parte del dinero se utilizó en viajes para ir a buscar el medicamento o en combustible. El medicamento que se debería haber utilizado

en ensayos clínicos gratuitos se vendió a pacientes desesperados, lo que llevó a la EMU a concluir que Par Aid estaba realizando un negocio muy lucrativo con los fondos del NACC.

La corrupción en el caso del Foro de Prevención del SIDA de Kenia (AIDS Prevention Forum of Kenya - APFK) es incluso más flagrante. También con US\$100.000 en fondos del NACC en el bolsillo, sus directores parecen haberse dado la gran vida, so pretexto de organizar seminarios y talleres.

La EMU advirtió que la organización declaró haber utilizado US\$16.000 en el alojamiento de alumnos que asistieron a un seminario en el Hotel Chania Tourist. Las escuelas que supuestamente habían participado negaron tener conocimiento de la actividad y afirmaron que algunos de los alumnos que habrían asistido al seminario ni siquiera existían. De igual manera, los hoteles impugnaron varios asientos contables manifestando que se les había pagado una suma considerablemente menor o no se habían dictado esos seminarios. Por ejemplo, el Hotel Big Five en Homa Bay, que supuestamente había alojado a 150 estudiantes con un costo de US\$6.200, tiene sólo 12 habitaciones y negó directamente haber recibido al grupo.

Varios de los directores del APFK eran, al mismo tiempo, directores de la tercera ONG investigada, Tecnologías y Acción para el Desarrollo Integrado (Technologies and Action for Integrated Development - Techno Aid), donde se descubrieron prácticas similares. Techno Aid sostuvo que había organizado seminarios y talleres para las mismas personas que el APFK, había consultado expertos académicos que negaron haber trabajado para la ONG y había pagado altísimas cuentas a hoteles inexistentes. Tanto Techno Aid como el APFK presentaron comprobantes por la compra de artículos de escritorio a la librería de la Universidad de Nairobi, que los desconoció y los calificó de falsos.

El informe señala que la culpa recae en la implementación descuidada de las propias normas de financiamiento del NACC y, en el peor de los casos, en la convivencia directa entre las ONG fraudulentas y el personal del Consejo. En algunos casos, este siguió financiando a las organizaciones aun cuando sus propios funcionarios habían expresado preocupación por la contabilidad de anteriores asignaciones de fondos.

En casos aislados, los montos pueden parecer triviales, en especial cuando se juxtaponen con las enormes sumas de dinero que atrae el VIH/sida. Sin embargo, si se consideran los montos consolidados y si hubieran sido usados en programas de prevención efectiva, drogas antirretrovirales (ARV) que prolongan la vida, o actividades para generar ingresos para las personas afectadas e infectadas, las sumas son significativas.

La lucha contra el VIH/sida en Kenia atrae mucho dinero. El Fondo Global ha prometido US\$129 millones en cinco años, mientras que Estados Unidos ha hecho lo suyo con US\$115 millones. Otros donantes que han respondido al llamado de Kenia de mayor financiamiento incluyen el Programa Conjunto de las Naciones

Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA, US\$15 millones) para iniciativas orientadas a mitigar la enfermedad, y el Banco Mundial (unos US\$658.000, además de una subvención de US\$4 millones otorgada en el año 2004). El grueso de estos fondos va al NASCOP, que también está bajo sospecha de actos de corrupción, por no poder demostrar resultados acordes a su presupuesto. Si no hubo fugas de dinero o ineficacias en el uso de los fondos del NASCOP, estos deberían ser suficientes para proveer de drogas ARV a 200.000 de los 1,4 millones de kenianos que se estima que están infectados con el VIH. Las cifras reales son escandalosamente pequeñas. Hacia el mes de noviembre de 2004, se informó sólo de 24.000 personas que estaban en tratamiento con drogas ARV.

La EMU depende de Presidencia y se creó en respuesta a la presión de los donantes por detener la corrupción en las instituciones que apoyan. Todos los organismos estatales pueden ser investigados por la unidad, pero debido a sus escasos recursos (sólo cuenta con 50 personas), opta por examinar los que presentan presupuestos considerables, con frecuencia luego de haber oído rumores de irregularidades. La EMU cuenta con la reputación de realizar investigaciones minuciosas e imparciales. Su informe “Auditoría de la Administración Financiera del Consejo Nacional de Control del SIDA (NACC) en la Presidencia” constituye la culminación de una investigación de dos años.

La EMU ha recurrido a la Comisión Anticorrupción para investigar todos los casos de fraude y abuso de poder mencionados en el informe. Gachara, la ex directora del NACC, fue condenada en agosto de 2004 a una pena de prisión de un año por tres cargos de fraude y abuso de poder. Se le concedió un indulto presidencial en diciembre de 2004, junto con 7.000 autores de delitos menores que habían sustraído dinero de diversas oficinas gubernamentales. Su liberación fue condenada públicamente.

En respuesta al informe, el NACC sostiene haber contratado a auditores para examinar las cuentas de las ONG que financia. Señala que liberará fondos en cuotas, a condición de que se compruebe que la anterior asignación se utilizó adecuadamente. Ordenó que 20 ONG devolvieran el dinero que se malversó o, de lo contrario, enfrentarían todo el rigor de la ley. Hasta el año 2005, ninguna de ellas había devuelto el dinero ni ninguna había sido llevada ante los tribunales.

En respuesta a los escándalos, también se ha reforzado la función de los consejos de control del SIDA a nivel de circunscripción. Éstos ya habían tenido una mayor intervención para resolver las inquietudes del Fondo Global y ahora tienen la responsabilidad de controlar en qué se gasta el dinero del NACC. Muchos parlamentarios, que patrocinan los consejos de sus respectivas circunscripciones, han recibido con beneplácito las iniciativas en esta dirección y algunos han exigido la disolución del NACC en favor de los comités de gestión del sida a nivel de circunscripción y mencionan las decisiones tendenciosas del NACC respecto de qué ONG financiar. No obstante, también es cuestionable si esta alternativa contribuirá a frenar la corrupción. Los grupos de la sociedad civil y los medios han dirigido acu-

saciones de favoritismo en los nombramientos de los consejos de circunscripción y en sus decisiones respecto del desembolso de fondos.

Nota

1. Kipkoech Tanui es director editorial adjunto y Nixon Ng'ang'a es periodista de *The Standard*, Kenia.

Parte dos Informes de país

Página en blanco a propósito

7 Lecciones aprendidas de las campañas anticorrupción

Cobus de Swardt¹

El año 2005 fue testigo de la divulgación de dramáticos escándalos de corrupción, entre ellos, la destitución del vicepresidente sudafricano tras ser acusado de corrupción, las investigaciones a los jefes de Estado o ex líderes políticos en Israel y Costa Rica y grandes juicios por corrupción en Francia, Nepal y Venezuela. Ningún país es inmune al soborno. Incluso los países que suelen estar clasificados entre los 10 mejores en el Índice de Percepción de la Corrupción de Transparency International experimentan problemas de responsabilización. La corrupción afecta a todos los sectores de la sociedad, desde la construcción, la educación y la policía, hasta el Parlamento, el Poder Judicial y la Iglesia. La corrupción continúa siendo un obstáculo para la inversión. Impide la administración efectiva de los ingresos generados por los recursos naturales y puede llevar a la malversación de fondos destinados a labores de socorro en caso de catástrofes naturales.

Sin embargo, no todas son malas noticias. Estos escándalos destacan el papel cada vez más importante de la sociedad civil y los medios de comunicación para fiscalizar los fondos públicos y exigir que los funcionarios respondan por sus actos. La corrupción ya no es un tabú en algunos países, y los medios han desempeñado un papel clave para sacar a la luz casos de corrupción. La sociedad civil está desarrollando nuevas formas de colaborar con los gobiernos reformistas.

La corrupción y los nuevos gobiernos

En muchos países se ha visto un cambio sorprendente, motivado por las preocupaciones respecto de la corrupción. En América Latina, por ejemplo, dos presidentes se vieron obligados a dejar el poder por hechos que se percibían relacionados con la corrupción: la independencia del Poder Judicial en Ecuador y el conflicto de intereses en el sector del petróleo y gas de Bolivia.

La presión internacional a menudo es el motor para el cambio. En América Latina, el Mecanismo de Seguimiento de la Convención Interamericana contra la Corrupción de la Organización de Estados Americanos (OEA) representa una valiosa oportunidad para que grupos independientes evalúen iniciativas relacionadas con la corrupción.

Las reformas a nivel nacional

La reforma del Poder Judicial constituye una de las medidas contra la corrupción más poderosas. En Brasil, las reformas recientes se han centrado en el aumento de la transparencia en la que ya era de por sí una institución muy independiente. Otros países, incluidos Ecuador y Venezuela, han visto una inversión de esta tendencia: la capacidad del Poder Judicial para combatir casos de corrupción se ha cuestionado seriamente en estos Estados.

Se ha demostrado un notable progreso en la adopción de reformas en otras áreas, entre otras la formulación, aprobación e implementación de leyes que constituyen el motor de los esfuerzos para combatir la corrupción. Los ejemplos del *Informe global de la corrupción 2006* incluyen:

- Aumentar la transparencia en los procesos de compras públicas.
- Reducir la corrupción en la política.
- Aumentar el acceso a la información.
- Asegurar la independencia y la transparencia del Poder Judicial.
- Mejorar la integridad del sector público a través de códigos de conducta y normas sobre conflictos de intereses.
- Proteger a los denunciantes.
- Mejorar la transparencia de los servicios financieros.

Adhesión a convenciones internacionales

Otra tendencia positiva es la creciente atención que dan los gobiernos a ratificar las convenciones contra la corrupción. Cada informe de país indica qué convenciones ha firmado y ratificado.

La Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción, firmada en México en diciembre de 2003, ya ha obtenido el mínimo de 30 ratificaciones necesarias y entró en vigor en diciembre de 2005. Todos los países de la OCDE han ratificado la Convención Antisoborno de 1997, que convierte a los sobornos en el extranjero en delito para las empresas en su país de origen, pero su cumplimiento ha sido débil en muchas naciones. Otro problema es el sorprendentemente bajo nivel de conocimiento sobre esta Convención en la comunidad empresarial.

Reducción de la pobreza mediante el combate de la corrupción

Existe cada vez más consenso de que alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) —reducir a la mitad el número de personas que vive en la extrema pobreza para el año 2015— depende de la lucha contra la corrupción. La pobreza y la corrupción están claramente relacionadas: la corrupción lleva a la pobreza cuando el dinero para cubrir necesidades básicas como la salud y la educación termina

en los bolsillos de funcionarios corruptos; cuando se perjudica al sector privado, lo que se traduce en menos inversiones, y cuando se daña el medio ambiente a través de proyectos corruptos de infraestructura. La pobreza también puede exacerbar la corrupción porque no hay fondos disponibles para el financiamiento adecuado de las instituciones que controlan la corrupción. La cumbre de los líderes del G-8 en julio de 2005 confirmó que las medidas anticorrupción de los países más pobres de África deben convertirse en prioridad para reducir la pobreza. Sin embargo, no es suficiente combatir la corrupción a nivel nacional. A menudo, las empresas extranjeras son fuentes de sobornos significativos en el mundo en desarrollo. Es igual de importante que los gobiernos ricos hagan públicas y apliquen sus leyes anticorrupción para asegurar que las empresas ya no vean a los sobornos como un modo aceptable de conseguir nuevos negocios. La naturaleza polifacética de la corrupción dificulta su combate y, por esta razón, es crucial que a nivel del gobierno, de la sociedad civil y del sector privado se pongan en práctica, se controlen y se hagan cumplir diversas iniciativas anticorrupción.

Acerca de los informes de país

Al igual que en ediciones anteriores del *Informe global de la corrupción*, los informes de países reflejan la singular combinación del contexto histórico, el clima político, socioeconómico, legal y cultural que hacen que un país tenga desafíos particulares en sus esfuerzos por combatir la corrupción. En su mayoría escritos por los capítulos nacionales de TI, los informes pretenden brindar un panorama de las iniciativas clave en el combate contra la corrupción. La ausencia de un país en particular en esta sección no implica ni un alto ni un bajo nivel de corrupción en él.

Los informes no tratan los mismos temas; más bien, se presentan cuestiones de particular importancia para cada país. Sin embargo, la estructura es consistente en todos los informes. Cada uno comienza con una lista de las convenciones anticorrupción que el país ha firmado y ratificado; y sigue con una enumeración de los principales cambios legales e institucionales durante el período comprendido entre el mes de julio de 2004 y el mes de abril de 2005. Los informes luego ahondan en un análisis de los temas principales relacionados con la corrupción, que surgieron en el período en cuestión.

Nota

1. Cobus de Swardt es director de programas globales de la Secretaría de Transparency International.

8 Informes de país

Bolivia

Convenciones:

Convención Interamericana contra la Corrupción de la OEA (ratificada en febrero de 1997)

Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción (suscrita en diciembre de 2003, aún no ratificada)

Convención de las Naciones Unidas contra el Crimen Organizado Transnacional (suscrita en diciembre de 2000, aún no ratificada)

Cambios legales e institucionales

- Miembros del Departamento de Justicia y de la Delegación Presidencial Anticorrupción preparan una ley sobre conflicto de intereses. La ley pretende alinear la legislación boliviana con la Convención Interamericana contra la Corrupción de la OEA, y cuenta con el apoyo de un programa anticorrupción financiado por Estados Unidos.
- En el mismo proceso anterior, se busca una enmienda al Código Penal. El objetivo es incorporar en el Código Penal nuevos delitos relacionados con la corrupción para facilitar el procesamiento judicial por actos de corrupción.

Conflictos de intereses: relaciones entre los sectores público y privado

Gracias al debate sobre el futuro papel de las empresas transnacionales en el importante sector de los recursos natu-

rales de Bolivia, se han podido descubrir una serie de hechos en los que empresas extranjeras del área obtuvieron contratos muy favorables en detrimento del gobierno. Desde entonces, han surgido preguntas sobre la necesidad de

instaurar mecanismos para resolver los conflictos de intereses y proteger a los encargados de las decisiones públicas de la influencia indebida del sector privado o de otros grupos de interés.

Una práctica que se ha vuelto muy común es que funcionarios públicos asuman cargos en el sector privado, o viceversa, dentro de la misma área. Empleados de empresas estatales, el ministro de Energía o el fiscalizador del Estado podrían cruzar la puerta giratoria a empresas del sector privado, por ejemplo, y asumir la función de negociar con el gobierno cuestiones que estaban bajo su responsabilidad directa durante su gestión pública. Esto les daría una ventaja injusta de información y experiencia en el momento de negociar contratos favorables.

En abril de 2005, *El Diario* informó que la organización civil Comité de Defensa del Patrimonio Nacional (Codelpanal) había sostenido que Jaime Barrenechea, ex presidente de la empresa petrolera estatal boliviana Yacimientos Petrolíferos Fiscales Bolivianos (YPFB), era ahora gerente de Repsol-YPF Argentina, mientras los ex ejecutivos de YPFB Hugo Peredo y Arturo Castaños habían asumido cargos en Repsol-YPF y en la sucursal boliviana de la empresa estatal brasileña Petrobras, respectivamente.¹ En otro hecho reciente se vio envuelto Eduardo Baldivieso, ex superintendente de la industria, quien asumió el cargo de director general de GAS del Sur. Baldivieso logró negociar para esta empresa un contrato favorable de exportación de gas licuado de petróleo.²

En el sector hídrico se han presentado situaciones similares. Aguas del

Illimani y Aguas del Tunari, dos empresas con concesiones de agua potable y aguas servidas, se han beneficiado con la contratación de personal que pasó de un cargo en el sector público directamente relacionado con los contratos que posteriormente negociaron en representación de las empresas privadas. El gobierno, en los años 2005 y 2000 respectivamente, rescindió ambos contratos como respuesta a las protestas.

Estos y otros casos han puesto de relieve la necesidad de que una ley regule los conflictos de intereses. El uso de información privilegiada y los contactos de las personas que emigran del sector público al privado dentro de la misma área han afectado la credibilidad de ambos sectores y han generado protestas.

El presidente Gonzalo Sánchez de Lozada fue obligado a dejar su cargo en octubre de 2003 como respuesta a las protestas que exigían la nacionalización de las reservas de gas natural de Bolivia, las segundas en tamaño de América Latina. Su sucesor, Carlos Mesa, renunció en junio de 2005. Si bien las protestas se centraban en el tema de la privatización, el hecho de que empresas privadas se vieran beneficiadas indebidamente por contratos, gracias a conexiones dentro del gobierno, probablemente contribuyó a los movimientos de protesta.

El enriquecimiento ilícito en el gobierno local subraya la necesidad de una nueva ley

En los últimos años han aumentado los casos de enriquecimiento ilícito en los gobiernos municipales, fenómeno

que pone de relieve la necesidad de que haya más facultades para investigar cómo los funcionarios públicos adquieren su fortuna.

Sigue habiendo casos de enriquecimiento ilícito de autoridades de organismos políticos nacionales y del gobierno central, pero los registros oficiales señalan un sorprendente número de actos de corrupción por parte de las autoridades municipales. En la actualidad, se están presentando en tribunales muchos casos contra alcaldes y concejales locales.

Por ejemplo, el alcalde de Achocalla, pequeña municipalidad cercana a las ciudades de La Paz y El Alto, enfrenta cargos por uso indebido de fondos públicos. Otros representantes de autoridades locales también están implicados en el uso indebido de fondos públicos en Tiquina, Viacha, Caranavi, Ayoayo, Yanacachi, Copacabana y Uyuni.³

El nepotismo, el tráfico de influencias y el abuso de autoridad existen a nivel del gobierno central y local, aun cuando hay leyes orientadas a frenar algunas de estas prácticas. Una pieza faltante del rompecabezas legislativo que dificulta la lucha contra algunas formas de corrupción es una ley que permita a las autoridades investigar los activos de los funcionarios públicos. Aunque se han presentado proyectos de ley ante el Congreso que establecen medios y formas para que las autoridades puedan fiscalizar los activos y las ganancias de los funcionarios públicos, han sido rechazados.

Existe, no obstante, una Unidad de Investigaciones Financieras dentro de la Superintendencia de Bancos con la

facultad de fiscalizar las transacciones de las personas que operan dentro del sistema bancario. Esta unidad podría identificar posibles casos de enriquecimiento ilícito para una futura investigación.

Las reformas impuestas en la autoridad vial nacional, orientadas a reducir la corrupción de su personal, consiguieron disminuir los casos de enriquecimiento ilícito y podrían servir de modelo útil para posibles reformas en otros órganos del gobierno. Entre las piezas clave de la reforma pueden citarse una contratación más competitiva, acciones decisivas contra los empleados acusados de corrupción, y la introducción de procesos de compra transparentes y abiertos.

En último término, la voluntad política de las autoridades es crucial para concretar un proceso exitoso de reformas, y la presión de la sociedad civil puede ayudar a mantener el tema en la agenda. En los últimos años, se han creado muchas organizaciones de la sociedad civil para fiscalizar a las autoridades públicas, en particular, a las locales. Sin embargo, este hecho no es positivo a priori; debe seguirse de cerca para asegurarse de que las propias organizaciones de la sociedad civil no participen en actos de corrupción ni sean seducidas por grupos de intereses privados.

Los procesos de contratación pública aún presentan oportunidades de corrupción

Los contratos públicos se rigen por una legislación muy detallada y existen mecanismos como los sistemas de infor-

mación en Internet que permiten publicar y licitar contratos en línea para reducir así el riesgo de corrupción. Sin embargo, a pesar de que parecen haber disminuido en los últimos años, siguen surgiendo casos de corrupción en las compras públicas.

En el año 2003, el gobierno planeaba promover una ley para regular de una vez por todas los problemas asociados a los procesos de compra. El proyecto de ley fue rechazado y se convirtió en un decreto presidencial que intentaba incorporar los principales aspectos de la ley, pero carecía de su peso y respaldo. El decreto incluía también un código de ética para los funcionarios públicos encargados de las compras.

Por lo tanto, sigue pendiente la necesidad de una reforma que optimice y simplifique el caos de leyes, normas y decretos resultante. Existen muchas la-

gunas jurídicas y áreas propicias para la corrupción ocultas en los vacíos que se generan donde las leyes no se entrelazan bien. Todavía no es práctica generalizada, por ejemplo, que las autoridades encargadas de los contratos presenten términos de referencia transparentes a los licitadores.

Si bien es cierto que aún se deben dar pasos importantes para aumentar la transparencia de los contratos licitados por el gobierno, también en el sector privado se deben adoptar medidas de esta índole. Hay muy pocos buenos ejemplos de mecanismos de integridad, como códigos de conducta para contener los intentos de ejercer influencia indebida sobre los encargados de tomar decisiones de gobierno, que podrían diseminarse por las empresas del sector privado.

Guillermo Pou Munt Serrano

(Centro de Desarrollo de Éticas Aplicadas y Promoción de Capital Social)

Artículos relacionados

Comisión Andina de Juristas, “Informe anual sobre la región Andina”, enero de 2002.
Fundación Ética y Democracia, “Informe de evaluación ciudadana de implementación de la Convención Interamericana contra la Corrupción”, 2004.

Notas

1. *El Diario* (Bolivia), 24 de abril de 2005.
2. *CA\$H* (Bolivia), 15 de abril de 2005.
3. Delegación Presidencial Anticorrupción, “Registro de seguimiento de casos de corrupción”, 2005.

Brasil

Convenciones:

Convención Interamericana contra la Corrupción de la OEA (ratificada en julio de 2002)

Convención Antisoborno de la OCDE (ratificada en agosto de 2000)

Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción (ratificada en junio de 2005)

Convención de las Naciones Unidas contra el Crimen Organizado Transnacional (ratificada en enero de 2004)

Cambios legales e institucionales

- La nueva legislación sobre sociedades público-privadas (SPP) se aprobó en diciembre de 2004. Las SPP constituyen un método relativamente nuevo de financiar y construir infraestructura en Brasil. Se introdujeron mecanismos en la nueva legislación con el fin de reducir a las empresas del sector privado las oportunidades de influir indebidamente en los términos de una licitación de SPP.
- Tras 13 años de discusiones y negociaciones, el Congreso aprobó una enmienda constitucional en diciembre de 2004 con miras a optimizar el Poder Judicial y acelerar los procesos. La enmienda introdujo el concepto de precedente vinculante, concebido como un medio de garantizar la uniformidad en la jurisprudencia y restringir las apelaciones reiteradas, e instituyó un Consejo Nacional de Justicia como mecanismo de control externo del Poder Judicial (véase más adelante).
- En julio de 2004 se creó un frente parlamentario contra la corrupción en la Cámara baja del Congreso para tratar los temas de la corrupción.

El Poder Judicial:

¿Quién vigila al guardián?

A diferencia de otros países latinoamericanos donde el principal problema para quienes combaten la corrupción es el fortalecimiento de la independencia judicial frente a la presión po-

lítica, la petición de una reforma judicial en Brasil surge, paradójicamente, de su excesiva independencia. Definido una vez por el presidente Lula da Silva como una caja negra¹, el Poder Judicial carece de transparencia y, a menudo, se lo acusa de estar aislado y dedicado a conservar los privilegios

corporativos sin responder ante la sociedad.

Comprensiblemente, hubo preocupación por fortalecer la independencia del Poder Judicial durante la redacción de la Constitución luego de dos décadas de gobierno militar, aunque se le dio una flexibilidad demasiado amplia. La Constitución dio al Poder Judicial amplia autonomía funcional y estructural. Al mismo tiempo, a fin de garantizar la protección de una serie de derechos sociales, permitió derechos de apelación casi interminables en distintos niveles del sistema legal, además de rechazar la naturaleza vinculante de las sentencias de tribunales superiores respecto de los inferiores.

Hasta el momento, esta arquitectura constitucional ha tenido resultados negativos en lo que respecta a la rendición de cuentas y el desempeño. El Poder Judicial es lento e inaccesible para los pobres. Un ejemplo de cómo se puede abusar de estas características fue la decisión de José Serra, nuevo alcalde de São Paulo, de suspender los pagos a proveedores a principios del 2005 aun reconociendo una deuda de 2.000 millones de reales (US\$851 millones). Serra sabía que una sentencia judicial probablemente demoraría 10 años o más dada la lentitud de la justicia.

Las ineficiencias del Poder Judicial se traducen en impunidad. Según un estudio de Congresso em Foco (Congreso en Foco), sitio de Internet especializado en noticias legislativas, 102 de 595 parlamentarios enfrentan actualmente acusaciones penales, administrativas o electorales en demandas prolongadas. La corrupción, simbolizada por el Es-

cándalo Anaconda en el año 2003 que involucró a un juez que vendía sentencias favorables a delincuentes, completa el panorama de un Poder Judicial disfuncional.²

Por estos factores se comenzaron a exigir cambios en la estructura y los procedimientos judiciales a fin de ampliar el acceso a los servicios legales, hacer la justicia más expedita, simplificar los sistemas de apelaciones, permitir soluciones más rápidas a los conflictos, y poner fin a las prácticas de algunos jueces que privilegiaban sus intereses personales. Fue difícil llevar adelante la reforma judicial dada la resistencia de los mismos jueces. Finalmente, luego de 13 años de debate, el Congreso aprobó una enmienda a la Constitución en diciembre de 2004.

Una medida clave es la disposición del precedente vinculante, concebido como un medio de garantizar la uniformidad de la jurisprudencia y restringir las apelaciones recurrentes en casos similares. Otro avance importante, el Consejo Nacional de Justicia, fue bienvenido en algunos sectores, incluido el gobierno, como una iniciativa promisorio para introducir un mecanismo de control externo sobre el Poder Judicial.

Dado que el Consejo es parte del Poder Judicial y está integrado principalmente por jueces (nueve de sus quince miembros son jueces; dos son abogados, dos fiscales públicos y dos ciudadanos designados por el Congreso), se cuestiona su independencia. Más aún, se lo ha dotado de facultades limitadas, ya que sus decisiones pueden ser apeladas y anuladas por el Poder Judicial.

Muchos ven en el Consejo una medida cosmética, no una forma de lograr que la institución sea más responsable y eficiente.

Tal como fue aprobada, la reforma no aborda el problema más grave que afecta al Poder Judicial en Brasil: la falta de información completa y comparativa sobre su funcionamiento. A pesar de que cada fallo judicial es público (y se puede consultar en Internet), el Poder Judicial no recoge ni publica estadísticas sobre sus actividades, lo que hace imposible que los observadores externos lo controlen eficazmente. La caja negra del Poder Judicial brasileño aún no se ha abierto.

La plataforma antisoborno de Lula sacudida por escándalos de corrupción

Una serie de escándalos de corrupción en el año 2004 y en la primera mitad de 2005 ha sacudido al oficialista Partido de los Trabajadores (PT) y ha sembrado dudas sobre su capacidad de cumplir la promesa electoral de combatir la corrupción. En su victoriosa campaña, el PT había abogado por la probidad ética y fiscal.

Los escándalos se remontan a febrero de 2004 cuando se conoció la noticia de que Waldimiro Diniz, mano derecha del jefe de gabinete, José Dirceu, había aceptado sobornos de operadores de salones de bingo (véase el *Informe global de la corrupción 2005* para un análisis de la corrupción en la industria del juego del Brasil). El gobierno bloqueó las tentativas de realizar una investigación parlamentaria del caso. En ese enton-

ces, Diniz era el director de la lotería en la zona de Río de Janeiro y supuestamente habría ofrecido privilegios contractuales a los sistemas de juego en línea y telefónicos a cambio de donaciones a las campañas de los candidatos del PT durante la elección de 2002. El informe de una investigación del Congreso sobre el fraude fue aprobado por la Asamblea del Estado de Río de Janeiro en octubre de 2004.

En junio de 2004, se lanzó la Operación Vampiro para investigar posibles ilegalidades en el Ministerio de Salud y otros cuatro ministerios, que conectaban a funcionarios a la venta ilegal de suministros de sangre valuados en más de US\$660 millones, entre los años 1990 y 2002.³ Auditores del gobierno iniciaron una investigación sobre los altos precios pagados por la sangre; se sospechaba que funcionarios públicos compraban la sangre a un precio y se la facturaban al gobierno a una tarifa mayor.

Posteriormente, en agosto de 2004, el semanario, *IstoÉ*, publicó que el presidente del Banco Central y uno de sus directores ocultaron a las autoridades fiscales activos en el exterior. El artículo provocó la caída del director de Políticas Monetarias del Banco Central, Luiz Augusto de Oliveira Candiota, y afectó la reputación del presidente del Banco, Henrique Meirelles. Tan pronto se conocieron las acusaciones, se emitió un decreto presidencial que otorgaba a Meirelles (y a todos los futuros presidentes del Banco Central) la condición de ministro de gabinete para protegerlo mejor contra las acusaciones de falta de probidad. Actualmente, la Corte Supre-

ma investiga las imputaciones de evasión de impuestos y violación de las disposiciones sobre divisas en su contra.

En mayo de 2005, el semanario *Veja* descubrió un escándalo de sobornos en el Servicio Postal de Brasil.⁴ Los periodistas mostraron un video filmado en secreto en el que se ve al anterior jefe del Departamento de Contratos y Suministros, Maurício Marinho, recibiendo un 'adelanto' de US\$1.250 de empresas privadas que pretendían obtener contratos. La oposición pidió una investigación parlamentaria, que el gobierno aceptó luego de una resistencia inicial. Roberto Jefferson, miembro del Congreso y presidente del Partido Laborista de Brasil (PLB), aliado del partido gobernante, estuvo supuestamente implicado en el escándalo.

Jefferson también se vio involucrado en el siguiente escándalo que salió a la luz. En mayo de 2005, los medios informaron que Lídio Duarte, ex presidente del estatal Instituto Brasileño de Reaseguros (IRB), afirmaba que Jefferson había intentado presionarlo para que contratara a algunos de sus asociados.⁵ El escándalo se profundizó luego de que Duarte acusara a Jefferson de pedir también un pago mensual de 400.000 reales (US\$170.000) al PT como 'agradecimiento' por darle el puesto en el IRB.

En respuesta, Jefferson acusó al oficialista PT de utilizar fondos no decla-

rados para pagar gastos de campaña y sobornos a los legisladores. Sin mayoría en el Congreso, el PT fue acusado de pagar una mensualidad de 30.000 reales (US\$12.500) a los congresistas de dos partidos aliados a cambio de sus votos. Los dos partidos implicados son el Partido Progresista (PP), liderado por Severino Cavalcanti, ultraconservador de muy bajo perfil que preside la Cámara de Diputados; y el Partido Liberal (PL), cuyo presidente, Waldemar Costa Neto, fue el primer legislador en retirarse cuando se amplió el escándalo de corrupción.

Dirceu renunció como jefe de gabinete de la Presidencia en junio de 2005 y volvió a su escaño en la Cámara de Diputados, donde está sometido a una investigación del Comité de Ética.

Mientras se intensifica la crisis política y se revelan las irregularidades de financiamiento de la campaña electoral, ganan fuerza las voces que reclaman reformas políticas y reformas al financiamiento de las campañas. Existe consenso en que, si algo positivo puede resultar de la peor crisis política de Brasil en una década, es la aprobación de reformas políticas amplias que aborden los problemas asociados al financiamiento privado, la divulgación insuficiente de las cuentas de campaña y la falta de sanciones adecuadas cuando se han descubierto violaciones a las normas de financiamiento político.

Ana Luiza Fleck Saibro (Transparência Brasil)

Artículos relacionados

Rogério Bastos Arantes, *Ministério público e política no Brasil* (Ministerio público y política en Brasil) (São Paulo: Sumaré, 2002).

David V. Fleischer, *Corruption in Brazil: Defining, Measuring, and Reducing* (Washington DC: Centro de Estudios Estratégicos e Internacionales, 2002).

Transparência Brasil, "Compra de votos en las elecciones de 2004", www.transparencia.org.br/.

Transparência Brasil: www.transparencia.org.br/.

Notas

1. www.brazzil.com/2004/html/articles/jul04/p135jul04.htm/.

2. www.congressoemfoco.com.br, and www.economist.com.

3. UPI (EE.UU.), 6 de octubre de 2004.

4. *Veja* (Brasil), 14 de mayo de 2005.

5. *Estado de São Paulo* (Brasil), 20 de mayo de 2005.

Costa Rica

Convenciones:

Convención Interamericana contra la Corrupción de la OEA (ratificada en junio de 1997)

Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción (suscrita en diciembre de 2003, aún no ratificada)

Convención de las Naciones Unidas contra el Crimen Organizado Transnacional (ratificada en julio de 2003)

Cambios legales e institucionales

- En octubre de 2004, se aprobó una ley contra la corrupción y el enriquecimiento ilícito en los servicios públicos. La ley define y establece sanciones por delitos como el tráfico de influencias, los sobornos internacionales y la apropiación de regalos al Estado no tipificados con anterioridad y, por lo tanto, rara vez procesados. La nueva ley también contiene requerimientos detallados para que los funcionarios públicos declaren sus activos.
- La Oficina del Fiscal Especial para la Ética y los Servicios Públicos, establecida por ley en el 2002, entró en operaciones cuando se ocupó el cargo en el 2004. Se aumentó su presupuesto después de una serie de escándalos muy visibles en ese mismo año (véase más adelante) y se expandieron sus facultades para incluir la implementación de la supervisión de la Convención contra la Corrupción de la

OEA y la colaboración con el fiscal público en las investigaciones en curso sobre acusaciones de corrupción contra cuatro ex jefes de Estado.

La confianza en las instituciones públicas decae cuando se descorre el velo a la corrupción

Costa Rica, hasta ahora una de las democracias más estables de América Latina, había logrado exhibir bajos niveles de corrupción hasta que una reciente ola de escándalos llamó la atención del público a décadas de un poco claro financiamiento de políticos y partidos. Ahora enfrenta el desafío de reconstruir la confianza pública en sus instituciones políticas.

El primer escándalo estalló en octubre de 2004 cuando el ex presidente Miguel Ángel Rodríguez fue obligado a renunciar como Secretario General de la Organización de Estados Americanos a menos de tres semanas de haber asumido el cargo. El hecho se produjo luego de acusaciones que lo implicaban en un asunto de sobornos que incluía a la empresa francesa de telecomunicaciones, Alcatel. A mediados de 2004 se conocieron detalles de cómo Alcatel había obtenido un contrato para mejorar el sistema de telefonía celular del país supuestamente luego de que sus ejecutivos lograran sobornar a José Antonio Lobo, protegido de Rodríguez y ex director de la empresa eléctrica estatal, el Instituto Costarricense de Electricidad (ICE), con un “premio” de US\$2,4 millones. Lobo señaló que Rodríguez le había aconsejado aceptar la suma, para luego exigirle un 60%.

Profundizando más en los tratos con Alcatel, surgieron acusaciones de que ha-

bía intentado también influir con anterioridad en otros políticos costarricenses. En octubre de 2004, el ex presidente José María Figueres, fue obligado a renunciar a un alto cargo en el Foro Económico Mundial en Ginebra tras enfrentar acusaciones de haber recibido un soborno de Alcatel de US\$900.000 durante sus años en el servicio público. Se le ha pedido también al presidente en ejercicio Abel Pacheco que explique una donación no declarada de US\$100.000 a su campaña presidencial, también proveniente de Alcatel. En total, las autoridades creen que la empresa telefónica francesa, que posee casi el monopolio de los servicios de telecomunicaciones del país, ha pagado más de US\$4,4 millones a políticos y funcionarios costarricenses.

El dinero de gobiernos extranjeros también enriqueció las arcas de los partidos políticos. La compañía de inversiones de Rodríguez en Panamá, Inversiones Denisse, supuestamente recibió dos pagos de US\$500.000 de la empresa Friendship Company, que mantiene estrechos lazos con el gobierno de Taiwán. Se cree que, cuando era presidente, recibió unos US\$200.000 del país asiático en dos ocasiones y su partido, Unidad Social Cristiana, ha sido interrogado por donaciones de unos US\$500.000 de empresas con conexiones con Taiwán.

Otro hecho afectó a otro ex presidente, Rafael Ángel Calderón, acusado de recibir casi US\$450.000, de un préstamo de US\$40 millones del gobierno finlandés para subvencionar el sistema

de seguridad social estatal (véase “Graves actos de corrupción en Costa Rica”, capítulo 2, página 32).

Estos escándalos, sumados a pruebas obtenidas a través del seguimiento de gastos electorales, sugieren que las sumas no oficiales que llegan a las arcas de campaña eclipsan las cifras legalmente declaradas y controladas por las autoridades electorales.

La legislación vigente exige que los partidos declaren las donaciones recibidas y los gastos de campaña, establece límites en ambos y prohíbe que los partidos acepten dinero de fuentes extranjeras. La mayoría de estas normas se transgredieron en las elecciones de abril de 2002, según TI Costa Rica, pero las autoridades no sancionaron los abusos. A los grupos de la sociedad civil les fue difícil obtener la información sobre el financiamiento de los partidos, que debiera ser pública.

La legislatura respondió conformando una comisión especial para investigar irregularidades en el financiamiento de la campaña y preparar un proyecto de reforma para reforzar el marco legal. Es un comienzo, pero hace falta más si se quiere que la opinión pública recupere la confianza en las instituciones políticas del país, en especial dada la gravedad de las acusaciones contra ex presidentes.

Como consecuencia, se esperaba que aumentaran los niveles de abstención en las elecciones. Una encuesta realizada en el primer trimestre de 2005 señalaba que, a un año de las elecciones, una de cada dos personas no apoyaba a ninguno de los potenciales candidatos en contraste con una de cada tres

en 2001 y una de cada cinco en 1997.¹ Según una segunda encuesta de enero de 2005, la corrupción era la mayor preocupación pública (un 37% de los encuestados la ubicó en el primer lugar), mientras que la delincuencia y la violencia eran la preocupación de sólo el 5%. En julio de 2004 ocurría lo contrario, el 26% señalaba la violencia y la delincuencia como sus principales preocupaciones y sólo el 5% expresaba preocupación acerca de la corrupción.²

Dos hechos positivos han aumentado la participación del público: una manifestación masiva contra la corrupción que tuvo lugar en octubre de 2004 y el aumento de la credibilidad del Poder Judicial. El Fiscal Público ha mostrado un alto grado de independencia de la presión política en sus investigaciones y las encuestas de la Universidad de Costa Rica muestran una mayor confianza en el Poder Judicial.³

Acceso a la información: la herramienta de los ciudadanos contra la corrupción

Se ha confirmado que el acceso a la información pública es una herramienta esencial en la lucha contra la corrupción, gracias a una serie de fallos del Tribunal Constitucional que rechazaron los intentos de limitarlo. Antes de los fallos, el acceso se restringía a lo que permitían los funcionarios.

Uno de los avances principales fue el levantamiento del secreto bancario. Entró en vigencia a través de un mandato judicial impuesto contra bancos públicos y privados que apelaban a normas de secreto bancario para restringir el acceso a la información. El Tribunal

Constitucional dictaminó que, cuando se trataba de fondos de partidos políticos o candidatos, no se aplicaba el secreto bancario. El fallo hacía referencia a la reforma constitucional de 2000 que establecía que las instituciones públicas debían asumir responsabilidad y someterse a la fiscalización pública.

El periódico *La Nación* solicitó al directorio de la Caja Costarricense de Seguro Social información acerca de las pensiones no contributivas. Los periodistas deseaban una copia electrónica de la base de datos, con el nombre de los beneficiarios y los detalles sobre su derecho a la pensión. La solicitud fue negada en septiembre de 2002 con el fundamento de que se trataba de información sobre terceros y se debía respetar la confidencialidad.

Los periodistas presentaron un recurso de hábeas data en el que exigían

la entrega de la información que, reclamaban, era pública. El tribunal lo aceptó en marzo de 2003 y dejó así en claro que la transparencia es un requerimiento constitucional para la administración pública al que sólo se aplican excepciones limitadas. Finalmente, la información les fue entregada a los periodistas.

No sólo se debe disponer de la información cuando se requiere, dictaminó el tribunal, sino que el gobierno debe difundir activamente la información que es de interés público.

Si bien la actitud del tribunal es importante al abrir los registros públicos, todavía hay obstáculos y es necesaria una ley que defina el derecho de acceso a la información. Existen muchos proyectos de ley sobre este tema, pero no se han adoptado todavía.

Roxana Salazar (Transparencia Costa Rica)

Artículos relacionados

Casals y Asociados, *El financiamiento de los partidos políticos en Argentina, Chile, Costa Rica y México: Lecciones para América Latina*, 2004, www.respondanet.com/spanish/boletines/pdf/issue41.pdf.
Carlos Eduardo Serrano Rodríguez, *La corrupción como fenómeno social en Costa Rica* (San José: Escuela de Administración Pública, 2004).

Roxana Salazar (ed.), *Corrupción: una visión desde la sociedad civil* (San José: Editorial Fundación Ambio, 2004).

Roxana Salazar, *Mapas de riesgo de corrupción en el sector forestal* (San José: Editorial Fundación Ambio, 2004).

Jorge Vargas y Luis Rosero-Bixby, *La cultura política de la democracia en Costa Rica* (Nashville: Vanderbilt University, 2004), www.dec.org/pdf_docs/PNADB407.pdf.

Transparencia Costa Rica (TI Costa Rica): www.transparenciacr.org/.

Notas

1. *El Financiero* (Costa Rica), 28 de marzo de 2005.
2. *Ojo* (Costa Rica), 12 y 30 de enero de 2005.
3. Universidad de Costa Rica, “Sondeo sobre corrupción de las élites políticas costarricenses: la ciudadanía valora positivamente las acciones contra la corrupción”, Instituto de Investigaciones Sociales, Proyecto Investigación en Opinión Pública, noviembre de 2004.

Ecuador

Convenciones:

Convención Interamericana contra la Corrupción de la OEA (ratificada en junio de 1997)

Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción (suscrita en diciembre de 2003, aún no ratificada)

Convención de las Naciones Unidas contra el Crimen Organizado Transnacional (ratificada en septiembre de 2002)

Cambios legales e institucionales

- Una normativa de carácter secundario para la aplicación de la Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública fue redactada por un grupo de trabajo integrado por el procurador general, el contralor general, el fiscal general, el ministro de Defensa, el secretario general de Seguridad Nacional, el Archivo Nacional, la Comisión de la Mujer, las Oficinas de Impuestos y de Telecomunicaciones y representantes de la sociedad civil. La ley, en vigencia desde mayo de 2004, dispone que todas las entidades públicas, los contratistas del gobierno, los sindicatos y los establecimientos estatales de educación secundaria y superior deben hacer pública su información. El principio rector de la ley es que toda la información del sector público es propiedad del público en general, con algunas excepciones establecidas en la ley. El proyecto fue redactado por la Asociación Ecuatoriana de Editores de Periódicos.

La crisis democrática en Ecuador

Una crisis constitucional que culminó con la renuncia del presidente Lucio Gutiérrez obligó al país a replantear sus instituciones y, en particular, a reflexionar sobre cómo la politización del Poder Judicial había dejado al país vulnerable a la corrupción. La crisis comenzó un año después de que Gutiérrez asumiera su cargo en enero de 2003. Ex líder golpista, basó su candidatura en una plataforma anticorrupción y en promesas de

reformas sociales. Su victoria fue más que sorprendente, pues su campaña, apoyada por grupos indígenas, logró desplazar a los partidos de poder tradicionales del país.

Sin embargo, con poquísima experiencia política y en un país con una historia reciente colmada de presidentes que no pudieron terminar su mandato, Gutiérrez pronto comenzó a negociar con sus ex adversarios electorales con el fin de conseguir apoyo para sus políticas.

En diciembre de 2004, el gobierno obtuvo los 52 votos legislativos necesarios para destituir a los 31 jueces de la Corte Suprema mediante una resolución de inconstitucionalidad y formar un nuevo tribunal. El Congreso también resolvió que el Consejo Nacional de la Judicatura, responsable de la administración del sistema de justicia, fuera reestructurado en 15 días y se preparara una lista de tres candidatos para el cargo de fiscal general. Además, el Congreso restituyó sus facultades para enjuiciar y censurar a los integrantes de la Corte Suprema y del Consejo Nacional de la Judicatura. Estas facultades habían sido revocadas luego de una consulta popular en 1997.

La respuesta de Gutiérrez a estas decisiones fue confirmar en sus cargos a los miembros de la Corte en ejercicio durante tres meses, período en el que el gobierno trataría de imponer una reforma política que respaldara los cambios, haciendo manifiestos los intentos del Poder Ejecutivo de influir sobre el Poder Judicial. El Tribunal Constitucional y el Tribunal Supremo Electoral también se reestructuraron para favorecer al gobierno durante este período. Las decisiones del Congreso violaban la Constitución de varias maneras. El artículo 202 garantiza la permanencia en el cargo a los jueces de la Corte Suprema y no fue respetado; las vacantes de la Corte Suprema no se pueden ocupar a través de negociaciones entre partidos políticos; y la independencia del Poder Judicial no debe ser violada por los partidos políticos en la persecución de sus propios intereses.

Los intentos de acomodar al Poder Judicial en las huestes partidarias des-

encadenaron una crisis democrática. La gente tomó las calles a modo de protesta. Los grupos de la sociedad civil, entre ellos la Corporación Latinoamericana para el Desarrollo (la versión nacional de Transparency International) y Participación Ciudadana, pidieron a los conductores de vehículos que hicieran sonar sus bocinas cuando pasaran frente al tribunal. Esto generó interés y conciencia sobre temas que, por lo general, no interesan al público, como el estado de derecho y la separación de los poderes.

A medida que crecían las protestas, los índices de popularidad del gobierno iban cayendo. Un observador de las Naciones Unidas, experto en independencia de los jueces y abogados, visitó Ecuador y describió la destitución y el reemplazo de los magistrados de la Corte Suprema, del Tribunal Constitucional y del Tribunal Electoral como inconstitucionales. El observador llamó a respetar la norma de las Naciones Unidas sobre la necesidad de que el Poder Judicial fuera independiente de la influencia política, y hubiera transparencia en la selección de los magistrados.

En abril de 2005, la situación política se había vuelto insostenible en Quito donde se realizaban la mayoría de las protestas. El descontento popular se convirtió en indignación cuando la Corte anuló los procesos judiciales por malversación que se interpusieron contra el ex presidente Abdalá Bucaram y rechazó los cargos de corrupción contra el ex presidente Gustavo Noboa y su vicepresidente, Alberto Dahik. En ese momento, el foco de la protesta pasó de promover el respeto al estado de dere-

cho a exigir la renuncia de Gutiérrez. En abril, los manifestantes no sólo pedían la renuncia del presidente, sino de toda la clase política.

Los manifestantes se organizaron pacíficamente en Quito y levantaron plataformas para que las personas expresaran su descontento y sugirieran modos de superar el conflicto. Aunque no organizadas en líneas partidistas, estas reuniones informales fueron suficientes para convencer a Gutiérrez de renunciar. También exigieron que el Congreso hiciera un balance del modo en el que se había transgredido el límite con el Poder Judicial provocando la crisis en primer lugar y, por su parte, que el Poder Judicial buscara un modo constitucional de revisar la independencia de sus miembros en respuesta a la preocupación de la sociedad.

Las protestas callejeras desaparecieron poco después de la renuncia del presidente y, desde entonces, los partidos políticos recuperaron su posición en el centro de la vida política, aunque todavía está por verse cómo responderán a las demandas públicas de mayor probidad y transparencia en sus funciones. Se espera que el gobierno encabezado por el ex vicepresidente de Gutiérrez, Alfredo Palacio, introduzca profundas reformas políticas, incluidos cambios en las estructuras de gobierno particularmente vulnerables a la corrupción. Hay grandes expectativas de que la sociedad civil, tan activa en la promoción del cambio en el gobierno, sea invitada a cumplir un papel importante en la proposición y el debate de las urgentes reformas en los campos de la corrupción y la transparencia.

Andrés Tobar (Corporación Latinoamericana para el Desarrollo, TI Ecuador)

Artículos relacionados

Corporación Latinoamericana para el Desarrollo (TI Ecuador): www.cld.org.ec/.

España

Convenciones:

Convenio Civil sobre la Corrupción del Consejo de Europa (suscrito en mayo de 2005; aún no ratificado)

Convenio Penal sobre la Corrupción del Consejo de Europa (suscrito en mayo de 2005; aún no ratificado)

Convención Antisoborno de la OCDE (ratificada en enero de 2000)

Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción (aún no suscrita)

Cambios legales e institucionales

- Se ha adoptado una serie de iniciativas relacionadas con la corrupción en el marco del Plan de Reactivación Económica presentado por el ministro de Economía y Hacienda en marzo de 2005. El Consejo de Ministros ha aprobado el plan, que incluye medidas tendientes a hacer más estrictas las leyes que regulan el sector público, mejorar el acceso público a la información, regular los contratos de proyectos entre el sector público y el privado, y adoptar un código de conducta para la contratación pública.
- El Ministerio de Administraciones Públicas aprobó un programa de acciones para un buen gobierno en febrero de 2005 que, si pasa la legislatura, regulará los conflictos de intereses de los parlamentarios electos y los funcionarios estatales de alto cargo (véase más adelante).
- En febrero de 2005, un grupo de expertos que asesoraban del gobierno sobre la reforma de las leyes de los medios de comunicación exigió que la televisión pública fuera completamente independiente del gobierno, que su financiamiento proviniera de múltiples fuentes y que tuviera un contenido de servicio público de calidad. Uno de los objetivos del grupo es limitar el abuso de los medios estatales por parte de los candidatos políticos del partido oficial en sus campañas de reelección.

Zapatero trata de poner en orden la gobernabilidad

El primer gobierno socialista de España desde que Felipe González perdiera el poder en medio de una serie de escándalos de corrupción en 1996 se inició en abril de 2004. El presidente del gobierno español, José Luis Rodríguez Zapatero, prometió gobernar de manera intachable y distanciar al Partido Socialista Obrero Español (PSOE) de sus deslices del pasado. Zapatero no cuenta con la mayoría absoluta del Parlamento y necesita el apoyo de otros partidos para aprobar las leyes presentadas por su gobierno.

El núcleo del programa de gobernabilidad de Zapatero lo constituye un comité de expertos que ha propuesto medidas que ayudarían, en caso de aplicarse, a obviar los riesgos de la corrupción. Entre las medidas más importantes, se cuentan las siguientes: el esclarecimiento de las normas sobre conflictos de intereses y la fiscalización de incompatibilidades, realizada por un organismo independiente, la declaración de bienes e ingresos de políticos y funcionarios importantes; la reforma de las leyes de financiamiento de los partidos políticos, incluida una prohibición de donaciones de empresas privadas para las campañas y topes en

los gastos; la creación de un organismo nacional para evaluar las políticas públicas; una ley sobre el acceso a la información, y una mayor independencia de RTVE, la emisora de propiedad estatal, cuyos programas se controlarán para impedir un sesgo político.

Dos proyectos de ley aprobados a principios de 2005 lograron, en cierto modo, algunos avances en cuanto a cumplir los dos primeros puntos de esta agenda. Se referían a la ley sobre conflictos de intereses y a un código de buen gobierno. La ley sobre conflictos de intereses modifica una norma de 1995 que había tenido poco efecto. La única sanción por infringirla era una nota en el Boletín Oficial. El organismo responsable de investigar los supuestos delitos se vio obstaculizado por depender estructuralmente del gobierno central y, por lo general, no fue capaz de desempeñar sus tareas. El PSOE había reconocido la necesidad de reformar la ley y, por ese motivo, se presentaron al Parlamento diversos proyectos de ley que, desafortunadamente, no prosperaron. El proyecto de ley actualmente en estudio refleja las recomendaciones de la OCDE, las Naciones Unidas y el Consejo de Europa.

Si bien es un paso importante, el proyecto de ley aún podría ser modificado por el Parlamento. Su punto débil es la aplicación: el organismo encargado de sancionar los conflictos de intereses está subordinado a un ministro y es probable que no sea muy prioritario. Las características más importantes de la legislación son las siguientes: se prohíbe a los funcionarios públicos aceptar otros trabajos tanto en el sector pú-

blico como en el privados; se establece un período de espera de dos años para que los funcionarios puedan aceptar trabajos en el sector privado relacionados con su labor para el gobierno; los ministros, secretarios de Estado y altos funcionarios deben declarar sus bienes y se crea una nueva Oficina de Conflictos de Intereses en el Ministerio de Administraciones Públicas. En caso de que se descubra un conflicto de intereses que afecte a un contratista del Estado, se investigará y publicará en el Boletín Oficial. Todas las personas que sean halladas culpables de infringir la ley serán despedidas, perderán el derecho a indemnizaciones y se les solicitará rembolsar el dinero perdido como resultado de sus acciones. Una empresa que contrate los servicios de un funcionario público de alto nivel durante el período de “enfriamiento” de dos años pierde el derecho a participar en licitaciones de contratos públicos durante el mismo período. A los funcionarios que infrinjan la ley se les impedirá concurrir por cargos públicos durante un período de entre 5 y 10 años.

La segunda pieza de la legislación anticorrupción, que corresponde al nuevo código de buen gobierno, entró en vigencia en marzo de 2005. Diversos informes de organismos internacionales, en especial el informe concluyente del Grupo de Estados contra la Corrupción (GRECO) del Consejo de Europa, en el año 2001, exigió la elaboración de códigos de conducta para los funcionarios públicos. Hay leyes que contemplan proscribir el comportamiento criminal de los funcionarios, pero lo que se requería era una serie de pautas

para orientar a los empleados públicos cuando navegaban por las áreas más oscuras de su tarea, como son los conflictos de intereses.

En conformidad con el nuevo código, se hará realidad una de las promesas electorales de Zapatero: los altos funcionarios tendrán que brindar información pública en el momento oportuno sobre el desempeño de sus departamentos; conservar copias de sus documentos para que los posteriores gobiernos puedan fiscalizarlos; abstenerse de aceptar empleos que vayan en contra de su compromiso con el trabajo gubernamental; abstenerse de abusar del poder; rechazar cualquier obsequio, favor o servicio que afecte el desempeño de sus funciones.

No obstante, el código presenta una serie de debilidades. Por ejemplo, no existe un mecanismo claro para sancionar legalmente las infracciones. Además, no se aplica a los funcionarios públicos de menor nivel u otros empleados estatales, aunque se encuentra en las fases iniciales de redacción un código complementario para empleados públicos.

El sector inmobiliario aloja a la corrupción

El 10 de marzo de 2005, la policía efectuó una serie de redadas a una red de lavado de dinero en la ciudad turística de Marbella, la culminación de una investigación de 18 meses en la que participó la policía de siete países. Su punto neurálgico era el estudio jurídico de Fernando del Valle, quien supuestamente habría establecido cientos de empresas

ficticias a través de las cuales se canalizaban inversiones multimillonarias provenientes de grupos vinculados con el crimen organizado. La mayor parte del dinero se había dirigido al sector inmobiliario de la costa del Mediterráneo, reconocida por la policía europea durante mucho tiempo como la capital del crimen organizado.

La policía estima que es posible que se hayan lavado más de 600 millones de euros (US\$770 millones) a través de las oficinas del estudio de del Valle, hecho que promovió un excepcional auge en la industria de la construcción. La mitad de todos los nuevos proyectos de construcción en España se realizan en la costa sur, cerca de Málaga, ciudad con una de las tasas más altas de desempleo en el país. La policía sospecha que muchas más firmas legales a lo largo de la costa están involucradas en lavado de dinero.

La llamada “Operación Ballena Blanca” marca la primera vez que la policía ha establecido un vínculo directo entre el crimen organizado, el sector de la construcción y el sector inmobiliario español. Cuando existe corrupción a nivel de gobiernos locales donde se adoptan decisiones respecto del uso y propiedad de la tierra, el sector se convierte en un vehículo ideal para el lavado de dinero.

Un informe de 2003 del Instituto Andaluz Interuniversitario de Criminología de la Universidad de Málaga menciona una estrecha relación entre los magnates de la construcción y los municipios; algunos de estos últimos obtienen gran parte de los fondos municipales de la emisión de licencias a los primeros.¹ Los tratos inmobiliarios exigen que los pro-

pietarios de los inmuebles realicen pagos a los gobiernos locales que, a menudo, superan el monto requerido por la ley, en especial si el dueño desea explotar la propiedad.

Un estudio de 2004 reveló que casi todos los alcaldes de la región costera estaban a favor de convenios de desarrollo urbanístico como una forma de obtener ingresos.² Estos contratos dan pie a muchas “negociaciones”. Sólo en Mallorca, las municipalidades modificaron los contratos en 227 ocasiones diferentes. Las construcciones ilegales o las alteraciones de los planos tienen poca supervisión y las sanciones casi nunca llegan a la demolición de los edificios. Un informe del diario *La Vanguardia* sugiere que existen decenas de miles de propiedades en Marbella que no cumplen con las normativas de construcción, incluidas unas 1.600 propiedades que son ilegales porque se construyeron en terrenos destinados a parques.³

Marbella lidera la lista de los municipios que han sufrido escándalos de corrupción en los últimos años. A dos ex alcaldes, Jesús Gil y Julián Muñoz, se les prohibió por ley ejercer cargos públicos. Gil aprobó un plan de zonificación para Marbella que era ilegal y se lo estaba investigando por 15 imputaciones de corrupción y vínculos con jefes de la mafia italiana y rusa cuando falleció en 2004. El gobierno andaluz anunció planes a principios de 2005 para rehabilitar el proceso de urbanización de la Costa del Sol. El nuevo plan eliminaría las facultades de zonificación y concesión

de licencias que tienen las autoridades locales, ya que constantemente omiten implementar las normativas y leyes de edificación adecuadas.

Cataluña también ha figurado en los titulares por corrupción en el área inmobiliaria. En el denominado “Caso del 3%”, los investigadores descubrieron una conexión entre la corrupción en el sector de la construcción y el financiamiento de partidos políticos. En febrero de 2005, el presidente de Cataluña acusó al anterior gobierno de cobrar una comisión del 3% a las obras públicas contratadas durante su período de ejercicio. El monto se habría utilizado para financiar la coalición que había estado en el poder por más de 20 años. En marzo de 2005, el Parlamento catalán estableció una comisión para investigar las irregularidades en las obras públicas entre 1995 y 2005 que contribuyeron al derrumbe de viviendas en el vecindario de Carmelo, en Barcelona, debido a errores cometidos durante la construcción de un túnel para el metro. La comisión también considerará las posibles infracciones a las leyes de financiamiento de partidos políticos.

En el escándalo de Marbella, también se sugirió la existencia de un vínculo entre la corrupción en la industria de la construcción y el financiamiento de partidos políticos. Con todo, no ha habido cambios sustantivos en las estructuras institucionales y legales que rigen el financiamiento de los partidos políticos en los últimos años, a pesar de los escándalos de los años noventa y de las muchas promesas de las campañas electorales.

Manuel Villoria (Universidad Rey Juan Carlos, Madrid)

Artículos relacionados

Roberto Blanco Valdés, *Las conexiones políticas* (Madrid: Alianza, 2002).

Carlos Jiménez Villarejo, "La delincuencia financiera, los paraísos fiscales y la intervención de los bancos", mimeografía, 2004.

Fernando Jiménez y Miguel Caínzos, "Political Corruption in Spain", en Martin Bull y James Newell (editores), *Corruption in Contemporary Politics* (Londres: Palgrave, 2003).

J. M. Maravall, *El control de los políticos* (Madrid: Taurus, 2003).

TI España: www.transparencia.org.es

Notas

1. José Luis Díez Ripolles et al., *Prácticas ilícitas en la actividad urbanística. Un estudio en la Costa del Sol* (Valencia: Editorial Tirant, Instituto Interuniversitario Andaluz de Criminología, 2004).
2. Antonio Vercher, "La corrupción urbanística", *Claves de Razón Práctica* 139, enero-febrero de 2004.
3. *La Vanguardia* (España), 17 de marzo de 2005.

Guatemala

Convenciones:

Convención Interamericana contra la Corrupción de la OEA (ratificada en julio de 2001)

Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción (suscrita en diciembre de 2003, aún no ratificada)

Convención de las Naciones Unidas contra el Crimen Organizado Transnacional (ratificada en septiembre de 2003)

Cambios legales e institucionales

- Una propuesta para reformar el código penal, redactada por la Comisión Presidencial por la Transparencia y contra la Corrupción, la Oficina del Fiscal Público y la ONG Acción Ciudadana, se hizo pública en febrero de 2005. Las reformas introducirían un marco legal coherente con la Convención Interamericana contra la Corrupción que definiría los actuales delitos de corrupción, tipificaría nuevos delitos, como el soborno transnacional y el enriquecimiento ilícito, y endurecería las sanciones por corrupción de los funcionarios públicos. Sin embargo, es poco probable que las reformas mitiguen la corrupción a menos que vayan acompañadas de medidas adicionales, como aprobar una ley de acceso a la información, brindar mayores facultades al Contralor General para que analice y haga públicas las declaraciones de activos, instaurar mecanismos de

identificación y solución de conflictos de intereses y dar más transparencia a los procedimientos de contratación pública.

- En febrero de 2005, el Congreso aprobó una ley que garantiza la imparcialidad de las comisiones de nombramiento. Los funcionarios públicos tienen prohibido contratar, proponer o autorizar el nombramiento en un cargo dentro de su institución a ninguno de los miembros de la comisión responsables de su contratación. Los miembros de las comisiones de nombramiento pueden postularse a cargos a través de concursos ordinarios siempre que cumplan con los requisitos exigidos para el puesto. La ley es particularmente importante porque protege la independencia e imparcialidad de los jefes de la Corte Suprema de la Contraloría General de Cuentas, del fiscal público y del Tribunal Supremo Electoral.
- La Comisión por la Transparencia y contra la Corrupción, establecida como un organismo presidencial temporal en 2004, obtuvo una extensión de su mandato por un año más a partir de marzo de 2005. La comisión es responsable de asesorar al presidente, preparar políticas anticorrupción y propuestas de reforma legislativa, y promover la creación del Consejo Multidisciplinario para la Transparencia, integrado por miembros del gobierno y de la sociedad civil. La extensión del mandato de la Comisión refleja positivamente el compromiso del gobierno en el combate de la corrupción, aunque urgen cambios en su estructura y en su funcionamiento. Preocupa la ausencia de normas que detallen las competencias de la Comisión y su independencia del presidente.
- En febrero de 2005, el Congreso creó una Comisión Extraordinaria Nacional para la Transparencia, de carácter legislativo, en un momento en que la Contraloría General de Cuentas (CGC) enfrentaba una crisis por la destitución y procesamiento de sus dos ex directores y la imposibilidad de designar a un sucesor. La Comisión está facultada para realizar estudios, fiscalizar a la CGC, presentar recomendaciones y redactar propuestas legislativas. Se han planteado reparos relativos a la superposición de funciones de esta Comisión y la Comisión de Probidad, establecida en 1994, que también podría haber tratado los problemas en la CGC. De hecho, en septiembre de 2004, la organización de la sociedad civil Coalición por la Transparencia, la Comisión de Probidad y la CGC suscribieron un memorando de entendimiento en el que establecían su compromiso de trabajar en conjunto para fortalecer los dos organismos signatarios.

El sistema electrónico ayuda a combatir la corrupción en la concesión de contratos públicos

El sistema guatemalteco de concesión de contratos públicos, con base en In-

ternet, GUATECOMPRAS, se lanzó en septiembre de 2003 en medio de expectativas de que ayudaría a limpiar un área del gobierno que durante mucho tiempo había estado ligada a escándalos de corrupción. Su concepción fue

complicada; fue creada dos meses antes de las elecciones generales por un gobierno que había enfrentado reiteradas acusaciones de corrupción en los medios.¹ El temor de que el nuevo partido gobernante abandonara el proyecto resultó infundado. En lugar de ello, GUATECOMPRAS se expandió y se fortaleció.

Cuando se lanzó inicialmente, los organismos de gobierno podían voluntariamente publicar sus procesos de contratación en línea. En febrero de 2004, el presidente Óscar Berger emitió un acuerdo ministerial dentro de su gabinete que reformaba las regulaciones de la Ley de Compras y Contrataciones del Estado y hacía obligatorio el uso de GUATECOMPRAS. Desde entonces, toda la información relacionada con las compras, ventas y contrataciones de bienes, servicios y obras públicas debe publicarse en línea.²

El uso de GUATECOMPRAS ha crecido notablemente en el último año. Fue utilizado por 305 organismos de gobierno en abril de 2005, comparado con sólo 75 en julio de 2004. Alrededor del 60% de las municipalidades utilizan actualmente el sistema, así como también el 89% de los organismos del gobierno central.³

Sin embargo, al éxito del uso de GUATECOMPRAS se contraponen su debilidad estructural. Funciona en el marco de la Ley de Compras y Contrataciones del Estado, que contempla importantes excepciones a los requisitos de transparencia. La más importante es la excepción del Ministerio de Defensa, que no tiene obligación de participar en GUATECOMPRAS y sólo lo hizo en

seis ocasiones desde octubre de 2004 a mayo de 2005. Apenas en dos de estos casos se concretaron los procesos de compra.⁴

Otra de las debilidades es el frágil estado legal de GUATECOMPRAS, ya que el sistema está reglamentado por un acuerdo ministerial y no por el voto legislativo. Esto ha causado problemas. Por ejemplo, en octubre de 2004, la Asociación Nacional de Municipalidades (ANAM) solicitó que se suspendiera el sistema, alegando que no disponía de suficientes computadoras e instalaciones con Internet para utilizarlo. También argumentaba que la obligatoriedad del uso de GUATECOMPRAS violaba la autonomía municipal, dado que se basaba en un acuerdo del Poder Ejecutivo.⁵ Luego de un mes de conversaciones, el Ejecutivo anunció que las municipalidades continuarían utilizando el sistema, ya que 147 lo habían empleado hasta octubre de 2004 y el 47% de los procesos de compras se había completado sin contratiempos.⁶ Sin embargo, el comunicado no ha alentado a algunas municipalidades con grandes presupuestos a utilizar el sistema, entre estas la de la ciudad capital y la de Mixco.

Otra debilidad del marco legal actual radica en que el proceso de contratación se divide en cuatro subprocesos, de acuerdo con las sumas comprometidas, pues los contratos más grandes están sometidos a mayores controles. Esto se traduce en la subdivisión de contratos a fin de evitar el mayor grado de fiscalización. También es preocupante que la Ley de Compras y Contrataciones del Estado exima de los requisitos de transparencia a los fondos de inversión

social, creados a partir de préstamos internacionales o donaciones de organismos e instituciones privadas internacionales o nacionales. Estos fondos son considerables, pero se pueden invertir en bienes y servicios públicos con procesos que escapan al alcance de la Ley de Compras y Contrataciones del Estado y del sistema GUATECOMPRAS.

Es necesario reformar la ley para fortalecer a GUATECOMPRAS. Existen varios proyectos para reformarla: uno de los mejores fue redactado por la Comisión Presidencial para la Reforma, Modernización y Fortalecimiento del Estado (COPRE) que, de promulgarse, lograría corregir en gran medida varias deficiencias del sistema.⁷ Las organizaciones de la sociedad civil consideran que el sistema es un herramienta eficaz para combatir la corrupción y promover la transparencia en las contrataciones y compras públicas. Está por verse, sin embargo, si el Congreso le dará el apoyo necesario para que pueda realizar sus tareas cabalmente.

Acceso a la información: derecho que aún debe garantizarse en la ley

El derecho de los ciudadanos a tener acceso a la información pública está garantizado en la Constitución, que establece que todos los actos administrativos deben ser públicos y que todo ciudadano tiene el derecho a solicitar cualquier documento o archivo público en cualquier momento.⁸ Pero este derecho se ve lesionado por el hecho de que, a pesar del reconocimiento constitucional, no hay una ley que regule la entrega de información o facilite su

acceso cuando esta está en poder de las instituciones públicas. El acceso a la información es esencial en la lucha contra la corrupción, dado que el control de la sociedad civil depende de la información sobre el uso del dinero y el ejercicio del poder por parte de los organismos públicos y políticos.

En ausencia de una ley de acceso a la información, los pedidos se atienden sin eficacia. Si bien es posible presentar una queja ante el Tribunal Constitucional si la información pública es denegada, esto sucede rara vez ya que pocos saben del procedimiento.

El derecho constitucional se viola continuamente, según estudios de las ONG Acción Ciudadana y Observatorio Ciudadano para el Libre Acceso a la Información. Descubrieron que entre octubre de 2002 y junio de 2004, se habían negado 6 de cada 10 pedidos de acceso a la información pública. La proporción de solicitudes de información denegadas creció durante el período electoral, cuando se rechazó el 78%, mientras que en el período poselectoral el porcentaje cayó a un 32%.⁹ En abril de 2005, Acción Ciudadana hizo un seguimiento del acceso a la información sobre fondos de inversión social. Descubrió que se negaba o no se respondía la mitad de las solicitudes de información, mientras que sólo 1 de cada 4 se contestaba apropiadamente.¹⁰

En noviembre de 2004, otro informe sobre la aplicación de la Convención Interamericana contra la Corrupción descubrió que el marco legal e institucional no ayudaba a los ciudadanos a buscar la información a la que tenían derecho constitucional y, peor aún, re-

sultaba un incentivo para que los funcionarios infringieran el requerimiento constitucional de poner la información a disposición del público. El hecho de que no haya obligación expresa de organizar, publicar y proporcionar información oficial, la ausencia de procedimientos para acceder a la información, las definiciones ambiguas de la información no sujeta al derecho de acceso, la falta de organismos públicos que hagan cumplir el derecho, y la falta de sanciones ante la violación del derecho, todo redundan en una situación en que continuamente se viola el derecho al acceso a la información, aseguran los autores.¹¹

La legislatura ha mostrado falta de voluntad política para abordar el problema. Hasta principios de 2005, todavía no había una ley de acceso a la información, aunque se han presentado siete proyectos de ley al Congreso desde el año 2000.¹² Uno de los que llegó más lejos en el proceso legislativo fue el Proyecto de Ley N° 2594, denominado “Ley de Libre Acceso a la Información”.

Se presentó ante la legislatura en el año 2001 y pasó por todos los procedimientos legislativos correspondientes hasta la última fase en marzo de 2003, cuando el proceso se detuvo y el proyecto fue archivado.

Se esperaba que el nuevo Parlamento abordara de manera diferente el tema después de las elecciones de 2003. Un amplio grupo de organizaciones de la sociedad civil trabajó con la expectativa de una nueva propuesta que, así como incluía el acceso a la información pública y la figura del recurso de hábeas data, también contenía especificaciones acerca de la clasificación y desclasificación de información reservada. Esta propuesta fue presentada en noviembre de 2004 por los congresistas Eduardo Zachrisson y Nineth Montenegro y analizada por el plenario en febrero de 2005.¹³ A pesar de haber recibido número y título de proyecto oficial, el período de 60 días concedido a la Comisión del Congreso para que analizara el proyecto expiró sin que se hubiera analizado en profundidad.

Alejandro Urizar (Acción Ciudadana, Guatemala)

Artículos relacionados

Acción Ciudadana, *Manual anticlientelar para la fiscalización y control parlamentario de los fondos sociales* (Ciudad de Guatemala: Editorial Magna Terra, abril de 2005).

Acción Ciudadana, *Manual para la fiscalización parlamentaria de las contrataciones públicas a través del sistema Guatecompras* (Ciudad de Guatemala: Editorial Magna Terra, abril de 2005).

Acción Ciudadana, “El régimen disciplinario en el Sistema de Justicia y la lucha contra la corrupción”, febrero de 2005, www.accionciudadana.org.gt/.

Acción Ciudadana y ONG asociadas, *Informe independiente de seguimiento a la implementación de la Convención Interamericana contra la Corrupción* (Ciudad de Guatemala: Editorial Magna Terra, 2005).

Asociación de Investigación y Estudios Sociales (ASIES), “La cultura política de la democracia en Guatemala”, marzo de 2003, www.asies.org.gt/informes.htm/.

Coalición por la Transparencia, *Los conflictos de interés en el sector público* (Ciudad de Guatemala: Editorial Magna Terra, agosto de 2004).

Acción Ciudadana (Guatemala): www.accionciudadana.org.gt/.

Notas

1. Acuerdo Ministerial N° 386-2003 del Ministerio de Finanzas Públicas, publicado en el Boletín Oficial el 25 de septiembre de 2003.
2. Acuerdo Gubernativo N° 80-2004 del Ejecutivo, publicado en el Boletín Oficial el 25 de febrero de 2003.
3. www.guatecompras.gt/.
4. *Ibíd.*
5. “Boletín Municipal”, *Inforpress Centroamericana* 85, Guatemala, noviembre de 2004.
6. *Diario de Centroamérica* (Guatemala) 36, 302, 3 de noviembre de 2005.
7. Comisión Presidencial para la Reforma, Modernización y Fortalecimiento del Estado y sus Entidades Descentralizadas (COPRE), “Propuesta Formal sobre Reformas a la Ley de Compras y Contrataciones del Estado”, abril de 2005.
8. Artículo 30 de la Constitución. No obstante, la Constitución considera importantes excepciones al derecho a la información: los asuntos militares o diplomáticos considerados de seguridad nacional o la información acerca de personas que hayan obtenido una garantía de confidencialidad.
9. Acción Ciudadana y Observatorio Ciudadano para el Libre Acceso a la Información, *El acceso a la información pública en Guatemala, informe de tres experiencias piloto* (Ciudad de Guatemala: Editorial Magna Terra, 2004). Se presentaron un total de 268 solicitudes ante el gobierno central o autoridades municipales. Menos de la mitad fue presentada en nombre de particulares y el resto en nombre de las instituciones participantes del estudio.
10. Acción Ciudadana, *Manual anticlientelar para la fiscalización y control parlamentario de los fondos sociales* (Ciudad de Guatemala: Editorial Magna Terra, 2005).
11. Acción Ciudadana (coord.), *Informe independiente de seguimiento a la implementación de la Convención Interamericana contra la Corrupción* (Ciudad de Guatemala: Editorial Magna Terra, 2005).
12. www.congreso.gob.gt
13. Se le ha asignado el N° de Proyecto 3165 y se ha denominado “Ley de Acceso a la Información y Clasificación y Desclasificación de la Información Reservada del Estado”.

Nicaragua

Convenciones:

Convención Interamericana contra la Corrupción de la OEA (ratificada en mayo de 1999)

Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción (suscrita en diciembre de 2003, aún no ratificada)

Convención de las Naciones Unidas contra el Crimen Organizado Transnacional (ratificada en septiembre de 2002)

Cambios legales e institucionales

- El artículo 68 de la Constitución, que exime a los medios de comunicación de pagar derechos aduaneros por sus insumos, se revocó en marzo de 2005. Se es-

pera que la medida tenga un efecto adverso sobre la capacidad de los medios de comunicación de informar sobre corrupción.

- En septiembre de 2004, la Asamblea Nacional ratificó una Ley de Carrera Judicial que establece evaluaciones competitivas para los jueces, pero deja abierta la posibilidad de que estos sean designados sin concurso previo. Tampoco logra separar las funciones administrativas y judiciales de la Corte Suprema y le asigna la responsabilidad de controlar los procesos de la carrera judicial a una comisión integrada por jueces de la Corte Suprema y no a un órgano independiente.
- En marzo de 2005, el Partido Liberal Constitucionalista (PLC) presentó un proyecto de ley que, de aprobarse, amnistiaría a todos los ciudadanos acusados de delitos relacionados con la administración pública en los últimos 20 años. Entre ellos se beneficiaría el líder del PLC y ex presidente, Arnoldo Alemán, quien fue condenado a 20 años de arresto domiciliario en 2003 por lavado de dinero, malversación de fondos y fraude (véase más adelante).

El poder de la oposición sobre el gobierno bloquea las medidas contra la corrupción

Las medidas anticorrupción del presidente Enrique Bolaños tuvieron un comienzo prometedor cuando decidió presentar cargos contra su mentor político, el ex presidente Arnoldo Alemán, quien fue condenado a cumplir una condena de 20 años de arresto domiciliario por fraude, lavado de dinero y malversación de fondos (véase *Informe global de la corrupción 2005*). Pero desde entonces, el combate contra la corrupción se estancó, ya que los dos partidos más importantes en la Asamblea Nacional se aliaron para bloquear los procesos judiciales y explotar las debilidades de Bolaños, promoviendo acciones legales por supuestos vicios de financiamiento de su campaña.

Las investigaciones sobre ex funcionarios se archivaron y, a excepción de Alemán, ningún miembro del anterior

gobierno fue a prisión por corrupción. Tampoco es probable que vayan a prisión en el futuro debido a un plazo de prescripción de cinco años que se aplica a sus delitos. El período para procesar por corrupción a los miembros del anterior gobierno podría expirar aún más rápido si se aprueba el proyecto de ley de amnistía impulsado por el Partido Liberal Constitucionalista.

El fracaso más emblemático de la lucha contra la corrupción es el procesamiento de Byron Jerez, ex director general de Ingresos y cercano colaborador de Alemán. Jerez fue exonerado en cinco juicios distintos en los años 2004 y 2005, y en el único proceso en que fue condenado se anuló la sentencia pese a que existían pruebas “amplias y convincentes” en su contra, según el fiscal general Alberto Novoa quien pretendió recuperar los activos incautados, como la casa de veraneo supuestamente construida con dinero desviado de los fondos de ayuda a las víctimas del Huracán Mitch.

En el 2002, Bolaños, quien llegó al poder a la cabeza de una alianza de cinco partidos políticos, perdió el apoyo del suyo, el PLC, cuando su gobierno procesó a Alemán, su líder y quien lo había elegido originalmente como candidato presidencial. Desde entonces, el PLC y el principal partido opositor en ese momento, el Frente Sandinista de Liberación Nacional (FSLN), que controlaban en conjunto más del 90% de la Asamblea Nacional, incrementaron su influencia sobre las instituciones del Estado, dificultando la lucha contra la corrupción.

Los líderes de ambos partidos, Alemán y Daniel Ortega, pactaron informalmente en el 2000 la promoción de un cambio constitucional que reforzara su control de las instituciones y otorgara automáticamente a Alemán un escaño en la Asamblea Nacional y, con ello, la inmunidad parlamentaria. El control del Poder Legislativo ha permitido a ambos partidos presentar varias leyes que dificultan la lucha contra la corrupción. Se eliminó la exención de impuestos a las empresas de medios de comunicación que se quejan de que la medida fue motivada por el deseo de restringir la libertad de expresión. Otra medida discutida fue la aprobación de la Ley de Carrera Judicial en septiembre de 2004, que faculta a la Corte Suprema para que siga ejerciendo sus responsabilidades tanto de administrar como de impartir justicia. Esto contravenía las recomendaciones de varias organizaciones de la sociedad civil. La ley permite que los jueces y otros funcionarios judiciales sean contratados y ascendidos sin participar en concursos.

La ley también ratificó los cargos judiciales en ejercicio, lo que, en la práctica, se tradujo en que el PLC aprobara la designación de jueces que habían sido denunciados un año antes por trabajar para el FSLN.

El PLC traspasó poder al FSLN también en otras áreas; el caso más significativo fue la cesión de la presidencia de la Asamblea Nacional, con lo que, por primera vez en dos años, un miembro de ese partido tuvo un puesto de jerarquía en la legislatura. El evidente *quid pro quo* por las numerosas concesiones otorgadas por el PLC al FSLN es el apoyo a la liberación de Alemán.

A mediados de noviembre de 2004, en una oleada de actividad legislativa, se impulsó la adopción de 14 leyes en cuatro días (no se había aprobado ninguna en los seis meses anteriores), muchas de las cuales ayudaron a trasladar el equilibrio de poder del gobierno a la legislatura. Tanto la Corte Centroamericana de Justicia como la Organización de Estados Americanos han criticado las nuevas leyes porque erosionan las facultades del Poder Ejecutivo.¹

Entre la nueva legislación figura una ley que confiere a la Asamblea Nacional la facultad de ratificar o rechazar los candidatos a cargos ministeriales o diplomáticos y reducir el quórum de legisladores para rechazar un decreto presidencial. A la Asamblea Nacional también se le otorgó la facultad no sólo de aceptar o rechazar el presupuesto, sino también de modificarlo. Otra ley agrupa a varias instituciones nuevas bajo el control de la Asamblea, entre ellas los organismos de fiscalización de los servicios públicos, la seguridad

social y los reclamos sobre propiedad privada.

Es de vital importancia contar con una legislatura fuerte y sólida. Hace una década las amplias facultades presidenciales eran motivo de preocupación. Sin embargo, ahora la preocupación es si el equilibrio ha cambiado demasiado dejando al Poder Ejecutivo u otras instituciones con insuficientes contrapesos. Esto es especialmente preocupante dada la débil tradición democrática de Nicaragua. Aunque la ley exige a los partidos políticos que designen sus candidatos mediante los métodos más democráticos posibles², esta disposición se elude casi universalmente. Las autoridades de los partidos no celebran elecciones internas, sino que preparan

listas cerradas de sus candidatos predilectos para llenar la poderosa Asamblea Nacional. Estos candidatos terminan ocupando puestos claves en el Poder Judicial, en el tribunal electoral, en la contraloría y en otros organismos institucionales.

El duopolio político se está afianzando a través de leyes y prácticas que dificultan la participación de los opositores o la independencia de las instituciones estatales. En el marco legal introducido por los dos partidos principales desde el año 2000 es casi imposible crear otros nuevos partidos³, mientras que la falta de democracia partidaria interna frena continuamente a los reformistas dentro de los dos existentes.

Roberto Courtney (Grupo Cívico Ética y Transparencia, Nicaragua)

Artículos relacionados

Países del G8 y Gobierno de Nicaragua, “Acuerdo de la Asociación G8/Nicaragua para Promover la Transparencia y Combatir la Corrupción: Una Nueva Asociación entre el G8 y Nicaragua”, junio de 2004, www.whitehouse.gov/news/releases/2004/06/20040610-35.html.

Universidad Centroamericana, “Tercera encuesta sobre percepción de la población sobre la corrupción”, abril de 2005, www.uca.edu.ni/.

Grupo Cívico Ética y Transparencia (TI Nicaragua): www.eyt.org.ni/.

Notas

1. La OEA ha enviado varias misiones a evaluar si las reformas y el estancamiento entre el Ejecutivo y la legislatura representan una “ruptura del orden democrático”. Analistas nicaragüenses concuerdan en su crítica de las reformas, que, sostienen, afectan el equilibrio y la independencia de los poderes.
2. Artículo 63 de la Ley Electoral.
3. Véase el *Informe global de la corrupción 2004 y 2005* para un análisis de los efectos de la ley electoral del año 2000.

Panamá

Convenciones:

Convención Interamericana contra la Corrupción de la OEA (ratificada en octubre de 1998)

Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción (ratificada en mayo de 2005)

Convención de las Naciones Unidas contra el Crimen Organizado Transnacional (ratificada en agosto de 2004)

Cambios legales e institucionales

- El Decreto Ejecutivo N° 335 del 1 de septiembre de 2004, día en que el presidente Martín Torrijos Espino asumió su mandato, deroga el Decreto Ejecutivo N° 124 de mayo de 2002 que regulaba la ley de transparencia. El decreto de 2002 fue emitido en el mandato de la ex presidenta Mireya Moscoso y representaba un obstáculo al acceso a la información, pues la restringía a todas las personas interesadas que tuvieran una relación directa con la información requerida. La Corte Suprema había rechazado muchos recursos de habeas data basándose en el anterior decreto. En mayo de 2004, la Corte Suprema determinó que algunos de los artículos más restrictivos del anterior decreto eran ilegales.
- Cuando el nuevo gobierno asumió el poder en septiembre de 2004, el ministro de la Presidencia Ubaldo Real prometió hacer pública la forma en que el presidente gastaba las partidas discrecionales del presupuesto y reducir el monto de US\$25 millones al año a menos de US\$5 millones. Ambas promesas se cumplieron. La información está disponible en los sitios web de la presidencia y del defensor del pueblo.¹ La cantidad aprobada en el primer año de la actual administración fue de US\$3,9 millones. El contralor general ha redactado regulaciones preliminares para la forma en que futuros presidentes deberán usar los fondos, que en el pasado se destinaban a cubrir gastos personales o a beneficiar a la familia y a los amigos. Los dos sitios web y las investigaciones de los periódicos La Prensa y El Panamá América revelan detalles de numerosas acusaciones de uso indebido de fondos para comprar joyas, obras de arte, ropa y actividades de entretenimiento; y realizar pagos a periodistas durante los gobiernos de Ernesto Pérez Balladares (1994-1999) y Mireya Moscoso (1999-2004).
- En diciembre de 2004, se emitió un código de ética que prohíbe a los funcionarios públicos solicitar o aceptar regalos u otros beneficios; mantener relaciones o generar situaciones en las que su interés personal, económico o financiero

pueda entrar en conflicto con el adecuado desempeño de sus funciones; dirigir, administrar, asesorar, apoyar, representar o prestar servicios (pagos o voluntarios) a personas que administren, se beneficien de concesiones o privilegios del Estado o mantengan contratos con éste y mantener vínculos, favores u obligaciones con organismos directamente supervisados por la entidad que emplea al funcionario público. El código establece que los funcionarios no deben nombrar a familiares en cargos públicos. Las sanciones por violar el código van desde una amonestación verbal a la destitución. Cada organismo de gobierno es responsable de hacer cumplir el código. Hasta ahora, no existen mecanismos externos de control.

- El Decreto Ejecutivo N° 179 de octubre de 2004 creó el Consejo Nacional de Transparencia contra la Corrupción, organismo consultor que asesora al Poder Ejecutivo en temas relacionados con la transparencia y la prevención de la corrupción. En enero de 2005, se designaron sus miembros: el ministro de la presidencia, el procurador general, el fiscal de asuntos administrativos, el contralor general, el defensor del pueblo y representantes del sector privado, del mundo sindical, de la sociedad civil, de la Iglesia y de los medios de comunicación. En septiembre de 2006, la representante de las organizaciones de la sociedad civil, Angélica Maytín Justiniani, envió su carta de renuncia al cargo, dirigida al presidente de la República, ya que consideraba que la creación del Consejo Nacional de Transparencia y su Secretaría Ejecutiva no son los instrumentos idóneos para coadyuvar en su promesa de campaña de “0 Corrupción”, y respetuosamente le recomendó que considere otra vía más eficaz para enfrentar este flagelo.
- En enero de 2005, la nueva procuradora general, Ana Matilde Gómez Ruiloba, designó un nuevo fiscal anticorrupción, con lo que se eleva a tres el número de quienes tienen ese cargo.
- En marzo de 2005, el gobierno suscribió un Pacto de Estado por la Justicia que creó una comisión especial con un plazo de seis meses para analizar y proponer mejoras al sistema judicial. Esta medida se tomó luego de que magistrados de la Corte Suprema de Justicia se acusaron mutuamente de actos de corrupción. Las organizaciones de la sociedad civil han exigido la renuncia de todos los magistrados de la Corte Suprema y la revisión del procedimiento de selección para descartar toda posibilidad de interferencia política (véase más adelante).

Consejo Nacional de Transparencia contra la Corrupción (CNTCC)

La corrupción y el alto nivel de im-

punidad de los implicados en ella son preocupaciones centrales en Panamá y sólo las precede el desempleo, según encuestas recientes.² La administración

del presidente Martín Torrijos Espino llegó al poder con el compromiso de promover una mayor transparencia y poner freno a la corrupción. Prometió designar un Consejo Nacional de Transparencia contra la Corrupción; derogar un decreto que limitaba la efectividad de la ley de transparencia; revelar el uso de las partidas discrecionales; profesionalizar el servicio público; promulgar una ley general de salario; introducir políticas para dotar de transparencia a las compras públicas y seleccionar un nuevo procurador general. Torrijos ha cumplido con algunas de estas promesas, aunque su efecto sobre los niveles de corrupción todavía está por demostrarse.

La mayor parte de los cambios legales ya se ha presentado, si no adoptado, y Ana Matilde Gómez fue nombrada procuradora general en enero de 2005. Una de sus primeras tareas fue investigar los progresos en algunos de los casos de corrupción más escandalosos del país. Al presentar su informe, anunció que abriría nuevas investigaciones, incluida una por supuesto enriquecimiento ilícito a aliados de la ex presidenta Mireya Moscoso. El gobierno ha presentado hasta ahora varias demandas por enriquecimiento ilícito, pero muchas están estancadas en la Corte Suprema.

El Consejo Nacional de Transparencia contra la Corrupción (CNTCC) fue creado por decreto el 27 de octubre de 2004 con el fin de llenar un vacío percibido en la estrategia anticorrupción mediante la prevención. El ex procurador Cristóbal Arboleda fue designado como su primer secretario ejecutivo por un período de cuatro meses. Al asumir

el cargo, anunció que sólo investigaría acusaciones de corrupción difundidas en los medios y con un proceso administrativo y no penal.

Se realizaron denuncias por la práctica de nepotismo en algunas instituciones, pero el secretario anticorrupción asumió su papel. Otra de las acusaciones se refería a la designación de Sandra Noriega, hija del ex presidente Manuel Antonio Noriega, hoy en prisión, en el consulado panameño en la República Dominicana, a pesar de que se la había inhabilitado para la función pública durante 10 años tras una condena por abuso de fondos públicos en 1996. El secretario anticorrupción tampoco comentó el caso, aunque el gobierno había identificado como una de sus prioridades el mantenimiento de niveles adecuados de competencia e integridad entre los designados a los cuerpos diplomáticos y consulares.

La representante de la sociedad civil en el CNTCC solicitó en una carta a Arboleda en febrero de 2005 que dispusiera que todas las instituciones públicas investigaran posibles casos de nepotismo y sancionaran los hechos demostrados conforme al nuevo código de ética para los funcionarios públicos. La carta fue presentada en la televisión nacional y en los medios gráficos. Al día siguiente, Arboleda presentó su renuncia, que aceptó el presidente Torrijos. En marzo de 2005, Alma Montenegro de Fletcher asumió el cargo. Había ejercido como procuradora general de asuntos administrativos de 1994 a 2004.

Existe mucho escepticismo acerca del desempeño de la secretaria ejecutiva y del CNTCC, ya que no cumple a caba-

lidad con su labor de asesorar al Ejecutivo en sus políticas anticorrupción ni realiza de oficio las investigaciones administrativas con el rigor que debería. Recientemente se hizo público que un magistrado del Tribunal Electoral tenía nombrado en dicha institución a nueve parientes suyos, en abierta violación del Código de Ética para los funcionarios públicos, y la señora Montenegro de Fletcher –en vez de de investigar de oficio este hecho, tal como lo establece el Decreto Ejecutivo que creó esta instancia– manifestó que debían presentarle una denuncia para ella proceder.

La Secretaría del CNTCC se ha dedicado a realizar conferencias, talleres y teatro popular, dejando de lado acciones más contundentes que la ciudadanía espera de un ente llamado a controlar la corrupción y con funciones claramente establecidas.

Pacto de Estado por la Justicia

Las instituciones panameñas han estado en crisis desde enero de 2002, cuando el congresista Carlos Afú admitió que él y muchos de sus colaboradores habían recibido sobornos por votar a favor de un contrato entre el gobierno y un consorcio privado para construir un Centro Multimodal Industrial y de Servicios (CEMIS) en el área del puerto de Colón. Desde entonces, diversas organizaciones han estado presionando por la renuncia de ambos jueces y el procesamiento de los congresistas que aceptaron los sobornos.

El tribunal cerró el caso CEMIS con el fundamento de que los congresistas tenían inmunidad en el momento de

iniciarse la investigación. El 30 de marzo, la Comisión de Credenciales y Asuntos Jurídicos de la Asamblea Nacional decidió no investigar otro reclamo que se hizo público primero en los medios y luego en una conferencia de prensa del juez Adán Arnulfo Arjona, quien acusó a uno de sus colegas de dictar fallos sistemáticamente favorables a los traficantes de drogas.

En un intento de recuperar la credibilidad de la Corte Suprema, el gobierno convocó a los presidentes de la legislatura y del Poder Judicial, a los dos procuradores generales, al defensor del pueblo, al presidente del Colegio Nacional de Abogados y a la ONG de la sociedad civil Alianza Ciudadana Pro Justicia para firmar un Pacto por la Justicia. El pacto creó una Comisión de Estado por la Justicia y le asignó un plazo de 180 días para que presentara recomendaciones sobre la reestructuración y modernización del Poder Judicial y de la Procuraduría. Se dio la oportunidad de presentar propuestas a las organizaciones de la sociedad civil y al público en general.

Algunos de las áreas más importantes a revisar son:

- Cambios en la estructura organizacional y en los procesos y regulaciones a fin de aumentar la independencia, la eficiencia y la competencia del Poder Judicial y de la Procuraduría General.
- Mayor transparencia en el proceso de selección de los jueces de la Corte Suprema.
- Mecanismos de rendición de cuentas y procesos de evaluación para jueces,

magistrados, abogados y procuradores públicos que garanticen que los presupuestos del Poder Judicial y de la Procuraduría se utilicen debidamente.

- Redacción de un proyecto de ley de reforma legal que simplifique los procesos judiciales y facilite el uso del sistema judicial.

La reacción del público ante el pacto fue negativa al principio porque se requerían acciones más concretas, no otra comisión. La propuesta que concitó el mayor interés se refería a la selección y remoción de los jueces de la Corte Su-

prema. Según la propuesta, un comité de preselección de cinco ONG de la sociedad civil enviaría una nómina de 15 candidatos al presidente, quien escogería uno entre los nombres presentados. Se debía contar con un proyecto final en septiembre de 2005, junto con otras propuestas del comité. Se nombró la citada comisión para evaluar las postulaciones al cargo de Magistrado de la Corte, pero sus miembros no tenían potestad para vetar a ningún candidato, sólo debían verificar que cumplieran con los requisitos que establece la Constitución Nacional.

Angélica Maytín Justiniani (TI Panamá)

Artículos relacionados

Alianza Ciudadana Pro Justicia, “Audito ciudadano del caso CEMIS”, 2004, www.alianzaprojusticia.org.pa/.

Fundación para el Desarrollo de la Libertad Ciudadana, “Propuestas para fortalecer las instituciones que investigan y previenen la corrupción en Panamá”, 2004, www.libertadciudadana.org/.

TI Panamá: www.libertadciudadana.org/.

Notas

1. Véase www.presidencia.gob.pa y www.defensoriadelpueblo.gob.pa/.
2. TI Panamá, “Corruptómetro”, www.transparency.org.

Perú

Convenciones:

Convención Interamericana contra la Corrupción de la OEA (ratificada en junio de 1997)

Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción (ratificada en noviembre de 2004)

Convención de las Naciones Unidas contra el Crimen Organizado Transnacional (ratificada en enero de 2002)

Cambios legales e institucionales

- Las reformas al Código Penal y al Código de Procedimientos Penales fueron aprobadas en julio de 2004. Estas facilitan a los jueces de las causas la preparación de sus informes finales y amplían las instancias en que se puede emplear el arresto preventivo a casos complejos con más de 10 implicados (se reduce también el número de sospechosos implicados en los prolongados casos de corrupción que gozan de los beneficios del arresto domiciliario o la libertad bajo fianza). Se han endurecido las sanciones a los funcionarios públicos culpables de corrupción y se ha establecido una clara diferencia entre quienes proponen una transacción corrupta o extorsionan para conseguirla (que recibirán, en promedio, una pena cuatro años mayor que en el anterior régimen) y quienes perpetrar el acto corrupto (que recibirán una pena dos años mayor). Las condenas por enriquecimiento ilícito también aumentaron de ocho a dieciocho años para los altos funcionarios públicos.
- En julio de 2004 se adoptó una nueva ley sobre contratos y compras públicas y las reglamentaciones secundarias de su ejecución entraron en vigor en diciembre. La ley contiene los detalles de un sistema en línea para contratos del Estado (SEACE) que se ha venido desarrollando desde el año 2002. Clarifica qué organismos entrarán en la jurisdicción de la ley; crea un registro nacional de proveedores; amplía la lista de motivos de inhabilitación en los contratos públicos; extiende el plazo para que ex funcionarios puedan celebrar contratos con el Estado; declara la nulidad de los procesos de contratación que no están incluidos en los planes de compras anuales de las instituciones estatales y explica los contratos de suministros que reciben calificación de urgentes y, por lo tanto, se pueden adjudicar sin licitación, ya que la institución quedaría paralizada sin ellos. La principal falla es que no hay necesidad de demostrar qué clase de situación se califica de urgente.
- En julio de 2004 se modificó la ley que rige la Unidad de Inteligencia Financiera (UIF), que recibió nuevas facultades para solicitar información a cualquier institución pública (anteriormente sólo podía requerir información sobre transacciones sospechosas). La modificación expande además la esfera de operaciones a la prevención y detección del financiamiento del terrorismo y amplía la cooperación entre organizaciones internacionales y otras instituciones públicas locales. Sin embargo, la reforma recibió críticas por reducir la independencia de la UIF, ya que la jefatura del organismo es ahora responsable directamente ante el gabinete y no ante el superintendente de Banca y Seguros (SBS), constitucionalmente independiente. El financiamiento del organismo se ha restringido a fondos de las arcas fiscales, fondos recuperados del régimen de Fujimori (que son limitados) y multas impuestas por la UIF.

- En septiembre de 2004 se reformó la Comisión de Ética del Congreso en un intento de mejorar su deficiente funcionamiento. Desde su creación en marzo de 2003, no ha podido sancionar a un solo parlamentario a pesar de las innumerables quejas recibidas. Está integrada por siete parlamentarios encabezados por un nuevo presidente. Desde que fuera reformada, la comisión recomendó una suspensión de 120 días a un congresista que atacó a un funcionario de gobierno, pero el Congreso luego redujo la sanción.
- La comisión creada por el ministro de Justicia Blado Kresalja en mayo de 2004 para diseñar un programa anticorrupción (véase el Informe global de la corrupción 2005) colapsó en julio, luego de que el ministro renunciara como protesta a una nueva ley de medios que permite que las estaciones de radio y televisión de Perú tengan hasta un 40% de propiedad extranjera.
- En febrero de 2005 se creó una comisión de quejas y reparación para actos de corrupción cometidos por docentes, directores de escuelas y funcionarios del sector educacional en Lima.

Se frustran los intentos de dismantlar la maquinaria de Fujimori

Tras cuatro años de una batalla legal y política contra el grupo dirigido por el ex presidente Alberto Fujimori y su cercano colaborador, Vladimiro Montesinos, ha habido algunos logros importantes, aunque parciales. Para septiembre de 2004, se habían interpuesto 201 causas que involucraban a más de 1.400 sospechosos y se habían recuperado US\$175 millones. La investigación ha entrado ahora en una segunda y crucial etapa y se concentrará en la capacidad del Estado para sancionar a los responsables. El éxito de lograr condenas en esta etapa sería un paso para superar la percepción generalizada del público de que en Perú, la impunidad es la regla, no la excepción.

La reticencia del gobierno a atacar las raíces de la corrupción se confirmó durante el curso de las diligencias de

Luis Vargas, quien dirigía la investigación Fujimori-Montesinos, cuando descubrió claros vínculos entre un integrante del círculo íntimo del presidente Alejandro Toledo y una prominente figura de la organización que saqueó gran parte de las riquezas de Perú en la década de 1990. Las investigaciones revelaron que César Almeyda, amigo, asesor y ex abogado de Toledo, había mantenido comunicación con el general retirado Oscar Villanueva, también conocido como el tesorero de Montesinos. La prueba suministrada era una conversación grabada en la que Almeyda supuestamente ofrecía a Villanueva mejores condiciones carcelarias a cambio de información que pudiera ser útil contra los enemigos políticos de Toledo. Villanueva se suicidó cuando se divulgó esta grabación en septiembre de 2002. La conversación implicaba a altos funcionarios y Toledo no pudo evitar el posterior arresto

de Almeyda. Sin embargo, el caso no quedó allí.

Vargas quería encargarse de la nueva investigación para determinar hasta dónde habían penetrado los tentáculos de la red Fujimori-Montesinos en la administración de Toledo. El gobierno demostró férrea oposición y argumentó que la oficina del investigador especial se había creado únicamente para tratar sucesos ocurridos entre 1990 y 2000 y que su alcance no debía sobrepasar ese período. El contralor general, el procurador general y el jefe del Consejo de Defensa Legal apoyaron la postura del gobierno, pero trascendió que el ministro de Justicia Baldo Kresalja estaba inicialmente a favor de expandir los términos de referencia, aunque cambió de parecer con posterioridad.

Las relaciones entre el equipo de investigación y el gobierno se deterioraron aún más después de que los medios divulgaron en julio de 2004 que Perú Posible, el partido gobernante, habría falsificado cientos de miles de firmas para registrarse como nuevo partido a tiempo para las elecciones generales de 2001. Aparentemente, esto se había conseguido gracias a los estrechos vínculos del partido con la Oficina Nacional de Procesos Electorales (ONPE), el organismo electoral aún bajo el control de Fujimori y Montesinos (véase la información a continuación).

El mandato de Vargas debía expirar en octubre de 2004, pero algunos funcionarios ya habían sugerido su reemplazo durante una campaña sucia que había menospreciado los resultados de su investigación y remarcado su incapacidad para asegurar más condenas

o extraditar a Fujimori desde Japón.¹ La permanencia de Vargas en el cargo fácilmente podría haber finalizado entonces, si no fuese por una multitudinaria manifestación pública y varias encuestas de opinión que demostraban que los peruanos querían su continuidad. La opinión pública se impuso, pero su contrato fue renovado sólo por tres meses, después de los cuales Antonio Maldonado fue designado nuevo investigador especial.

Muchos integrantes del equipo de Vargas renunciaron en protesta y expresaron su preocupación por que Maldonado no abordara el caso de Almeyda con tanta profundidad, ni la acusación de falsificación de firmas, porque implicaban una investigación a los políticos en las altas esferas.

El convencimiento de que los corruptos gozan de inmunidad frente a los procesos judiciales está fuertemente arraigado en la población, según demuestra la encuesta de opinión anual realizada por la ONG anticorrupción Proética, que revela que el 79% de los encuestados cree que los cargos por corrupción no reciben ningún tipo de sanción y el 83% piensa que dentro de cinco años la corrupción estará tan mal o peor que ahora.

Con su reputación manchada por supuestos vínculos con el régimen de Fujimori, el gobierno se vio peligrosamente desestabilizado. Atrapado entre el deseo de proteger al presidente y su partido y el compromiso público de castigar la corrupción, decidió inutilizar a su equipo de investigación especial en lugar de abrirse a una exploración más profunda.

La reacción de Toledo al caso fábrica de firmas

La precaria popularidad del gobierno de Toledo entre el electorado (su índice de aprobación bordeaba el 10% a principios de 2005) se vio aún más golpeada por la noticia de que se habían falsificado firmas para que el partido oficialista pudiera participar de la elección de 2001.

Entre los métodos supuestamente empleados por Perú Posible estaba la creación de una fábrica de firmas, con personas contratadas por las autoridades partidarias, que se encargaron de fabricar las 500.000 firmas requeridas por ley para registrar un partido nuevo.

Desde julio de 2004, una serie de otras revelaciones salió a la luz. Apareció un testigo clave y luego desapareció de manera misteriosa; se retractó de su declaración original, acusó después a políticos de participar en su desaparición e implicó a varios funcionarios en el proceso. Mientras la saga continuaba, aparecieron otros testigos con declaraciones contradictorias y se descubrió otra fábrica de firmas vinculada al congresista Rafael Rey y su partido Code-Renovación. Rey era muy conocido por su postura pro Fujimori en la década de 1990, pero adujo haber puesto fin a sus vinculaciones con el régimen.

Esta última revelación dejó la impresión de que la mayoría de los partidos falsificó firmas y cometió otros actos de corrupción para participar en la elección. De hecho, se informó que

Fujimori y Montesinos controlaban la Comisión Electoral, la ONPE y el Jurado Nacional de Elecciones (JNE). Esta impresión se vio reforzada cuando Heriberto Benítez, uno de los cinco miembros de la comisión parlamentaria conformada para investigar las fábricas de firmas, propuso una amnistía general a todos los partidos implicados, con el propósito de evitar la crisis del sistema político. El ministro de Vivienda Carlos Bruce admitió que Perú Posible había falsificado firmas, pero lo defendió argumentando que el fin, derrotar al régimen de Fujimori, justificaba los medios.

La Comisión había avanzado muy poco al momento de presentar sus conclusiones en mayo de 2005. Los miembros acordaron que los líderes de Perú Posible, incluido el presidente Toledo, eran todos responsables, pero no pudieron ponerse de acuerdo en qué sanciones imponer. Uno de los objetivos de la Comisión había sido interrogar al presidente Toledo, pero la solicitud fue negada. Finalmente, accedió a comparecer con la condición de que no se grabara el encuentro, decisión que confirmó a muchos su falta de voluntad para colaborar con la Comisión. El caso pasó a manos de la Procuraduría.

Este caso y la incapacidad del Congreso de sancionar a los responsables sólo pueden contribuir a erosionar más la confianza del electorado en los partidos políticos en Perú. En una encuesta realizada por la Universidad de Lima en 2003, el 81% de los ciudadanos afirmaba no confiar en los partidos políticos.

Samuel Rotta Castilla y Leonardo Narvarte Olivares (Proética)

Artículos relacionados

Beatriz Boza, *Acceso a la información del Estado: Marco legal y buenas prácticas* (Lima: Fundación Konrad Adenauer, 2004).

Defensoría del Pueblo, *Índice de Buen Gobierno. Resultados del IBG aplicados a los gobiernos regionales en el Perú: enero 2003-junio 2004* (Lima: Defensoría del Pueblo, 2004).

Instituto Prensa y Sociedad (IPYS), *Acceso a la información de las entidades del sector salud* (Lima: IPYS, 2004)

Felipe Portocarrero S. (ed.), *El pacto infame. Estudios sobre la corrupción en Perú* (Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú, 2005).

Proética, “III Conferencia Nacional Anticorrupción”, Lima, 2005, transcripción de las reuniones publicadas en www.proetica.org.pe.

Proética (TI Perú): www.proetica.org.pe/.

Nota

1. Véase el *Informe global de la corrupción 2004*.

Venezuela

Convenciones:

Convención Interamericana contra la Corrupción de la OEA (ratificada en junio de 1997)

Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción (suscrita en diciembre de 2003, aún no ratificada)

Convención de las Naciones Unidas contra el Crimen Organizado Transnacional (ratificada en mayo de 2002)

Cambios legales e institucionales

- En julio de 2004, la legislatura aprobó una legislación secundaria que amplía las facultades del defensor del pueblo, cargo creado en 1999. La nueva ley especifica que la fiscalización del abuso del poder y de las deficiencias en la prestación de servicios estarán ahora entre las nuevas responsabilidades de este funcionario.
- La ley que reforma parcialmente el Código Penal entró en vigor en marzo de 2005. No elimina una disposición que penaliza las “expresiones ofensivas” dirigidas a funcionarios públicos, que dificulta que las organizaciones de la sociedad civil denuncien actos de corrupción. De hecho, la reforma eleva las sanciones a los acusados de “dañar la reputación” de los funcionarios públicos de un máximo de 18 meses de cárcel en la legislación anterior a tres años en la actual. La Sociedad Interamericana de Prensa argumenta que esta ley restringe

seriamente la libertad de prensa. En febrero de 2005, la periodista Ibéyise Pacheco fue condenada a nueve meses de cárcel por difamar a un coronel del ejército. La reforma también sanciona a las organizaciones de la sociedad civil por “entregar y recibir recursos nacionales o extranjeros de cualquier índole si estos se destinan a conspirar contra la integridad del territorio de la República o las instituciones del Estado, o bien a desestabilizar el orden social”. Los términos son tan amplios que las ONG corren el riesgo de enfrentar investigaciones si reciben fondos externos para actividades en favor de la democracia. Se invocó el anterior Código Penal, de menor amplitud, en contra de miembros de la ONG Súmate, acusados en noviembre de 2004 de traicionar al país por utilizar fondos de la organización estadounidense Fundación Nacional para la Democracia para alentar la participación en el referéndum sobre el mandato del presidente Hugo Chávez.

- En diciembre de 2004, se crearon nueve cargos de ministros de la Corte Suprema, en un proceso que fue criticado por su interferencia política (véase a continuación).

Falta de independencia en el sistema judicial

Un Poder Judicial independiente es vital en un Estado democrático y esencial en la lucha contra la corrupción. La independencia del Poder Judicial venezolano se ha visto cuestionada desde que una ley de mayo de 2004 sobre la Corte Suprema reemplazara la normativa vigente desde 1976. La ley fue aprobada por simple mayoría en la Asamblea Nacional, no por el quórum de dos tercios que establecía la Constitución. Los decanos de las facultades de derecho de cuatro universidades del país presentaron un recurso de inconstitucionalidad que generó un debate nacional acerca de la pérdida de autonomía del Poder Judicial.¹ Uno de los principales reparos era que el proyecto de ley era promovido por el congresista Luis Velásquez Alvaray, político pro oficialista designa-

do a la Corte Suprema y también presidente de la comisión responsable de nombrar y destituir a los jueces.

El cambio más importante de la ley fue aumentar el número de jueces de 20 a 32. La razón que esgrimieron las autoridades judiciales fue que los recursos humanos adicionales ayudarían a agilizar las causas pendientes de la Corte Suprema, aunque estaban bastante al día con la carga de trabajo.² En esa ocasión, se designaron 17 nuevos jueces, ya que habían aparecido otras cinco vacantes por jubilación o destitución. ONG nacionales e internacionales³ y algunos sectores de la oposición insistieron en que el motivo real detrás de la nueva ley era la necesidad de llevar al Poder Judicial a partidarios del presidente Chávez.

Se supone que un comité de designaciones, integrado por varios sectores de la sociedad, supervisa la selección de

los jueces de la Corte Suprema según la Constitución. En esta oportunidad, el comité estaba compuesto por cinco congresistas del grupo parlamentario oficialista y seis representantes de organizaciones abiertamente simpatizantes del gobierno. Por ejemplo, Juan José Molina Bermúdez fue asesor legal de Podemos, partido que apoya al gobierno, y presentó con éxito numerosos recursos ante la Corte Suprema que dificultaron que la oposición reuniera firmas para llamar a un referéndum en agosto de 2004 para revocar el mandato del presidente Chávez. Otro integrante era Gustavo Hidalgo, designado director ejecutivo de la Magistratura en febrero de 2005. Las organizaciones de la sociedad civil preocupadas por la administración de la justicia se sintieron excluidas del proceso y así lo declararon públicamente.

Omar Mora Díaz, nuevo presidente de la Corte Suprema, se define en las entrevistas como “revolucionario” (lo que significa partidario de Chávez). El día que asumió el cargo, anunció la destitución de varios jueces, entre ellos tres que habían emitido fallos considerados favorables a la oposición. La nueva ley ablanda el procedimiento de destitución de jueces si el Consejo Moral Republicano (integrado por el defensor del pueblo, el fiscal y el contralor general) considera que han cometido “errores graves”.

Esta pérdida de independencia no sólo afecta a los jueces de alto nivel. Según la Corte Suprema, en marzo de 2005 más del 70% de los jueces eran provisionales, lo que significa que se pueden designar y destituir sin mediar un pro-

cedimiento administrativo. Esto debilita la autonomía del Poder Judicial porque los jueces pueden favorecer los intereses de quienes los ayuden a mantenerse en sus puestos. El problema se agudizó a principios de 2003 cuando se suspendieron los concursos para ingresar a la carrera judicial, medida que contravenía la Constitución. Un veto presidencial en noviembre de 2003 impidió que la Asamblea Nacional adoptara un código de ética para la Judicatura, otro de los requerimientos constitucionales. En febrero de 2005, Mora Díaz presentó un “plan para la transformación revolucionaria” del Poder Judicial, que consideraba la destitución masiva de los jueces y su reemplazo por otros funcionarios que recibirían una capacitación intensiva de apenas un mes.

A la preocupación de que la falta de independencia pueda dificultar los procesos por corrupción que afectan los intereses del gobierno se suman otras inquietudes más inmediatas. En enero de 2005, a días de haber asumido la jefatura en la dirección del Poder Judicial, Luis Velásquez Alvaray despidió a todos sus coordinadores y directores. Antes de asumir dicho cargo, Velásquez Alvaray había presidido una comisión parlamentaria que investigaba la corrupción judicial.

En febrero de ese mismo año se filtraron a la prensa numerosas quejas presentadas por la ex directora ejecutiva, Yolanda Jaimes, al Contralor General en noviembre de 2004. En una exigía investigar el sobreprecio de los cursos de capacitación para los jueces que la Dirección Ejecutiva había organizado. Según Jaimes, se pagaron US\$520 por

hora de capacitación, comparados con los US\$40 que cobra la empresa más cara por el mismo servicio. Otra queja se refiere a la inversión en instrumentos financieros de riesgo de los fondos de pensiones de los empleados del Poder Judicial.

Informes auditados de la segunda mitad de 2004, publicados por la nueva administración de la Dirección Judicial, indicaban que se había contratado a 3.000 empleados sin autorización y algunas personas de la nómina no existían. No había un registro de proveedores de servicios o de compras y se facturaron costosos estudios de empresas consultoras que nunca se realizaron. Las disposiciones de contratación se quebrantaban con regularidad y se seleccionaban empresas que no cumplían con los requisitos técnicos para adjudicarse los contratos.

La cobertura de estas irregularidades en los medios de comunicación coincidió con el anuncio de un nuevo plan estratégico para el Poder Judicial. El plan exige US\$47 millones adicionales para la justicia, pero no contempla mecanismos que aseguren una mayor transparencia de su funcionamiento ni la forma en que se empleen los fondos.

Corrupción en la petrolera estatal de Venezuela

La empresa petrolera estatal, Petróleos de Venezuela (PDVSA), es la quinta productora de petróleo del mundo y genera más del 40% del presupuesto anual del país. En el primer semestre de 2005, se presentaron una serie de reclamos que cuestionaban la administración y

transparencia de “la industria”, según se la conoce.

La compañía no presentó estados financieros auditados desde el año 2002, aunque la ley exige su presentación anual. Sin estas cifras, resulta difícil controlar la salud de la empresa y fiscalizar el uso de sus recursos. Según el Banco Central de Venezuela (BCV), se puede asegurar que, a fines del ejercicio 2004, existía una diferencia de US\$3.500 millones entre el dinero que supuestamente habría pagado PDVSA y la cifra que llegó efectivamente al BCV. Nadie sabe adónde fue el dinero, sólo que no fue registrado por el BCV.⁴

Según José Guerra, ex director del Departamento de Investigaciones del BCV, PDVSA debería haber presentado comprobantes por US\$9.900 millones en el primer trimestre de 2005, pero sólo los presentó por US\$6.400 millones. En mayo, el ministro de Energía Rafael Ramírez señaló en una conferencia de prensa que PDVSA produjo 3,3 millones de barriles diarios durante el primer trimestre de 2005, pero se desconoce qué hizo PDVSA con los US\$2.400 millones de déficit.⁵ Domingo Maza Zavala, miembro del directorio del BCV, precisó que la cifra recibida por el Banco en el primer trimestre fue de US\$4.800 millones, lo que significa que el déficit podría llegar a US\$4.200 millones.

Además, desde agosto de 2003, el Ministerio de Energía no ha publicado el informe anual Petróleo y otros datos estadísticos (PODE), que brinda estadísticas vitales relacionadas con el sector petrolero y las empresas internacionales que operan en Venezuela des-

de 1956. Desde que se nacionalizó la producción de petróleo en 1976, PODE publicaba mensual, trimestral y anualmente la información suministrada por PDVSA, incluidos los comprobantes netos, el promedio de producción diaria, el volumen diario de crudo procesado en refinerías, el precio de las regalías y el precio de venta del crudo y los productos refinados. Además de violar las disposiciones constitucionales sobre el acceso a la información⁶ y las leyes anticorrupción⁷, estas omisiones esconden a la opinión pública el nivel real de producción diaria (el gobierno asegura que la producción es de 3,3 millones de barriles al día; fuentes de la industria ubican la cifra en 2,6 millones).

En lo referente a beneficios indebidos, han surgido otras acusaciones que denuncian comisiones multimillonarias pagadas ilegalmente por ventas de exportación.⁸ Es cada vez más frecuente que los hidrocarburos se comercialicen a través de intermediarios que reciben comisiones por cada operación. Ejemplo de esta práctica cuestionable es la exportación de hidrocarburos a destinos no registrados. La omisión del destino del petróleo da a la administración un gran margen para ocultar el costo real del transporte del petróleo. Otro tema tratado recientemente en los medios de comunicación fue el despido

masivo de ejecutivos de PDVSA por corrupción, aunque no se han detallado las acusaciones ni se han presentado cargos formales contra los acusados.⁹ El ministro Rafael Ramírez hizo alusión a irregularidades administrativas, no a corrupción, al justificar los despidos de 30 gerentes a principios de 2005 y la decisión de no renovar los contratos de 8.000 empleados de PDVSA en el oeste.¹⁰

Los controles internos aplicados a los complejos procesos de explotación, procesamiento y exportación del petróleo y sus derivados son poco estrictos. El contralor general Clodosbaldo Rusián insiste en que desde el año 2000, PDVSA se ha sometido a supervisión externa; la oficina de la Contraloría en la sede central de PDVSA fue cerrada y sólo se envían auditores “cuando la situación lo amerita”. En febrero de 2005, el ministro de Energía y Minas fue designado presidente de PDVSA, con lo que se puso término a décadas de separación formal entre el gobierno y la administración de la industria del petróleo. Julio Montoya, vicepresidente de la Comisión de Energía y Minas de la Asamblea Nacional, que investiga las acusaciones anteriores, señaló en mayo de 2005 que, hasta ese momento, la empresa había cometido 226 actos ilícitos.¹¹

Transparencia Venezuela

Artículos relacionados

Rafael Di Tella y William D. Savedoff, *Diagnóstico Corrupción* (Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo, 2002).

María Méndez Peña, “Estudios y textos acerca de la corrupción. Un intento de sistematización”, *Revista FERMENTUM*, 40, Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela, 2004.

Mirador Democrático, *II Seminario internacional Justicia y Transparencia: Perspectivas del gobierno judicial y la sociedad*, informe de conferencia, Caracas: junio de 2003.
Pérez Perdomo Rogelio, *Corrupción y revolución en Venezuela*, disponible en www.apunto.com.ve/.
Transparencia Venezuela (TI Venezuela): www.transparencia.org.ve.

Notas

1. www.derechos.org.ve/publicaciones/infanual/2003_04/17justicia.pdf/.
2. www.tsj.gov.ve/gestion.asp/.
3. Incluye a Human Rights Watch y Provea.
4. Véase www.descifrado.com.
5. *El Nacional* (Venezuela), 18 de mayo de 2005.
6. Constitución de Venezuela, artículo 28.
7. Ley contra la corrupción. Boletín Oficial N° 5.637, 7 abril de 2003.
8. *El Nuevo Herald* (Venezuela), 11 de abril de 2005.
9. www.pequiven.pdv.com/noticias/2005/abril/050425_02a_es.htm/.
10. *El Nacional* (Venezuela), 8 de mayo de 2005.
11. *El Nacional* (Venezuela), 12 de mayo de 2005.

Parte tres

Investigación sobre la corrupción

Página en blanco a propósito

9 Introducción

Robin Hodess¹

El *Informe global de la corrupción 2006* presenta nuevamente una selección de importantes estudios sobre transparencia y corrupción que abarcan una amplia gama de temas, desde la relación de la corrupción con los fenómenos socioeconómicos hasta los vínculos entre implementación de políticas y cambios. Dado el creciente número de estudios y la amplitud de los planteamientos utilizados, casi no hay duda de que el análisis empírico de la corrupción, en la actualidad, ha logrado una posición firme en un gran número de disciplinas de investigación. El reto para los responsables de la formulación de políticas es obtener acceso a esta información y luego interpretar e incorporar estos resultados en sus posteriores iniciativas anticorrupción. El resumen de la investigación presentado aquí sirve como guía rápida para conocer los resultados y cómo sirven para comprender mejor el campo de la corrupción.

Tendencias de la corrupción

Aunque la importancia de la corrupción en la agenda internacional es una preocupación relativamente nueva, desde que empezó la lucha contra ella hace una década, ha habido cada vez más interés por entender las ventajas y desventajas en términos de niveles de corrupción.

Los dos primeros estudios presentados en esta parte brindan algunas respuestas iniciales a la pregunta: ¿está mejorando o empeorando la corrupción y, si fuera así, en qué áreas? El análisis de tendencias presentado por Johann Graf Lambsdorff respecto del Índice de Percepción de la Corrupción de TI (IPC) –en su undécimo año– constituye la primera iniciativa rigurosa para establecer las tendencias de la percepción de la corrupción sobre la base de percepciones reales de cambio y no de ajustes metodológicos del mismo IPC. Revela que las tendencias más sólidas aparecen en casi 30 países, de los cuales la mitad presenta mejoras reales, mientras que la otra mitad ha empeorado con el transcurso del tiempo.

La importancia de la transparencia

En el presente volumen, los beneficios de la transparencia se demuestran en términos empíricos. En el estudio de TI México sobre la reputación de las empresas,

existen claros vínculos con la transparencia. La intención de TI México era proporcionar un incentivo positivo para que las empresas mejoraran su rendimiento, publicando los nombres de las que presentaban los mejores resultados en una categoría de opiniones de expertos sobre ocho facetas de las buenas prácticas empresariales.

Políticas anticorrupción: ¿son eficaces?

Otra pregunta fundamental que se hace en la actualidad la comunidad política es el tipo de impacto que tienen varios recursos normales de política anticorrupción en los niveles de corrupción.

En un estudio realizado en Brasil acerca de la administración de las transferencias de fondos de educación primaria desde los estados federales a las municipalidades, se reveló la existencia de importantes fugas. Transparência Brasil analizó las irregularidades descubiertas por auditores federales y concluyó que las autoridades locales carecen de la capacidad para gestionar fondos con honestidad y de manera eficaz, por lo que se requiere una mayor supervisión a nivel de Estado.

La corrupción y la salud: cómo establecer el vínculo empírico

Muchos de los supuestos y recomendaciones sobre la salud presentados en la sección temática del presente *Informe global de la corrupción* se basan en resultados de estudios que demuestran el alto costo que tiene la corrupción para los sistemas de salud y para los pacientes.

El capítulo nacional de TI en Colombia también cuenta con una vasta experiencia en investigación y se mantiene a la vanguardia del desarrollo de herramientas de evaluación en entidades del sector público. Los resultados de su Índice de Integridad de las Instituciones Públicas también incorporan al sector salud. Alrededor de dos tercios de las casi 20 instituciones relacionadas con el sector incluidas en el Índice presentan un alto riesgo de corrupción.

La corrupción en el mundo: diversas perspectivas y experiencias de la ciudadanía

Muchos investigadores, incluidos los de los capítulos nacionales de TI, analizaron en qué medida el ciudadano medio paga sobornos, en particular a funcionarios del sector público, ya sea para evitar problemas o para recibir un servicio al que tendrían derecho sin costo alguno. Si bien no son nuevas las encuestas sobre la experiencia en corrupción, existen algunas herramientas de investigación que están empezando a marcar tendencias en el tiempo y que complementan el análisis de la tendencia mundial de las encuestas internacionales antes mencionadas.

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) recientemente realizó una serie de encuestas en América Latina sobre la percepción

de la corrupción y los comportamientos relacionados, estos últimos desde la perspectiva de las víctimas. En este aspecto, los bolivianos fueron, por mucho, los más afectados. El estudio también ubicó las demandas de soborno de las instituciones gubernamentales, que mostraron una variación considerable en todos los países encuestados. Los resultados indicaron una relación entre la experiencia de corrupción y el menor apoyo a la democracia, aspecto que tiene gran relevancia para las políticas de consolidación de la democracia en la región.

Una mirada al futuro

Los estudios seleccionados para este volumen demuestran una serie de avances en la esfera de acción y los métodos utilizados en las investigaciones sobre la corrupción. En primer término, el análisis de las encuestas internacionales respecto de la percepción que se tiene de la corrupción ahora se puede ampliar para evaluar los cambios en el tiempo, complemento más que bienvenido para esta valiosa fuente de datos sobre corrupción. La comunidad de investigadores tendrá que continuar innovando para brindar evidencias sobre las victorias y derrotas de la batalla contra la corrupción, pero esta visión es crucial si se quiere mantener o aumentar el impulso de la lucha contra la corrupción.

Recientes investigaciones también demuestran lo importante y difícil que es lograr que haya transparencia en el desempeño de las instituciones del sector público y privado. Los trabajos adicionales al respecto no sólo tendrán que analizar los compromisos con la transparencia, sino también con el desempeño. Algunos estudios de investigación también evalúan la efectividad de las políticas y disposiciones anticorrupción dentro de las instituciones públicas. Esto resulta esencial mientras se refinan los instrumentos de las políticas que se aplicarán en el futuro. Todavía se necesitan más estudios sobre la secuencia de reformas y sobre qué paquetes de reformas son los más eficaces.

Finalmente, las investigaciones empíricas sobre la corrupción continúan brindando información de primera mano sobre las perspectivas y experiencias de las personas acerca de la corrupción y los sobornos. Estas encuestas han comenzado no sólo a documentar los cambios que experimenta la opinión pública a medida que pasa el tiempo, sino también a ubicar la corrupción de manera más precisa dentro de ciertas instituciones, proporcionando amplias pruebas sobre qué diagnósticos y soluciones se pueden adoptar a nivel nacional. El reto que se plantea a los investigadores es, en este punto, lograr una mejor comprensión de los abismos que puede haber entre las percepciones y las experiencias de corrupción y sus consecuencias para el descontento de la población con la democracia en su conjunto.

TI continuará supervisando y apoyando esta gran variedad de investigaciones, seguirá sintetizando los resultados e incorporándolos a sus propias iniciativas de promoción y no cejará en publicar también los resultados de estos estudios para

que los puedan utilizar aquellos que trabajan en proyectos y programas anticorrupción en todo el mundo.

Nota

1. Robin Hodess es directora de Políticas e Investigación de Transparency International.

10 Diez años del IPC: determinación de tendencias

Johann Graf Lambsdorff¹

Transparency International (TI) ha publicado anualmente su Índice de Percepción de la Corrupción (IPC) desde 1995. Se trata de un índice mixto que emplea encuestas a ejecutivos y evaluaciones de analistas locales para generar una radiografía anual de la percepción de la corrupción en determinados países. La variación cada doce meses del puntaje de un país en el IPC no sólo es consecuencia del cambio en la percepción sobre su desempeño sino también del cambio en las muestras de la encuesta y en la metodología, y de las alteraciones en la lista de las fuentes que constituyen el índice. A consecuencia de los cambios en las fuentes, se ha hecho difícil obtener información de serie de tiempo válida a partir de los resultados del IPC y, por lo tanto, TI sólo ha podido extraer conclusiones limitadas sobre los avances y los retrocesos de los países de la lista.

Sin embargo, hay cada vez más demanda de datos sobre tendencias. Las causas y las consecuencias de la corrupción, al igual que el éxito de las iniciativas para frenarla, se pueden abordar e investigar mejor cuando se cuenta con información de serie de tiempo.² El siguiente análisis del IPC y sus datos ofrece resultados preliminares relacionados con las tendencias de los países durante el período 1995-2004.

Fuentes de datos

Las cinco fuentes empleadas en el IPC contienen suficientes datos para incluir en una evaluación de tendencias; así se han utilizado continuamente durante por lo menos siete años, y la metodología utilizada para generarlos no ha cambiado significativamente.³ Estas son:

- La Unidad de Inteligencia del Economista (UIE), 1996-2004.
- El Instituto de Desarrollo Gerencial, Lausana (IDG), 1995-2004.
- El Foro Económico Mundial (FEM), 1996-2004.
- La Consultora de Riesgo Político y Financiero (CRPF) en Hong Kong, 1995-2004.
- Informe Naciones en Tránsito de Freedom House (FH). Datos disponibles para 1998, 1999-2000, 2001-2004.

Construcción de series de tiempo

Tal como con el IPC, todos los datos se deben agrupar en unidades comunes. Una vez agrupados, hay que observar cómo interactúa la información de series de tiempo de fuentes individuales con la de otras fuentes. Una fuente puede responder con lentitud a los cambios reales; otra podría ser más local. Esto se puede determinar desestimando las diferencias entre los países y analizando sólo la información de series de tiempo. Para observar si al retardar una serie de tiempo mejora su correlación con otras fuentes se emplean regresiones simples con datos de panel (efecto fijo).

Considerando la UIE como una variable dependiente, se observa que la información de series de tiempo inherentes a los datos de la UIE se explica bien por los datos del IDG, y en menor medida por los del FEM, por ejemplo. La capacidad explicativa de las variables aumenta cuando se emplean valores desfasados un período. Esto implica que la UIE entrega evaluaciones de los niveles percibidos de corrupción con un año de desfase. Esto puede ocurrir porque los ejecutivos de negocios locales encuestados por el IDG y el FEM recopilan la información local con mayor rapidez y por lo tanto están en mejores condiciones de evaluar la situación del momento. La solidez de los datos de la UIE, por otra parte, puede relacionarse con análisis exhaustivos de países, pero que requieren más tiempo.

Al evaluarlas en función de otros índices, las cifras de FH no arrojan resultados significativos y, por lo tanto, se dejaron fuera de análisis posteriores. Esto puede haber ocurrido porque FH empleó otro método para definir y cuantificar la corrupción: intenta evaluar las iniciativas anticorrupción del gobierno, cuyo éxito es difícil de medir.

Construcción de datos de panel

Sobre la base de los resultados anteriores, los datos de la UIE se ingresaron con desfase. Se determinó una tendencia de corrupción para un país cuando las cuatro fuentes de datos brindan por lo menos 15 observaciones. Para evitar la confusión con los datos del IPC original, todos los datos del año 2004 se fijaron en cero. El cuadro 10.1 muestra los datos de cada año, ordenados en una escala de 0 (muy corrupto) a 10 (muy honesto). Bulgaria, por ejemplo, obtiene un puntaje de -1,4 en 1995, lo que implica que mejoró para llegar a 0 en 2004. Como revelan los puntajes de 1996-2003, no fue un ascenso uniforme sino que registró un deterioro inicial a -2,4 antes de que se percibieran las mejoras.

Interpretación de los datos

Dada la inherente imprecisión de los indicadores subjetivos, ¿qué certeza se puede tener de que un país mejoró o empeoró? Un incremento de 0,5 entre 1995 y 2004

podría ser importante si se observa de manera similar en todas las fuentes, mientras que un aumento de 1 punto puede ser insignificante si se dan observaciones escasas y contradictorias. Para controlar este fenómeno, se realizó una evaluación de la importancia de una tendencia lineal simple.⁴ La utilidad de esta prueba se puede apreciar en el gráfico 10.1 con el ejemplo de Argentina. La pendiente de esta línea es de -0,16, lo que indica que la Argentina experimentó un retroceso anual de 0,16 puntos en el IPC. El análisis estadístico nos permite determinar la precisión de la pendiente estimada. El error estándar para este coeficiente es de 0,03, casi un quinto de la pendiente. Este factor (5 en el caso de la Argentina) se conoce como estadística t y representa una confianza estadística de que la pendiente es en efecto positiva (o negativa).

El cuadro 10.1 presenta la variación anual según la determina la prueba descrita anteriormente, el correspondiente error estadístico y la estadística t.

Cuadro 10.1. Tendencias en los niveles percibidos de corrupción

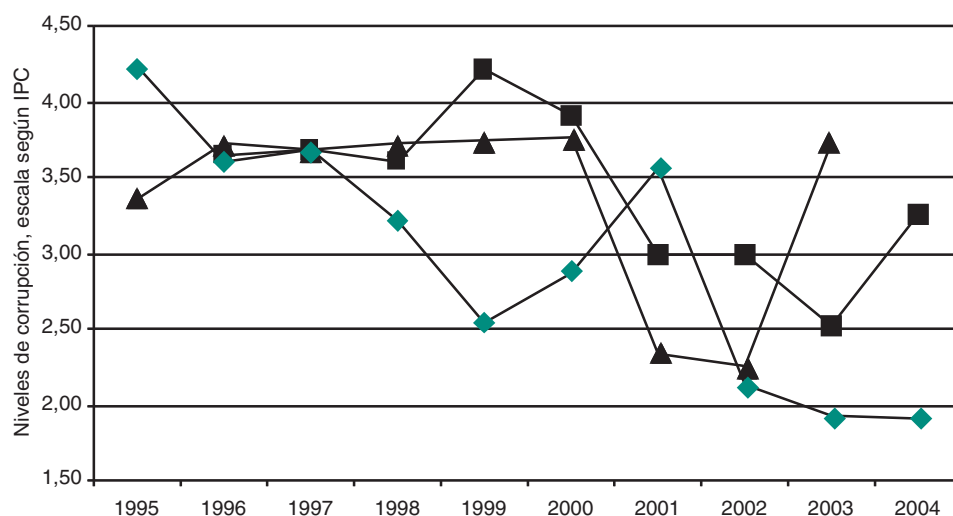
<i>Tendencias 1995-2004</i>	<i>Observaciones</i>	<i>1995</i>	<i>1996</i>	<i>1997</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>Variación anual</i>	<i>Variación estándar</i>	<i>Estadística t</i>
Alemania	28	-0,7	-0,6	-0,7	-0,2	-0,1	-0,8	-0,7	-0,6	0,2	0	0,06	0,04	1,5
Argentina	28	0,7	0,6	0,6	0,4	0,4	0,4	-0,1	-0,6	-0,4	0	-0,16	0,03	-4,6
Australia	28	-0,7	-0,8	-1,0	-0,6	-0,7	-0,6	-0,5	-1,1	-0,1	0	0,05	0,02	2,4
Austria	27	-0,4	-0,5	-0,6	-0,5	-0,3	-0,8	-0,7	-0,4	0,2	0	0,08	0,05	1,8
Bélgica	28	-0,1	-0,1	-1,4	-1,3	-1,5	-0,4	0	-0,1	0	0	0,08	0,06	1,4
Brasil	28	0,2	-0,2	0,2	0,2	0	-0,1	-0,1	0,3	-0,3	0	-0,02	0,03	-0,7
Bulgaria	15	-1,4	-2,4	-2,4	-1,0	-1,0	-1,0	-0,6	0	-0,4	0	0,15	0,05	3,3
Canadá	28	0,6	0,6	0,4	0,5	0,5	0,3	0,4	0,3	-0,1	0	-0,07	0,03	-2,3
Chile	28	-0,3	-0,4	-0,5	-0,5	0,2	0,1	-0,2	-0,2	-0,5	0	0,01	0,03	0,3
China	27	-0,5	-0,8	0,2	1,2	-0,1	0,3	0,4	0,5	0,1	0	-0,02	0,03	-0,5
Colombia	27	-0,2	0	-1,3	-0,9	-0,4	-0,2	-0,3	0	0,1	0	0,11	0,04	2,9
Costa Rica	15		-0,7	-0,9	-0,8	-0,7	-0,5	-0,5	-0,7	-0,4	0	0,05	0,02	2,4
Dinamarca	28	-0,1	0	-0,2	-0,1	-0,1	-0,2	-0,2	-0,2	0	0	0,01	0,01	0,8
Ecuador	15	1,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,2	0,2	0,2	0,2	0	-0,08	0,03	-2,7
Eslovaquia	21	0,7	0,7	0,5	-0,1	-1,2	-0,8	-0,3	-0,8	-0,2	0	-0,03	0,05	-0,6
Eslovenia	18		0,4	0,2	0,4	0,3	-0,5	-0,8	-0,4	-0,3	0	-0,14	0,07	-2,0
España	28	-2,4	-2,2	0,3	0,4	0,4	0,7	0,1	0,3	0,8	0	0,25	0,06	3,9
EE.UU.	27	-0,5	-0,5	-0,4	-0,5	-0,8	-0,3	0,2	0,4	0,3	0	0	0,02	-0,02
Estonia	16		-2,2	-1,0	-0,9	-0,8	-0,8	-0,8	-0,9	-0,7	0	0,15	0,03	4,3
Filipinas	28	1,1	1,0	1,7	1,3	3,2	1,2	0,7	0,7	1,0	0	-0,06	0,03	-2,2
Finlandia	28	-0,4	-0,3	-0,1	-0,1	-0,1	0	-0,1	0	0	0	0,03	0,01	3,1
Francia	28	-0,3	-0,3	-0,3	-0,2	-0,2	-0,4	-0,8	-0,8	0,1	0	0,01	0,03	0,2



Cuadro 10.1. Tendencias en los niveles percibidos de corrupción (cont.)

<i>Tendencias 1995-2004</i>	<i>Observaciones</i>	<i>1995</i>	<i>1996</i>	<i>1997</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>Variación anual</i>	<i>Variación estándar</i>	<i>Estadística t</i>
Grecia	28	0,3	0,1	0,7	0,8	1	-0,1	0,3	-0,1	0,1	0	-0,04	0,05	-0,7
Holanda	28	0,3	0,6	0,6	0,4	0,7	0,7	0,7	0,6	0,4	0	-0,02	0,02	-1,0
Hong Kong	28	-1,4	-1,4	0,3	0,1	0,2	0,7	-0,3	-0,6	0,6	0	0,12	0,04	3,2
Hungría	28	-0,9	-0,9	-0,4	-0,4	0,2	0,2	0	-0,3	0	0	0,03	0,04	0,8
India	28	0,5	1,1	0	0,9	0,3	-0,1	0,3	0,2	0	0	0	0,02	-0,2
Indonesia	28	1,0	1,5	0,1	0,1	-0,2	-0,1	0,6	-0,4	-0,2	0	-0,07	0,03	-2,7
Irlanda	28	0,7	0,7	0,4	0,2	-0,4	-0,4	-1,3	-0,3	-0,6	0	-0,17	0,04	-3,9
Islandia	19	-0,8	-0,8	-2,9	-1,4	-1,5	-0,7	0	-0,3	-0,1	0	0,22	0,1	2,3
Israel	28	1,5	1,8	1,2	0	0,6	1,2	1,4	0,5	0,9	0	-0,1	0,06	-1,6
Italia	28	-0,9	-0,8	-0,7	-0,5	-0,5	-0,2	0,2	-0,1	-0,3	0	0,09	0,03	3,5
Japón	28	-0,3	-0,3	-1,5	-1,9	-1,4	-0,3	-0,8	-1,0	-1,3	0	0,02	0,03	0,5
Jordania	19	-	0,1	-1,4	-1,1	-0,7	-0,8	-1,0	-1,1	-0,1	0	0,03	0,07	0,5
Luxemburgo	16	-	0,8	0,7	0,5	1,0	1,2	1,0	0,6	0	0	-0,02	0,06	-0,3
Malasia	28	1,2	2,4	2,2	1,9	0,3	1,8	1,5	2,2	1,5	0	-0,07	0,04	-1,9
México	28	-0,2	-0,2	0,3	0,1	0,3	0,3	0,3	0,4	0,5	0	0,06	0,02	3,3
Noruega	28	-0,4	-0,2	-0,4	-0,1	-0,1	-1,1	-0,8	0	-0,9	0	-0,02	0,05	-0,3
Nueva Zelandia	27	-0,2	-0,4	-0,3	-0,1	-0,3	-0,1	-0,2	-0,1	-0,1	0	0,02	0,01	1,5
Perú	18	-0,9	0,7	0,7	0,6	0,4	-0,3	0,6	0,1	0	0	-0,05	0,06	-0,9
Polonia	27	1,3	1,5	1,4	1,1	1,3	1,7	1,1	0,9	0,5	0	-0,12	0,03	-3,4
Portugal	28	-0,2	0,1	0,9	0,8	0,6	0,6	0,1	0,6	-0,1	0	-0,01	0,06	-0,2
Reino Unido	28	0,4	0,4	0,3	0,2	0,1	0,3	-0,2	-0,1	0,2	0	-0,05	0,02	-2,9
República Checa	28	0,3	0,6	1,1	0,2	0,1	0	-0,3	0	0,2	0	-0,1	0,03	-3,2
República de Corea	28	1,0	0,3	-1,9	-1,5	-1,8	-1,5	-1,1	0,1	0,9	0	0,01	0,04	0,3
Rumania	15	0,3	0,6	-0,7	-0,7	-0,8	-0,7	0,6	0,3	-0,1	0	0,03	0,06	0,6
Rusia	28	-0,4	-0,3	-0,2	0,4	0	0,1	0,2	0,6	0	0	0,06	0,03	2,1
Singapur	27	-0,1	-0,1	-0,2	-0,3	-0,1	-0,2	-0,3	-0,1	0,1	0	0	0,01	-0,4
Sudáfrica	28	-0,7	-0,2	-0,6	-0,4	-0,9	-0,8	-0,8	-0,8	-0,7	0	-0,04	0,03	-1,2
Suecia	28	0,1	-0,1	0,1	0	-0,5	0	0,1	0,1	0,1	0	0,01	0,02	0,6
Suiza	28	-0,1	-0,3	-0,2	0	-0,3	-0,2	-0,7	-0,2	0	0	0,02	0,03	0,6
Tailandia	27	0,1	-0,2	-0,5	-1,3	-0,3	-0,2	-0,3	-1,3	-0,9	0	0,02	0,03	0,7
Taiwán	28	-1,5	-2,5	-1,1	0	-0,7	-0,8	-0,3	-1,7	-1,0	0	0,07	0,03	2,4
Turquía	28	0,7	0,4	0,4	0,4	0,6	0,7	0,2	-0,2	0,1	0	-0,07	0,03	-2,5
Ucrania	17	0,7	0,8	0,8	0	0,1	0,2	0	0,4	0,2	0	-0,02	0,03	-0,6
Venezuela	28	0,6	0,1	0,4	0,2	0,5	0,4	0,1	0,3	0,2	0	-0,03	0,02	-1,5
Vietnam	17	-0,9	0,6	1,3	0,9	1,3	1,1	0,1	1,2	1,0	0	0,03	0,04	0,7
Zimbabue	16	-	1,6	0,2	-0,2	0,2	-0,3	-0,8	-0,4	-0,8	0	-0,17	0,06	-3,0

Gráfico 10.1. Niveles de corrupción, Argentina, datos individuales de UIE, IDG y FEM



En casos en que se apreciaba una tendencia significativa, la estadística *t* se destacó en **negrita** en el caso de menor corrupción o en *cursiva* en el caso de mayor corrupción.

Los valores de la variación anual fluctúan entre 0,25 y -0,17, lo que sugiere que reducir los niveles percibidos de corrupción –mejorar en el IPC– es una tarea de largo plazo. Un decenio de iniciativas sustanciales podría mejorar el puntaje en 1 punto en una escala de 0 a 10. Sólo en contados casos las mejoras serán más pronunciadas.

En general, las cifras indican importantes mejoras entre 1995 y 2004 (en orden de importancia descendente) en Estonia, España, Italia, Bulgaria, México, Hong Kong, Colombia, Costa Rica, Taiwán, Australia, Islandia y Rusia. Se aprecia un retroceso importante, por otra parte, en Argentina, Irlanda, Polonia, República Checa, Zimbabue, Reino Unido, Ecuador, Indonesia, Turquía, Canadá y Filipinas.

Estos datos representan un primer enfoque para determinar información mixta de series de tiempo para una muestra de 58 países. Dado el reducido horizonte temporal, el nivel de importancia sigue siendo limitado. A medida que se conocen datos sobre los niveles de corrupción de períodos futuros, es probable que mejore también la precisión de las mediciones implícitas. Los datos presentados pueden resultar útiles para determinar las causas y las consecuencias de la corrupción, pues hasta ahora la investigación se ha limitado al análisis transversal.

Notas

1. Johann Graf Lambsdorff es catedrático de Teoría Económica de la Universidad de Passau y asesor de investigación de Transparencia Internacional, institución para la cual ha coordinado y elaborado el IPC desde 1995.

2. Bjørnskov y Paldam determinan las series de tiempo procesando sólo los cambios ordinales de los datos en el tiempo, es decir, si un país mejora su ubicación con respecto a otros. Con este método, las variaciones singulares de naturaleza puramente metodológica cumplen una función menor en comparación con la información real de la tendencia. Concluyen que la confianza generalizada es casi la única variable explicativa con consecuencias importantes. Véase C. Bjørnskov y M. Paldam, "Corruption Trends", en J. Graf Lambsdorff, M. Schramm y M. Taube (eds.) *The New Institutional Economics of Corruption -Norms, Trust, and Reciprocity* (Londres: Routledge, 2004), 59-75.
3. Con el tiempo se han registrado variaciones menores en el fraseo de las preguntas. Por ejemplo, en 2002-2004, el IDG solicitó a los encuestados que evaluaran si los sobornos y la corrupción prevalecen o no en la economía. Anteriormente, se había preguntado a los encuestados si los sobornos y la corrupción prevalecen o no prevalecen en la esfera pública. Sin embargo, este cambio no tuvo aparentemente mayor repercusión en los datos, y permitió hacer inferencias en el tiempo.
4. Por separado para cada país, k , se trató determinar el coeficiente a_k que representa la influencia de una tendencia temporal simple ($Tend_{1995} = 1, Tend_{1996} = 2 \dots$) en las variables dependientes, lo cual corresponde a los valores de la fuente para el país k . El coeficiente a_k se asemeja así a una estimación de la variación anual en el IPC. Las cuatro regresiones posteriores se ejecutaron simultáneamente.

$$\begin{aligned} IDG_{ik} &= a_k \cdot Tend_i + b_{k, IDG} \cdot d_{IDG} + e_i \\ FEM_{ik} &= a_k \cdot Tend_i + b_{k, FEM} \cdot d_{FEM} + e_i \\ CRPF_{ik} &= a_k \cdot Tend_i + b_{k, CRPF} \cdot d_{CRPF} + e_i \\ UIE_{i+1,k} &= a_k \cdot Tend_i + b_{k, UIE} \cdot d_{UIE} + e_i \end{aligned}$$

Se permite que las fuentes difieran sistemáticamente y capturen esta diferencia empleando una variable simulada para cada fuente, por ejemplo d_{IDG} . De este modo, si el IDG es más favorable en su evaluación de un país k en comparación con el FEM, este fenómeno lo capta la variable simulada y su coeficiente asociado, $b_{k, IMD}$. También se incorporó un término de error aleatorio, e_i . La intención de este sistema de regresiones era encontrar una tendencia conjunta en cada una de las fuentes para un país determinado k . Se empleó la operación de MCO (mínimos cuadrados ordinarios) para calcular los coeficientes.

11 Índice de Percepción de la Corrupción 2005

Johann Graf Lambsdorff¹

El Índice de Percepción de la Corrupción, ya en su undécimo año, tiene como propósito suministrar datos sobre amplias percepciones de la corrupción en los países. Estas percepciones nos permiten comprender mejor los niveles reales de corrupción de un país a otro. El IPC es un índice mixto que integra encuestas a empresarios y evaluaciones de analistas de distintos países.

En general, se incluyeron 16 fuentes en el IPC 2005, que provienen de 10 instituciones independientes y utilizan datos recopilados entre 2003 y 2005. Las fuentes empleadas fueron: (1) la Universidad de Columbia; (2) la Unidad de Inteligencia de *The Economist*; (3) Freedom House; (4) Information International de Beirut (Líbano); (5) el Instituto Internacional de Desarrollo Gerencial (de Lausana); (6) Merchant International Group Limited (de Londres); (7) la Consultora de Riesgo Político y Financiero (de Hong Kong); (8) la Comisión Económica de las Naciones Unidas para África; (9) el Foro Económico Mundial; (10) el Centro de Investigación de los Mercados Mundiales (de Londres). El número de países del IPC 2005 aumentó de 146 en 2004 a 159.

Si se desea revisar un análisis de las tendencias de corrupción de mediano plazo que se pueden desprender de la serie de datos del IPC, véase el capítulo 10. Para una descripción más detallada de la metodología, véase www.transparency.org.

Cuadro 11.1. Índice de Percepción de la Corrupción 2005

Posición del país	País	Puntaje IPC 2005 ^a	Encuestas utilizadas ^b	Desviación estándar ^c	Rango alto-bajo ^d	Rango de confianza ^e
1	Islandia	9,7	8	0,2	9,3-9,8	9,5-9,7
2	Finlandia	9,6	9	0,2	9,3-9,8	9,5-9,7
	Nueva Zelandia	9,6	9	0,2	9,3-9,7	9,5-9,7
4	Dinamarca	9,5	10	0,3	8,7-9,8	9,3-9,6
5	Singapur	9,4	12	0,2	9,0-9,7	9,3-9,5
6	Suecia	9,2	10	0,3	8,7-9,6	9,0-9,3
7	Suiza	9,1	9	0,3	8,5-9,4	8,9-9,2

Cuadro 11.1. Índice de Percepción de la Corrupción 2005 (cont.)

<i>Posición del país</i>	<i>País</i>	<i>Puntaje IPC 2005^a</i>	<i>Encuestas utilizadas^b</i>	<i>Desviación estándar^c</i>	<i>Rango alto-bajo^d</i>	<i>Rango de confianza^e</i>
8	Noruega	8,9	9	0,6	7,9-9,5	8,5-9,1
9	Australia	8,8	13	0,8	6,7-9,5	8,4-9,1
10	Austria	8,7	9	0,5	8,1-9,3	8,4-9,0
11	Holanda	8,6	9	0,5	7,8-9,4	8,3-8,9
	Reino Unido	8,6	11	0,5	7,7-9,3	8,3-8,8
13	Luxemburgo	8,5	8	0,7	7,7-9,6	8,1-8,9
14	Canadá	8,4	11	0,9	6,5-9,4	7,9-8,8
15	Hong Kong	8,3	12	1,1	5,5-9,4	7,7-8,7
16	Alemania	8,2	10	0,6	7,5-9,2	7,9-8,5
17	EE.UU.	7,6	12	1,0	5,3-8,5	7,0-8,0
18	Francia	7,5	11	0,8	5,5-9,0	7,0-7,8
19	Bélgica	7,4	9	0,9	5,6-9,0	6,9 - 7,9
	Irlanda	7,4	10	1,0	5,5-8,7	6,9 - 7,9
21	Chile	7,3	10	0,9	5,5-8,7	6,8-7,7
	Japón	7,3	14	1,2	5,5-9,0	6,7-7,8
23	España	7,0	10	0,7	5,6-8,1	6,6-7,4
24	Barbados	6,9	3	1,2	5,7-8,1	5,7-7,3
25	Malta	6,6	5	1,6	5,1-9,0	5,4-7,7
26	Portugal	6,5	9	1,2	5,0-7,8	5,9-7,1
27	Estonia	6,4	11	1,1	5,1-9,0	6,0-7,0
28	Israel	6,3	10	1,2	4,2-8,5	5,7-6,9
	Omán	6,3	5	1,5	4,2-8,0	5,2-7,3
30	Emiratos Árabes Unidos	6,2	6	1,4	4,5-8,2	5,3-7,1
31	Eslovenia	6,1	11	1,2	4,8-8,7	5,7-6,8
32	Botsuana	5,9	8	1,4	4,4-8,1	5,1-6,7
	Qatar	5,9	5	0,6	5,5-6,9	5,6-6,4
	Taiwán	5,9	14	1,0	3,7-7,7	5,4-6,3
	Uruguay	5,9	6	0,6	5,5-6,9	5,6-6,4
36	Bahréin	5,8	6	0,7	4,7-6,9	5,3-6,3
37	Chipre	5,7	5	0,5	4,9 - 6,2	5,3-6,0
	Jordania	5,7	10	1,0	3,4-6,9	5,1-6,1
39	Malasia	5,1	14	1,2	3,4-8,0	4,6-5,6
40	Hungría	5,0	11	0,5	4,1-5,7	4,7-5,2
	Italia	5,0	9	0,8	4,1-6,2	4,6-5,4
	República de Corea	5,0	12	0,7	3,8-5,8	4,6-5,3

Cuadro 11.1. Índice de Percepción de la Corrupción 2005 (cont.)

<i>Posición del país</i>	<i>País</i>	<i>Puntaje IPC 2005^a</i>	<i>Encuestas utilizadas^b</i>	<i>Desviación estándar^c</i>	<i>Rango alto-bajo^d</i>	<i>Rango de confianza^e</i>
43	Túnez	4,9	7	1,1	3,7-6,9	4,4-5,6
44	Lituania	4,8	8	0,6	4,0-5,5	4,5-5,1
45	Kuwait	4,7	6	1,0	3,4-5,7	4,0-5,2
46	Sudáfrica	4,5	11	0,6	3,4-5,6	4,2-4,8
47	República Checa	4,3	10	1,4	2,7-7,7	3,7-5,1
	Grecia	4,3	9	0,8	3,7-5,7	3,9-4,7
	Namibia	4,3	8	1,0	3,4-6,2	3,8-4,9
	Eslovaquia	4,3	10	1,0	3,2-5,7	3,8-4,8
51	Costa Rica	4,2	7	0,9	3,4-5,5	3,7-4,7
	El Salvador	4,2	6	1,1	2,6-5,5	3,5-4,8
	Letonia	4,2	7	0,7	3,6-5,5	3,8-4,6
	Mauricio	4,2	6	1,2	2,5-5,7	3,4-5,0
55	Bulgaria	4,0	8	1,1	2,7-5,6	3,4-4,6
	Colombia	4,0	9	0,8	2,7-5,6	3,6-4,4
	Fiyi	4,0	3	1,0	3,4-5,1	3,4-4,6
	Seychelles	4,0	3	0,4	3,5-4,2	3,5-4,2
59	Cuba	3,8	4	1,6	1,7-5,5	2,3-4,7
	Tailandia	3,8	13	0,6	2,6-4,7	3,5-4,1
	Trinidad y Tobago	3,8	6	1,0	2,7-5,5	3,3-4,5
62	Belice	3,7	3	0,4	3,4-4,1	3,4-4,1
	Brasil	3,7	10	0,5	2,7-4,4	3,5-3,9
64	Jamaica	3,6	6	0,3	3,4-4,1	3,4-3,8
65	Ghana	3,5	8	0,8	2,6-5,1	3,2-4,0
	México	3,5	10	0,5	2,7-4,5	3,3-3,7
	Panamá	3,5	7	0,8	2,6-5,1	3,1-4,1
	Perú	3,5	7	0,6	2,6-4,1	3,1-3,8
	Turquía	3,5	11	1,0	2,2-5,3	3,1-4,0
70	Burkina Faso	3,4	3	0,7	2,7-4,2	2,7-3,9
	Croacia	3,4	7	0,4	3,0-4,2	3,2-3,7
	Egipto	3,4	9	0,8	2,3-5,1	3,0-3,9
	Lesoto	3,4	3	0,8	2,6-4,1	2,6-3,9
	Polonia	3,4	11	1,0	2,5-5,7	3,0-3,9
	Arabia Saudita	3,4	5	1,0	2,0-4,5	2,7-4,1
	Siria	3,4	5	1,1	2,2-5,1	2,8-4,2
77	Laos	3,3	3	2,0	2,1-5,5	2,1-4,4
78	China	3,2	14	0,6	2,2-4,1	2,9-3,5

Cuadro 11.1. Índice de Percepción de la Corrupción 2005 (cont.)

<i>Posición del país</i>	<i>País</i>	<i>Puntaje IPC 2005^a</i>	<i>Encuestas utilizadas^b</i>	<i>Desviación estándar^c</i>	<i>Rango alto-bajo^d</i>	<i>Rango de confianza^e</i>
83	Marruecos	3,2	8	0,7	2,2-4,1	2,8-3,6
	Senegal	3,2	6	0,6	2,5-4,2	2,8-3,6
	Sri Lanka	3,2	7	0,7	2,2-4,1	2,7-3,6
	Suriname	3,2	3	1,0	2,2-4,1	2,2-3,6
	Líbano	3,1	4	0,4	2,7-3,5	2,7-3,3
85	Ruanda	3,1	3	1,7	2,1-5,1	2,1-4,1
	República Dominicana	3,0	6	0,8	2,0-4,2	2,5-3,6
88	Mongolia	3,0	4	0,8	2,2-4,2	2,4-3,6
	Rumania	3,0	11	0,9	2,0-5,1	2,6-3,5
	Armenia	2,9	4	0,5	2,4-3,4	2,5-3,2
97	Benín	2,9	5	1,3	1,7-5,1	2,1-4,0
	Bosnia-Herzegovina	2,9	6	0,4	2,4-3,4	2,7-3,1
	Gabón	2,9	4	1,0	2,1-4,1	2,1-3,6
	India	2,9	14	0,5	2,1-3,5	2,7-3,1
	Irán	2,9	5	0,8	1,7-3,5	2,3-3,3
	Malí	2,9	8	1,2	1,5-5,1	2,3-3,6
	Moldavia	2,9	5	1,1	1,9-4,6	2,3-3,7
	Tanzania	2,9	8	0,5	2,1-3,5	2,6-3,1
	Argelia	2,8	7	0,7	2,0-4,2	2,5-3,3
	Argentina	2,8	10	0,6	1,8-3,5	2,5-3,1
	Madagascar	2,8	5	1,2	1,7-4,2	1,9-3,7
	Malawi	2,8	7	0,9	2,0-4,6	2,3-3,4
	Mozambique	2,8	8	0,6	2,1-3,5	2,4-3,1
	Serbia y Montenegro	2,8	7	0,7	2,2-4,1	2,5-3,3
103	Gambia	2,7	7	0,7	1,7-3,9	2,3-3,1
	Macedonia	2,7	7	0,7	2,2-4,1	2,4-3,2
	Suazilandia	2,7	3	0,7	2,0-3,4	2,0-3,1
	Yemen	2,7	5	0,5	2,2-3,6	2,4-3,2
107	Bielorrusia	2,6	5	1,4	1,7-5,1	1,9-3,8
	Eritrea	2,6	3	1,3	1,7-4,2	1,7-3,5
	Honduras	2,6	7	0,6	1,6-3,5	2,2-3,0
	Kazajistán	2,6	6	0,8	1,8-4,1	2,2-3,2

Cuadro 11.1. Índice de Percepción de la Corrupción 2005 (cont.)

<i>Posición del país</i>	<i>País</i>	<i>Puntaje IPC 2005^a</i>	<i>Encuestas utilizadas^b</i>	<i>Desviación estándar^c</i>	<i>Rango alto-bajo^d</i>	<i>Rango de confianza^e</i>
117	Nicaragua	2,6	7	0,4	2,1-3,0	2,4-2,8
	Palestina	2,6	3	0,5	2,1-3,1	2,1-2,8
	Ucrania	2,6	8	0,3	2,2-3,0	2,4-2,8
	Vietnam	2,6	10	0,6	1,7-3,5	2,3-2,9
	Zambia	2,6	7	0,5	2,1-3,4	2,3-2,9
	Zimbabue	2,6	7	0,8	1,4-3,6	2,1-3,0
	Afganistán	2,5	3	1,1	1,6-3,7	1,6-3,2
	Bolivia	2,5	6	0,5	2,0-3,5	2,3-2,9
	Ecuador	2,5	6	0,6	1,9-3,5	2,2-2,9
	Guatemala	2,5	7	0,6	1,7-3,5	2,1-2,8
	Guyana	2,5	3	0,4	2,0-2,7	2,0-2,7
	Libia	2,5	4	0,7	1,8-3,4	2,0-3,0
	Nepal	2,5	4	0,7	1,7-3,4	1,9-3,0
	Filipinas	2,5	13	0,6	1,5-3,5	2,3-2,8
126	Uganda	2,5	8	0,5	2,0-3,5	2,2-2,8
	Albania	2,4	3	0,4	2,1-2,8	2,1-2,7
	Níger	2,4	4	0,3	2,1-2,7	2,2-2,6
	Rusia	2,4	12	0,3	1,9-3,0	2,3-2,6
130	Sierra Leona	2,4	3	0,5	2,1-3,0	2,1-2,7
	Burundi	2,3	3	0,3	2,1-2,7	2,1-2,5
	Camboya	2,3	4	0,5	1,7-2,7	1,9-2,5
	República del Congo	2,3	4	0,4	2,0-3,0	2,1-2,6
	Georgia	2,3	6	0,5	1,7-2,7	2,0-2,6
	Kirguistán	2,3	5	0,4	1,9-2,7	2,1-2,5
	Papúa Nueva Guinea	2,3	4	0,5	1,7-2,7	1,9-2,6
	Venezuela	2,3	10	0,2	2,0-2,5	2,2-2,4
137	Azerbaiyán	2,2	6	0,5	1,7-3,0	1,9-2,5
	Camerún	2,2	6	0,4	1,8-2,7	2,0-2,5
	Etiopía	2,2	8	0,4	1,7-2,8	2,0-2,5
	Indonesia	2,2	13	0,4	1,7-3,3	2,1-2,5
	Irak	2,2	4	1,0	1,4-3,6	1,5-2,9
	Liberia	2,2	3	0,1	2,1-2,4	2,1-2,3
	Uzbekistán	2,2	5	0,2	2,0-2,5	2,1-2,4
144	República Democrática del Congo	2,1	4	0,4	1,6-2,5	1,8-2,3
	Kenia	2,1	8	0,5	1,4-3,0	1,8-2,4

Cuadro 11.1. Índice de Percepción de la Corrupción 2005 (cont.)

<i>Posición del país</i>	<i>País</i>	<i>Puntaje IPC 2005^a</i>	<i>Encuestas utilizadas^b</i>	<i>Desviación estándar^c</i>	<i>Rango alto-bajo^d</i>	<i>Rango de confianza^e</i>
	Pakistán	2,1	7	0,7	1,3-3,4	1,7-2,6
	Paraguay	2,1	7	0,4	1,6-2,7	1,9-2,3
	Somalía	2,1	3	0,4	1,6-2,4	1,6-2,2
	Sudán	2,1	5	0,2	1,7-2,3	1,9-2,2
	Tayiquistán	2,1	5	0,4	1,7-2,7	1,9-2,4
151	Angola	2,0	5	0,2	1,6-2,2	1,8-2,1
152	Costa de Marfil	1,9	4	0,3	1,6-2,2	1,7-2,1
	Guinea Ecuatorial	1,9	3	0,3	1,6-2,2	1,6-2,1
	Nigeria	1,9	9	0,3	1,4-2,2	1,7-2,0
155	Haití	1,8	4	0,5	1,4-2,5	1,5-2,1
	Birmania	1,8	4	0,2	1,6-2,2	1,7-2,0
	Turkmenistán	1,8	4	0,2	1,6-2,2	1,7-2,0
158	Bangladesh	1,7	7	0,5	1,0-2,4	1,4-2,0
	Chad	1,7	6	0,6	1,0-2,7	1,3-2,1

a. El puntaje en el IPC 2005 se refiere a las percepciones del grado de corrupción desde la perspectiva de los empresarios, académicos y analistas de riesgo, y oscila entre 10 (muy honesto) y 0 (muy corrupto).

b. Encuestas utilizadas se refiere al número de encuestas que evaluaron el desempeño de un país. Se utilizaron un total de 16 encuestas de 10 instituciones independientes, y se exigía un mínimo de tres para incluir un país en el IPC.

c. La desviación estándar indica las diferencias en los valores de las fuentes: a mayor desviación estándar, mayores serán las diferencias en las percepciones de un país entre las fuentes.

d. Rango alto-bajo señala los valores máximos y mínimos que entregaron las diferentes fuentes.

e. El rango de confianza ofrece una gama de posibles valores de puntaje en el IPC. Este refleja cómo puede variar la puntuación de un país, según la precisión de la medición. Nominalmente, con una probabilidad de 5% cuando existen pocas fuentes, un cálculo no sesgado de la probabilidad de cobertura media es inferior al valor nominal de 90%. Es 65,3% para tres fuentes; 78,4% para cinco fuentes; 80,2% para seis fuentes y 81,8% para siete fuentes.

Nota

1. Johann Graf Lambsdorff es catedrático de Teoría Económica de la Universidad de Passau (Alemania) y asesor de investigación de Transparency International, institución para la cual ha coordinado y elaborado el IPC desde 1995.

12 Eficiencia de las transferencias federales a las municipalidades en Brasil

Marcos José Mendes¹

El objeto de este estudio es analizar las irregularidades descubiertas por la Contraloría General (b, CGU) en la administración del Fondo de Mantenimiento y de la Enseñanza Fundamental y de Valorización del Magisterio (FUNDEF). Para poder fiscalizar al FUNDEF y otras transferencias federales, desde el año 2003 la CGU ha mantenido un programa sistemático de auditorías aleatorias en municipalidades de todo el país. En este trabajo, sólo se analizan las transferencias federales ya que la CGU no verifica el uso de los fondos estatales y municipales.

Los fondos federales son una parte importante de los presupuestos municipales, pues representan el 62% de los ingresos municipales. Las cuentas municipales se someten a auditorías regulares de tribunales estatales de cuentas, famosos por su deficiente supervisión; de concejos municipales, también de mala reputación puesto que con frecuencia los controlan las mismas autoridades locales a las que deben fiscalizar, y de organismos federales que supervisan el uso de fondos federales transferidos a los municipios, que tienden a realizar auditorías más eficientes. Uno de estos organismos federales es la CGU, que selecciona aleatoriamente las municipalidades que va a auditar. Estas auditorías abarcan todos los programas federales financiados por el gobierno federal en una determinada municipalidad.

Al analizar en profundidad uno de los instrumentos de financiamiento de la educación pública, el FUNDEF, se apunta a identificar las deficiencias de la administración de fondos municipales. El análisis incluye 67 municipalidades de los estados de Bahía (22), Maranhão (14), Pará (15) y Piauí (16) que reciben subsidios federales para financiar el sistema de educación local. Estas municipalidades figuran entre las más pobres del país y fueron elegidas al azar por la CGU, el organismo que envía los auditores a las ciudades. Estos analizaron los registros financieros, pero también visitaron escuelas, entrevistaron a docentes, funcionarios públicos y estudiantes, y compararon los precios que paga el gobierno por los bienes y servicios con los precios de los mercados locales. Los informes de los auditores se emplearon para clasificar las irregularidades más comunes detectadas en los municipios. El cuadro 12.1 muestra las irregularidades más comunes y el porcentaje de municipalidades en las que se observaron.

Las numerosas irregularidades identificadas perjudican gravemente la calidad y eficiencia del programa. Además, se reparten en casi todas las municipalidades

de la muestra. Sólo el 1% de esta muestra no presenta irregularidad alguna. Este diagnóstico se confirma al analizar los montos involucrados, como se muestra en el cuadro 12.2. La suma total de las asignaciones auditadas del FUNDEF fue de 161,4 millones de reales (US\$54 millones). Las diversas irregularidades enumeradas en el cuadro representan pérdidas totales equivalentes al 13% del presupuesto. El fraude en las compras públicas fue el tipo de irregularidad más costoso.

Cuadro 12.1. Principales irregularidades y número de municipalidades en que se observaron

<i>Irregularidades</i>	<i>Porcentaje de municipalidades en que se observó la irregularidad</i>
Mal funcionamiento del consejo comunitario creado para supervisar los fondos o, en la práctica, control realizado por el alcalde (la autoridad que debería ser fiscalizada por el consejo)	73
Malversación de recursos (o indicio de ello) mediante el fraude (documentos fiscales falsificados, bienes comprados pero no entregados a las escuelas, compras a precios superiores a los de mercado, etc.)	63
Uso de fondos en gastos no considerados fundamentales para la educación	60
Mala calidad organizativa de la administración de recursos financieros (contabilidad deficiente, emisión de cheques sin fondos, retiro de fondos de cuentas bancarias, factores que dificultan a los auditores verificar cómo se gastó el dinero, etc.)	52
Evidencia de fraude en compras públicas (principalmente mediante la creación de empresas competidoras fantasmas para crear la ilusión de un proceso de licitación competitivo; o mediante la división de un contrato único en varios contratos más pequeños por debajo del umbral que permite realizar un proceso de contratación competitivo)	43

Cuadro 12.2. Porcentaje malversado del monto total de fondos de FUNDEF recibido por la municipalidad, según tipo de irregularidad

<i>Irregularidad</i>	<i>Porcentaje promedio</i>	<i>Porcentaje máximo</i>
Prueba de fraude en las compras	13	55
Malversación de recursos (o indicio de ello) mediante el fraude (documentos fiscales falsificados, bienes comprados pero no entregados a las escuelas, compras a precios superiores a los de mercado, etc.)	12	45
Malversación de fondos destinados al pago de docentes (dinero recibido por personas que no ejercen la docencia, fraude o prácticas ilegales en la contratación de personal, etc.)	11	42

Cuadro 12.2. Porcentaje malversado del monto total de fondos de FUNDEF recibido por la municipalidad, según tipo de irregularidad (cont.)

<i>Irregularidad</i>	<i>Porcentaje promedio</i>	<i>Porcentaje máximo</i>
Pagos ilegales a docentes y otros funcionarios (docentes ‘fantasma’, bonos ilegales, etc.)	3	6
Uso de fondos en gastos considerados no fundamentales para la educación	3	12

El alto nivel de irregularidades en la administración de los fondos del FUNDEF indica que los consejos comunitarios carecen de las facultades y los recursos necesarios para asegurar que las autoridades locales administren los fondos con honestidad y eficiencia. Es necesario crear otro organismo supervisor o definir sanciones para los miembros de consejos comunitarios que no cumplan con sus tareas. Con el objeto de remediar la falta de personal calificado para administrar las compras públicas, la distribución y las tareas contables en las municipalidades más pobres, se debería exigir a los gobiernos estatales que dotaran a los municipios de un sistema electrónico de compras de bienes y servicios.

Nota

- 1. Marcos José Mendes es asesor del Senado brasileño.

13 Índice de integridad de las instituciones públicas: evaluación del sector salud en Colombia

Transparencia por Colombia¹

Desde el año 2002, Transparencia por Colombia, capítulo colombiano de Transparency International, publica anualmente un Índice de Integridad de Instituciones Públicas, que compara niveles de riesgo de corrupción en las instituciones públicas del país. El objetivo del índice es entregar a la sociedad civil una herramienta de seguimiento de la transparencia, la integridad y la eficiencia de las instituciones públicas. Como estas se analizan individualmente, es posible utilizar el índice para evaluar la vulnerabilidad a la corrupción de un sector en particular. A continuación, se entrega una descripción general del índice y se proponen ejemplos de cómo se puede utilizar en la evaluación de los riesgos de corrupción en el sector salud.

El índice clasifica a las instituciones públicas según 20 indicadores, todos ellos mediciones objetivas.² Los indicadores se dividen en tres grupos:

- **Transparencia.** Mide la visibilidad de la organización para el público general, evaluada mediante los siguientes indicadores: información encontrada en el sitio web de la institución; mecanismos para sentar reclamos; transparencia en los procesos de contratación; cumplimiento con el sistema de información para la contratación estatal (SICE); mecanismos de rendición de cuentas; transparencia, accesibilidad y claridad de los procesos burocráticos; iniciativas anticorrupción y acceso a la información.
- **Control y sanciones.** Evalúa el nivel de las sanciones o decisiones adoptadas por los organismos de control contra los funcionarios de entidades públicas analizando los castigos por irregularidades fiscales; las sanciones disciplinarias, y el valor de las decisiones que señalan las irregularidades fiscales como una proporción del presupuesto de la organización. La premisa implícita es que se verifica un mayor número de prácticas deshonestas en situaciones institucionales donde los mecanismos de prevención son deficientes o nulos.
- **Eficiencia e institucionalidad.** Mide el cumplimiento eficaz de los objetivos y misiones del organismo. Los indicadores observan de cerca la simplicidad de los procesos organizacionales y la claridad y conocimiento de reglamentos y controles, pues estos factores son los que limitan el margen de discreción del personal y, por lo tanto, el riesgo de corrupción. Los indicadores son: núme-

ro de reclamos presentados e investigaciones abiertas por el auditor público y el fiscal público en función del número de funcionarios, procedimientos para contratar personal, incentivos para los empleados, funcionamiento de los controles internos y evaluación de la administración.

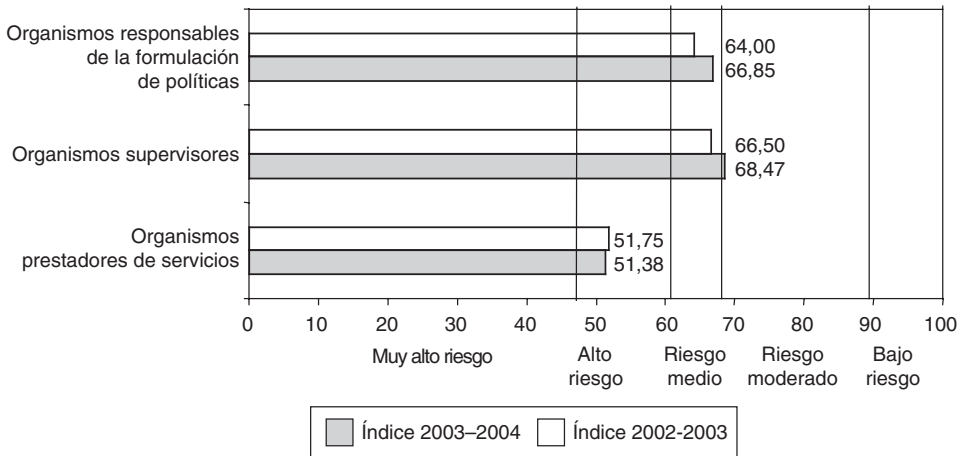
Cada uno de estos tres componentes se obtiene calculando el promedio simple de los indicadores de la categoría, donde el índice corresponde a un promedio de los tres, ponderado por el número de indicadores que forman cada componente.

El índice de 2004 evalúa el 80% de las entidades públicas del gobierno central (182 organismos). Por primera vez, se evalúa también a los organismos del gobierno departamental.³

Riesgos de corrupción en el sector salud

Alrededor del 12% de las instituciones públicas evaluadas en el Índice Nacional corresponde al sector salud. El riesgo de corrupción se considera alto en un 59% de ellas. De especial preocupación son los resultados de las entidades de prestación de servicios de salud como las Empresas Sociales del Estado (ESE), creadas recientemente para superar las ineficacias y la deficiente calidad de los servicios del centralizado Instituto de Seguridad Social (ISS). Si bien los resultados del sector salud son levemente mejores a los registrados en el índice de 2003, son malos en dos de las tres categorías: transparencia (45 en una escala de 1 a 100, donde 100 indica un bajo riesgo de corrupción) y eficiencia e institucionalidad (55 de 100) (véase el gráfico 13.1).

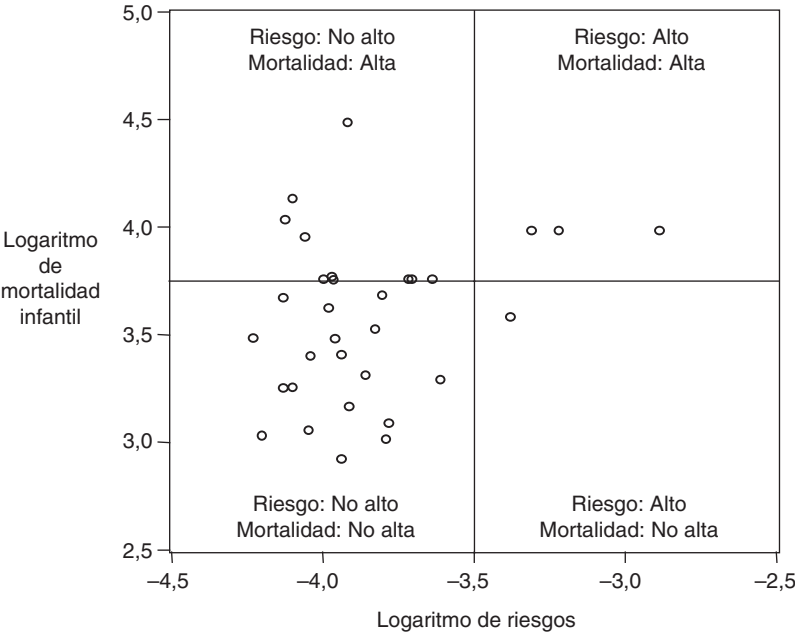
Gráfico 13.1. Instituciones nacionales de salud pública



A nivel departamental también se identificaron muchos problemas: el puntaje promedio de los organismos de salud responsables de dirigir, coordinar y fiscalizar los servicios de salud y seguridad social en cada jurisdicción es de 49,2 de 100, menor que el puntaje promedio del sector. Se considera que más del 35% de estos organismos de salud enfrenta un riesgo de corrupción alto o muy alto, mientras sólo el 12,5% presenta un riesgo moderado.

Una comparación de los datos sobre los riesgos de corrupción en las autoridades de salud del departamento y los índices de mortalidad infantil⁴ sugiere que hay una relación entre la corrupción y los resultados del sector⁵, como se aprecia en el gráfico 13.2. Los datos no son concluyentes en ningún caso: no se puede soslayar la posibilidad de causalidad inversa (es decir, que los malos resultados de salud generen mayores niveles de corrupción) o una tercera variable: que el bajo ingreso per cápita pueda impulsar tanto la mortalidad infantil como la corrupción.

Gráfico 13.2. Comparación de datos sobre riesgo de corrupción y tasas de mortalidad infantil a nivel departamental



Conclusiones

El simple ejercicio anterior ejemplifica cómo se puede utilizar el índice para explorar los costos de la corrupción en sectores específicos y para identificar las vulnera-

bilidades a la corrupción que debieran tomarse en cuenta al formular las políticas públicas. Los resultados respecto de las autoridades de salud alertaron a Transparencia por Colombia sobre la necesidad de formular nuevos indicadores para medir el desempeño de los funcionarios responsables de coordinar, regular y manejar los sistemas de salud.

Luego de tres ediciones del índice, es posible extraer conclusiones preliminares sobre sus efectos. El índice 2004 refleja una mejora en la atención de solicitudes de información por parte de los funcionarios. Las instituciones públicas han mostrado interés en el índice como una herramienta técnica comparativa que puede ser útil para identificar las debilidades institucionales: más de 600 empleados públicos que representan más del 40% de las instituciones nacionales evaluadas han utilizado el índice para identificar y corregir debilidades. La demanda de información detallada y precisa sobre los riesgos de corrupción también ha crecido en la esfera local: la mitad de los 32 departamentos ha organizado foros para debatir los resultados.

Notas

1. La investigadora principal de Transparencia por Colombia es Martha Badel. Contacto: indice-integridad@transparenciacolombia.org.co/.
2. Para conocer los detalles sobre la primera edición, publicada en 2002, véase el *Informe global de la corrupción 2004*. El primer índice empleaba 16 indicadores, la mayoría objetivos, mientras los demás reflejaban la opinión de una muestra de funcionarios públicos de cada institución. Los datos de la encuesta de opinión se publicaron por separado en 2004.
3. Colombia posee tres niveles de gobierno: central, departamental y municipal.
4. Departamento Nacional de Estadísticas, Estimaciones departamentales sobre mortalidad infantil 1985-1993: perspectivas de mediano plazo 1995-2005, en *Estudios Censales N° 5* (Bogotá: DANE, 1998). Las estimaciones son por cada mil nacidos vivos.
5. La mortalidad infantil es uno de los mejores indicadores de la influencia de factores sociales sobre la salud, según Michael Grossman en *El modelo de capital humano de la demanda de salud*, Documento de Trabajo N° 7078 de la Oficina Nacional de Investigación Económica, 1999.

14 Parámetros de reputación empresarial: incentivo para las buenas prácticas anticorrupción

Transparencia Mexicana

La reputación de las empresas privadas es sumamente vulnerable a las noticias o sospechas de una conducta corrupta. Los escándalos financieros de poderosas corporaciones como Enron y Parmalat son sólo ejemplos de las calamitosas consecuencias que enfrentan las empresas cuando su reputación se ve lesionada por acciones corruptas o que, de mala fe, dañan los intereses de la competencia o los accionistas. A la inversa, las que demuestran buenas prácticas y valores empresariales positivos en sus relaciones con la comunidad y con los actores interesados pueden alentar el compromiso de lograr una sociedad menos corrupta. Con esto en mente, Transparencia Mexicana, el capítulo nacional de Transparency International, junto con la empresa de estudios de mercado Consulta-Mitofsky, elaboró una herramienta denominada Índice Mexicano de Reputación Empresarial (IMRE), orientada a destacar las buenas prácticas empresariales. El objetivo es brindar un incentivo positivo a las empresas para aumentar su reputación, así como información acerca de qué áreas mejorar, a la vez que se genera mayor conciencia pública sobre la reputación de las principales empresas que operan en el país.

El IMRE se basa en las opiniones de un total de 32 gerentes y ejecutivos de las siguientes profesiones: corredores de bolsa, publicistas, analistas económicos, analistas de riesgos financieros, auditores externos, certificadores, funcionarios públicos, abogados de empresas y empresarios.¹ Se les pidió a los participantes que se informaran sobre los sectores y las empresas que se estaban investigando, pero se les impidió evaluar aquellas con las que tenían algún tipo de relación.

Se consultó a los participantes sobre qué factores determinan si la empresa tiene una buena o mala reputación. Se seleccionaron ocho sobre la base de estas respuestas: preocupación por los accionistas, inversionistas y socios; cumplimiento de las leyes y normas en vigencia; servicio a los clientes y proveedores; responsabilidad ambiental; respeto por los derechos de los trabajadores; participación en la comunidad; naturaleza y calidad de las relaciones con la competencia, y compromiso con el desarrollo de México. Se realizó una pregunta cerrada acerca de cada una de las áreas de preocupación. Por ejemplo: “¿En qué medida cree que las siguientes empresas tratan bien a sus clientes y proveedores? Muy bien (1)/ Bien (2)/ Promedio (3)/ Mal (4)/ Muy mal (5)”. El IMRE tiene una escala de valores entre uno y cero: mientras más alto sea el valor, mayor será el prestigio de una empresa.

El IMRE evaluó unas 108 empresas, seleccionadas sobre la base del total de ingresos declarados por cada una. Se cuentan entre las 500 más grandes de México, según la revista *Expansión*, y operan en una de las siguientes 12 industrias: alimentos y bebidas no alcohólicas; educación superior; automóviles; farmacia; alcohol y tabaco; tiendas de autoservicio y tiendas por departamentos; obras públicas y construcción, servicios financieros; informática y telecomunicaciones; medios de comunicación social; turismo y transporte, y recursos energéticos (véase el cuadro 14.1).

Cuadro 14.1. Empresas de mayor prestigio de acuerdo con el IMRE 2004

Clasificación	Empresa	IMRE 2004
1	Grupo Industrial Bimbo	0,90
2	Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey	0,88
3	PEMEX	0,86
4	Nestlé	0,85
5	Universidad Iberoamericana	0,84
6	Grupo Modelo	0,83
6	Instituto Tecnológico Autónomo de México	0,83
6	Universidad de las Américas, Puebla	0,83
9	Vitro	0,81
9	Coca-Cola FEMSA	0,81
9	Cervecería Cuauhtémoc Moctezuma	0,81

Transparencia Mexicana decidió brindar un incentivo positivo para que las empresas mejoraran reconociendo públicamente la posición de las 10 con la mejor reputación, en lugar de publicar los nombres de las que tenían peor desempeño o presentaban niveles observados de corrupción. También se reconocieron públicamente las empresas con la mejor reputación en cada uno de los 12 sectores en estudio y aquellas con el índice más alto para cada una de las ocho variables analizadas. La información acerca de las 108 empresas está disponible para los cuerpos directivos y los ejecutivos de alta jerarquía de cada una de las empresas incluidas, a fin de ayudarlos a identificar las áreas que deben mejorar. La información no está disponible al público en general, puesto que la idea detrás de este ejercicio es proporcionar incentivos positivos para que las empresas mejoren y traten de esforzarse por ser incluidas en la lista de los mejores.

Para mayor información, véase www.transparenciamexicana.org.mx/.

Nota

- 1. Las entrevistas del IMRE 2004 tuvieron lugar entre el 15 de noviembre y el 7 de diciembre de 2003.

15 Estudio que esclarece la experiencia latinoamericana con la corrupción

Eric Kite y Margaret Sarles¹

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (United States Agency for International Development - USAID) utiliza cada vez con más frecuencia encuestas ciudadanas para mejorar sus programas de democracia y gobernabilidad y evaluar sus efectos. En América Latina, USAID realizó en 2004 once encuestas en Bolivia, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá.² Las encuestas sondean la percepción del comportamiento corrupto y la victimización por corrupción, todos factores que pueden desglosarse en atributos personales (género, región, edad, raza, ingresos, etc.) y relacionarse con el comportamiento político.

Los resultados de las encuestas permiten analizar la profundidad y los efectos de la corrupción, determinar los problemas más importantes para grupos particulares de ciudadanos, identificar el apoyo potencial a las reformas y sugerir métodos promisorios para la reforma anticorrupción. En algunos países estas encuestas ya se han realizado dos o tres veces y es posible estudiar las tendencias de la corrupción y de la democracia. Las comparaciones en el tiempo también constituyen una herramienta útil para adaptar los programas de USAID a la naturaleza evolutiva del problema.

Las encuestas proporcionan pruebas cuantitativas contundentes del efecto corrosivo de la corrupción en el apoyo de los ciudadanos a la democracia y a sus instituciones. Entre todos los factores examinados, *la corrupción, junto con las preocupaciones por la seguridad, tiene el efecto más perjudicial en la confianza de los ciudadanos en la democracia y las instituciones democráticas*. Existe una fuerte correlación negativa entre el número de veces que se es víctima de la corrupción y el nivel de apoyo a las instituciones democráticas (véase el gráfico 15.1). Sólo la delincuencia tiene una repercusión similar.

En Nicaragua, por ejemplo, el respaldo al sistema democrático cae casi a la mitad en la opinión de los ciudadanos que han recibido presiones reiteradas (cuatro veces o más) para pagar sobornos. En estos casos, los ciudadanos están dispuestos a considerar el abandono de la democracia como sistema político en favor de opciones más autoritarias. Las implicancias de estos resultados para los gobiernos y los partidarios de reformas democráticas sugieren que las medidas anticorrupción serias y cuidadosamente dirigidas son fundamentales en la estrategia de consolidación democrática.

Un segundo resultado general se refiere al nivel total de sobornos en cada país, evaluado aquí como victimización por corrupción. En general, en Centroamérica

y en Colombia la cifra bordeó el 15% (véase el gráfico 15.2). En cambio, los ciudadanos de Bolivia, México y Ecuador reconocieron experimentar la exigencia de sobornos con mucha mayor frecuencia.

Gráfico 15.1. Impacto de la victimización por corrupción en el respaldo al sistema

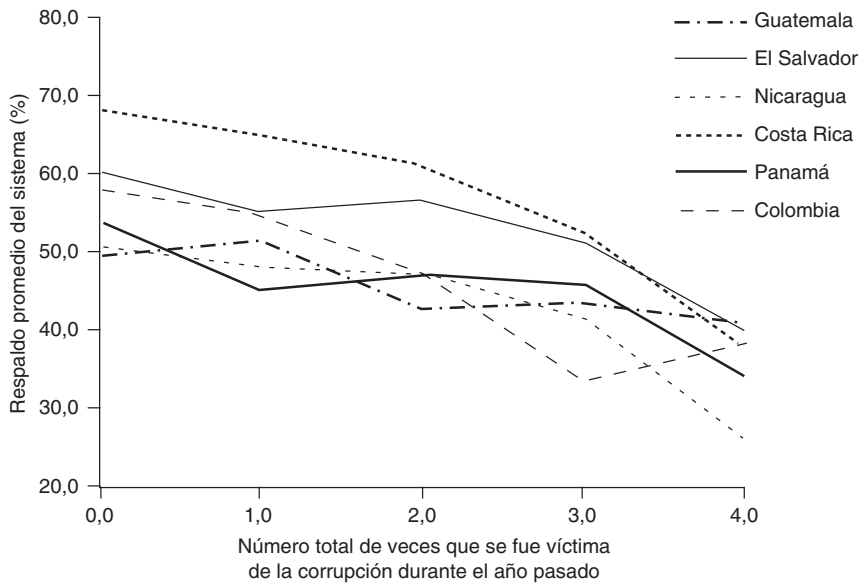
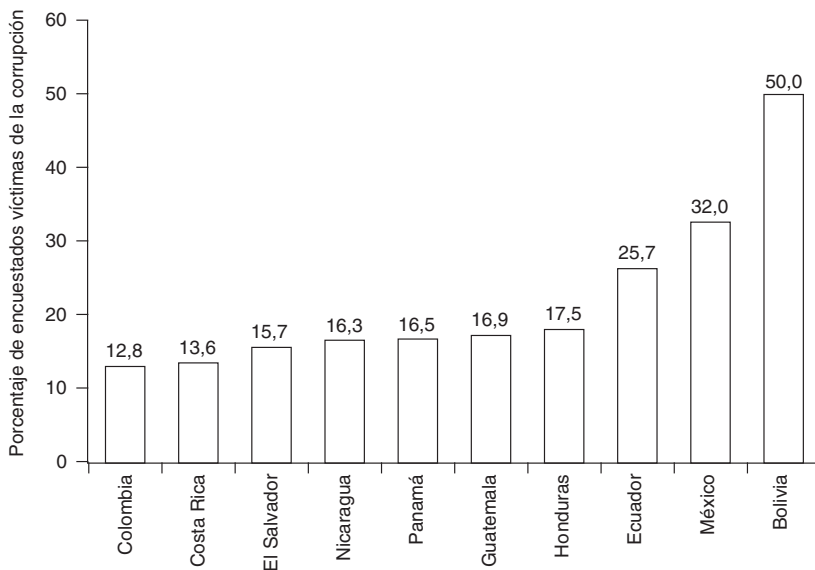


Gráfico 15.2. Índice total de victimización por corrupción



En las encuestas también se preguntó a los ciudadanos qué instituciones específicas del gobierno les habían exigido sobornos. Los resultados variaron ampliamente entre países e instituciones y proporcionaron datos valiosos a quienes intentan dirigir programas anticorrupción efectivos. En el cuadro 15.1, se incluyen nueve países y se resumen las respuestas de los ciudadanos respecto de la exigencia de sobornos en diferentes situaciones institucionales: evitar una acusación falsa de la policía, otras exigencias de la policía, empleados públicos, empleados municipales, tribunales, servicios de salud, escuelas o empleadores.

Cuadro 15.1. Porcentaje de encuestados que fueron víctimas de sobornos, según dónde fueron solicitados

	<i>Acusado por la policía</i>	<i>Soborno exigido por la policía</i>	<i>Soborno de empleado público</i>	<i>Soborno municipal</i>	<i>Soborno en el trabajo</i>	<i>Tribunales</i>	<i>Soborno en el servicio de salud</i>	<i>Soborno en la escuela</i>
México	9,4	18,0	12,9	20,7	10,3	13,5	9,5	12,7
Guatemala	4,2	6,9	3,3	8,2	6,5	5,0	6,7	8,7
El Salvador	4,7	5,5	4,3	5,3	5,4	4,0	6,6	7,3
Honduras	3,7	5,3	2,7	10,2	9,9	6,6	7,2	11,3
Nicaragua	3,5	3,7	3,4	12,9	12,6	15,5	10,7	9,5
Costa Rica	3,1	3,5	3,2	5,6	4,2	2,7	3,8	8,6
Panamá	4,5	6,9	6,0	9,3	6,2	6,5	5,7	6,7
Colombia	4,8	3,8	2,7	5,3	5,6	5,1	7,7	5,5
Ecuador	4,6	9,7	14,8	15,0	11,3	20,5	12,8	23,8

En Ecuador, por ejemplo, las exigencias de sobornos en el sector educacional duplican a las de cualquier país, según las respuestas de los ciudadanos. En México, la policía es la institución que más exige sobornos en comparación con otros países. Tal vez no sea tan sorprendente que los gobiernos municipales –el aparato de gobierno con mayor contacto directo con los ciudadanos– figuren como la fuente principal de exigencias de sobornos.

Algunos resultados difieren de los del Índice de Percepción de la Corrupción (IPC) de Transparency International (TI), probablemente por los propósitos y metodología de cada una de estas herramientas. Índices como el IPC de TI captan las percepciones y actitudes ante la corrupción profunda o sistemática entre funcionarios de altos cargos públicos, pero no consideran la experiencia de la amplia mayoría de los ciudadanos en la vida cotidiana. Por el contrario, las encuestas de USAID recogen algunas actitudes y percepciones en el ámbito nacional, pero se concentran más directamente en las percepciones y experiencias de los ciudada-

nos. Ambos tipos de mediciones tienen sus ventajas, y los responsables de formular políticas y los investigadores las pueden utilizar y complementar unas con otras cuando examinan el fenómeno de la corrupción en un país determinado.

La experiencia con estas encuestas ha sido muy positiva. Los ciudadanos se han mostrado abiertos a responder preguntas muy detalladas acerca de las fuentes de corrupción que experimentan en su vida diaria. Al publicarlas en Internet en español y en inglés, USAID planea difundir los datos de esta encuesta entre una comunidad lo más amplia posible, integrada por reformadores, encargados de políticas e investigadores interesados en profundizar el análisis. Al asegurar la disponibilidad abierta de los datos de esta encuesta financiada con fondos públicos, todos los interesados pueden revisar los métodos y resultados del estudio y, lo que es más importante, utilizar los datos para mejorar las políticas públicas, orientar mejor las iniciativas reformadoras y evaluar los avances con precisión.

Notas

1. Eric Kite es director de la Oficina de Democracia y Gobernabilidad de USAID en Kabul, Afganistán, y Margaret Sarles ocupa un cargo en la misma institución, USAID. Contacto: mekite@usaid.gov y msarles@usaid.gov/.
2. Las encuestas de 2004 fueron dirigidas por estudios e instituciones de investigación latinoamericanas bajo la supervisión técnica del Dr. Mitchell Seligson de la Universidad de Vanderbilt. Véase su trabajo: "The University of Pittsburgh Latin American Public Opinion Project's Corruption Victimization Scale" (Escala de victimización ante la corrupción del proyecto de opinión pública latinoamericana de la Universidad de Pittsburgh), en *Informe global de la corrupción 2004*. La definición de victimización por corrupción de Seligson se refiere a la experiencia real de los ciudadanos con la corrupción del sector público.

Página en blanco a propósito

Índice temático

- acceso a la información 146, 158-160, 164, 167, 170-171, 176, 189, 212
 - en el sector salud 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 16, 17, 21, 24, 29, 36, 60, 64, 65, 71, 74 78, 79, 85, 86, 88, 90, 95, 100, 101, 110, 115, 119, 120, 122, 124, 126
- actores del sistema de salud
 - consumidores / pacientes 6-11, 13, 18, 98
 - corrupción
 - a nivel de los gobiernos locales 35-40
 - causas 3-30
 - detección y prevención 66-67, 71-72, 96, 177
 - en la administración de hospitales 60-76
 - experiencia en Estados Unidos 19-26
 - fugas 35-44
 - impacto en la prestación de servicios 14, 18-20, 24, 25, 28, 35, 38, 43-47, 67, 84, 102-103
 - investigación 289-90
 - pagos informales 14, 28, 48, 61, 68, 77-86, 88-92
 - donantes 129, 130, 132-134, 136, 141
 - hospitales 59-76
 - organismos reguladores 7-9, 12, 13, 17, 97-99, 103, 113
 - pagadores 7-9, 11, 13, 16, 17, 21
 - pagos informales 29, 48, 61, 68, 77-86, 88-91
 - prestación integrada de salud / separación de pagadores y proveedores 16-17
 - proveedores 5, 7-13, 15, 16, 18, 21, 22, 25, 28, 34, 36, 38, 40, 63, 70, 71, 74, 79, 84, 85, 96, 100, 101, 113, 114, 130, 131
 - recursos 6, 9, 18, 24, 26, 27, 32, 34, 35-45, 47, 54-56, 60, 61, 66, 68-73, 78-83, 85, 99, 100, 103
 - sector farmacéutico 93-126
 - sector privado 4, 9, 16, 20, 46, 67, 79, 84-85, 136-137
- adquisiciones 33, 62, 101, 123, 128, 131, 134, 139
 - sector público
 - suministros 11, 14-16, 21, 37, 38, 40-46, 54, 59-66, 73-74, 94, 105-106, 111, 113, 123, 128, 131, 134
 - seguros de salud 5-7, 9-10, 16, 20, 21, 27, 69, 84
 - sistemas de pago 11, 21, 24, 62, 66, 69, 73, 83, 86
 - adquisiciones / compras, 146, 151, 168-171, 178, 181, 188, 210-211
 - sector farmacéutico 101, 123
 - sector salud 7, 12, 13, 18, 28, 29, 33, 37, 60-62
 - transparencia 7, 8, 29, 64-65, 74, 100, 112
 - tratamiento del VIH/Sida 128, 131, 134, 139
- África, VIH/Sida 93-94, 113-114, 129, 130, 134
- Albania, corrupción en el sector salud 63-64, 79 80, 83
- Alemania 5, 12, 13, 15
- Argentina, corrupción en el sector salud 62, 64, 74, 101
- Armenia, corrupción en el sector salud 83, 136
- Asociación Médica Mundial (AMM) 116-117
- auditoría 209
 - auditoría de ciudadanos 53-54
 - sector salud 17, 22, 23, 33, 34, 39, 43, 54-56, 78, 85, 103, 132, 139, 141
- ausentismo 8, 14, 17, 38, 39, 41, 42, 44, 60, 61, 66, 67
- Australia 99
- Banco Mundial 28-29, 31, 36, 72, 80
 - lucha contra el VIH/Sida 132, 138-139, 141
 - proceso de adquisición de drogas 100
- Berger, Oscar 169
- Bolaños, Enrique 173, 174
- Bolivia 145, 151, 195, 207, 218-219
 - conflictos de interés 148-149
 - contratos públicos 150-151
 - corrupción en el sector salud 62, 86, 101
 - corrupción de los gobiernos locales 149-150
- Brasil 15, 95, 146, 148, 152-155, 194, 199, 205
 - escándalos de corrupción 134-5
 - Poder Judicial 120, 133-4
 - sector farmacéutico 117
 - transferencia de fondos federales a las municipalidades 209-211
- Bulgaria, corrupción en el sector salud 80, 81, 83-84

- Cabo Verde 66
- Calderón, Rafael Ángel 32, 157
- Camboya, corrupción en el sector salud 4, 27, 28, 68, 136
- Canadá 11, 13, 15
- Chile 14
- corrupción en el sector salud 64, 100
- China
- corrupción en el sector salud 14
 - medicamentos falsificados 103, 122
- códigos de conducta
- sector farmacéutico 102, 103
 - sector salud
 - hospitales 73-74
- Colombia 194, 201, 205, 212, 215, 218-220
- corrupción en el sector salud 3, 16-17
- Columbia Británica 121
- Comunidad de Estados Independientes (CEI), pagos informales para el cuidado de la salud 77, 78
- contabilidad 39, 41, 43, 78, 85, 96, 141, 210
- Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción 146, 148, 152, 156, 160, 162, 167, 172, 176, 180, 185
- Convención Interamericana contra la Corrupción 145-146, 148, 152, 156, 160, 162-163, 167, 170-172, 176, 180, 185
- corrupción 149-151, 152-158, 160, 162-170, 172-177-189, 212-215, 218-221
- campañas anticorrupción 145-147, 148, 160, 194, 216-217, 218
 - Índice de Percepción de la Corrupción 136, 197-201, 203-208
 - percepciones 49, 52-53
- Costa de Marfil y ARV falsificados 131
- Medicamentos adulterados 16, 31, 103, 113, 119-123, 130
- Costa Rica 145, 156-159, 199, 201, 205, 218, 220
- corrupción en el sector salud 5, 32-33, 35, 66, 100
- crimen organizado 120, 148, 152, 156, 160, 163, 165, 167, 172, 176, 180, 185
- Croacia, listas de espera en los hospitales 60, 67
- Cuba 14, 32
- denunciantes 24, 92, 146
- desarrollo de la asistencia 27, 129-131,
- Ecuador 145-146, 160-162, 199, 201, 207, 218-220
- Egipto 4
- El Salvador 205, 218, 220
- Encuestas de Seguimiento del Gasto Público (ESGP) 36, 38-40
- España 162-166
- Estados Unidos 110-111, 131-132, 134, 138, 141, 148, 194, 218
- Administración de Alimentos y Drogas (FDA) 98, 106, 108, 111-112, 119-123
- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) 28, 194, 218, 220-221
- corrupción en el sector salud 3, 4, 13, 15, 19, 20, 23, 26, 28, 33, 60, 63, 70, 71, 73, 96
- Plan Presidencial de Emergencia para el Alivio del Sida (PEPFAR) 132-133
- ética 151, 154-156, 175-176, 178-179, 182-184, 187
- en el sector salud 29, 106, 114, 116
- Etiopía 5, 132
- Europa, percepción de la corrupción 48-49
- Europa Central y Oriental, corrupción en el sector salud 48, 52, 77-79, 83, 86
- favoritismo 48, 61, 142
- Federación Internacional de Asociaciones de Productos Farmacéuticos (IFPMA) 113, 115
- Figueres, José María 157
- Filipinas 31, 46, 47, 48
- corrupción 199, 201, 203
 - pobreza 92, 95, 146-147
- Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria 132, 134-136
- Francia 15
- corrupción en el sector salud 68
- fraude 154, 173, 210
- compras públicas 146, 151, 170, 178, 181, 210, 211
 - sector salud 8, 14, 18
 - control 18, 24, 56-7, 59
 - en el Servicio Nacional de Salud Británico 32, 56-57
 - en la administración de hospitales 60-62, 69, 73
 - en el sector farmacéutico 104, 110, 116
 - en el sistema de salud de Estados Unidos 20-23, 59
 - facturación fraudulenta 10, 13
 - programas de tratamiento del VIH/Sida 139-141
- Fujimori, Alberto 181-184
- funcionarios públicos 149-151, 154, 156, 164-165, 168, 176, 178-179, 181, 185, 209, 216
- Gabón 93
- ganancias
- declaración de 150
 - recuperación 46, 57, 174, 203, 214
- Georgia, corrupción en el sector salud 80, 83, 84
- Ghana 37, 38, 40-43, 45, 59, 136
- GlaxoSmithKline (GSK) 113, 131, 133
- gobernabilidad 18, 36, 38, 104, 124, 218
- Grecia, corrupción en el sector salud 68
- GRECO (Grupo de Estados contra la Corrupción) 164

grupos de presión 126
 Guatemala 167-71, 207, 218, 220
 Gutiérrez, Lucio 160, 162

 Honduras 37, 38, 40, 206, 218, 220
 hospitales 59-76
 contratos basados en el rendimiento 66
 derivación de pacientes 10, 12, 14, 22, 62, 69-70,
 fraude 60-62, 69, 73
 fraudes en las compras 62-64
 listas de espera 60, 67
 malversación / robo 60-61, 65, 66
 prácticas corruptas 73, 74
 reformas 65-68, 71, 74, 78, 85, 88, 90, 91
 Hungría 78, 88-91
 impunidad 12, 19, 34, 119, 153, 177, 182

 impuestos 48, 49, 52, 88, 131-132, 170, 174
 evasión 155
 India, 69, 72, 94, 103, 124, 125
 Índice Mexicano de Reputación Empresarial (IMRE) 216-217
 Indonesia 5, 14, 135
 investigación 145, 150, 154-155, 157-158,
 en el sector salud 15, 29, 33-34, 53, 56, 63
 pagos informales 29, 48, 61, 68, 77-86, 88-91
 sector farmacéutico 95, 98-99
 ver además Encuestas de Seguimiento del Gasto Público (ESGP)
 Irak 3
 Irlanda 4
 Israel 117

 Karnataka, India 125-126
 Kenia 60, 63, 65, 68, 127, 131, 132, 135, 138-141

 Laos 103
 Liberia 132
 listas negras 74, 122
 Lituania, 49-51, 79, 84-85

 malaria 27, 43, 112-113, 132, 135-137, 139
 Malasia 14, 63
 Malawi 135
 malversación de fondos 145, 161, 173, 210
 en el sector salud 16, 25, 60-61, 65, 66, 73, 128, 139
 Medicaid 15, 21, 23, 27,
 Medicare 13, 15, 19, 21, 23, 25-27, 69, 74, 76
 médicos
 especialistas 14, 23, 61, 67-68, 79
 rol en el combate contra la corrupción 109-111
 y sector farmacéutico 94-95, 99, 101-102, 105-109, 110-111
 salarios 78-79, 81, 86
 Médicos sin Fronteras (MSF) 29

 Medidas y políticas anticorrupción 146-147, 163, 167, 173-175, 218
 medios masivos de comunicación 23, 35, 46, 55, 57, 88, 145, 163, 172, 174, 177, 188, 217
 revelación de escándalos 23, 32, 35, 138
 y corrupción en el sector farmacéutico 111, 122, 124, 126
 Mesa, Carlos 149
 México 13, 32, 146, 193, 200, 201, 205, 216-220
 corrupción en el sector salud 53, 54, 56
 Moldavia 83
 Montesinos, Vladimiro 182-184
 Mozambique 38, 40, 41, 42, 43, 45, 66

 National Agency for Food and Drug Administration and Control (NAFDAC) 94, 103, 119
 Nebraska 71
 nepotismo 150, 178
 Nicaragua 172-175, 206, 218, 220
 Nigeria, corrupción en el sector salud 38, 40, 42
 Noboa, Gustavo 161
 Noriega, Manuel Antonio 178

 Objetivos de Desarrollo del Milenio (MDG) 146
 Organización Mundial de Comercio (OMC) 134
 Organización Mundial de la Salud (OMS)
 programas de tratamiento del VIH/Sida 129-130
 sector farmacéutico 34, 119, 120, 129-130
 Organizaciones no Gubernamentales (ONG) 114, 123-125, 128, 139, 140, 167, 170, 179, 180, 183, 186,
 Ver además sociedad civil
 Ortega, Daniel 174

 Pacheco, Abel 157
 Pakistán 5, 120, 207
 Palacio, Alfredo 162
 Panamá 157, 176-177, 180, 205, 218, 220
 Perú 180-184
 falsificación de firmas 184
 sector salud 39, 66, 70
 Poder Judicial 29, 125-126, 145-146, 152-154, 158, 160-162, 168, 175, 179-180, 186-188
 y sociedad civil 145, 158, 160-162, 168, 180
 corrupción 152-154, 160, 162, 179-180,
 reforma de 146, 150, 152, 153-154, 158, 180-182, 185-186
 presupuesto 156, 174, 176, 180, 188, 209-210, 212
 privatización 14, 110, 149
 privilegios 10, 11, 61, 152, 154, 177

 quejas / reclamos 175, 182, 187, 188, 212-213
 en el sector salud 13, 67, 79, 114, 125
 conflictos de intereses, 146, 148, 149, 163-165, 168,

- sector salud 16, 35, 73, 94
sector farmacéutico 99, 103, 107, 109-112, 116-118, 120
- Reino Unido 32, 56, 58, 71, 138-139
- República Checa, pagos informales por servicios de salud 81, 84, 86
- República Democrática del Congo y ARV falsificados 131
- República Dominicana 178, 206, 218
- responsabilidad 149, 159, 173-174, 185, 216
administración pública 149, 159
Fondo Global de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la
Malaria 128, 132, 134-136
sector farmacéutico 93, 97, 103
sector salud 3, 5, 6, 7, 35, 36, 37, 38, 44, 49
hospitales 59, 60, 61, 62-67, 69-71, 73-74,
pagos informales 29, 48, 61, 68, 77-86, 88-91
tratamiento del VIH/Sida 127-129
- Rodríguez, Miguel Ángel 157
- Sánchez de Lozada, Gonzalo 149
- Schering-Plough 96
- sector farmacéutico 64, 93 -126
adquisición 62, 101, 123
criterio de la Organización Mundial de la Salud 34, 64, 95, 99, 103
decisiones clave 79-82
distribución 14, 37, 42, 101, 113, 119, 122
investigación médica 107, 110
publicidad 99, 114, 122
registro 98, 101, 114, 115, 120, 122
regulaciones 12, 15, 93, 95, 97-98, 102-103, 113-114, 118-119-122
selección de drogas 99-100, 346-9
tentaciones para los médicos 106-107, 115
vulnerabilidad a la corrupción 3, 6, 62, 71, 128
ver además medicamentos falsificados
- Senegal, corrupción en el sector salud 39, 41-42
- Servicio Nacional de Salud (NHS), Gran Bretaña 32, 56
- servicios financieros 146, 217
- Silva, Luiz Inácio Lula da 152, 154
- sobornos 145-147, 152, 154-157, 162, 167, 179, 194-195, 202, 218-220
en el sector salud 9, 11, 17-18, 22, 26, 46, 47, 50
tratamiento del VIH/Sida 130
hospitales y 17, 59, 62, 64, 72, 74, 93
pagos informales 13 -14, 28-29, 48, 61, 68, 77-92, 128
sector farmacéutico 14, 22, 95-96, 99, 115, 124
en el Poder Judicial 146
victimización por corrupción 218-219
- sociedad civil 145, 147, 150, 158, 160-162, 168, 170-171, 174, 177-180, 185-187, 212
- contratos públicos 150, 164, 168, 181
- corrupción policial 220
- financiamiento político 155
- Organizaciones Mexicanas de la Sociedad Civil 53
- Poder Judicial 145, 158, 160-162, 168, 180
- sector farmacéutico 94, 98, 124
- tratamiento del VIH/Sida 131, 132, 136, 142
ver además organizaciones no gubernamentales (ONG)
- Tailandia, corrupción en el sector farmacéutico 93, 103, 122
- Toledo, Alejandro 182-184
- Torrijos Espino, Martín 176, 178
- Transasia Biomedicals 72
- transparencia 79, 84, 86, 90, 133, 134, 137, 146, 151-152, 155, 159-162, 167-170, 176-179, 188-189, 193, 195, 201, 212, 213, 215-217
finanzas políticas 151, 194, 239-40, 260, 274-5
Fondo Global para Combatir el Sida, la Tuberculosis y la Malaria 137
hospitales 60, 64-64, 68, 71, 74
pagos informales 29, 48, 61, 68, 77-86, 88-91
Poder Judicial 146, 152-154, 160-162, 168, 175, 179, 188
sector farmacéutico 94, 101-102, 104, 112, 114
sector salud 3, 4, 5, 7, 8, 18, 22, 29, 35, 43, 53, 54-55
- Transparency International (TI) 72, 92, 96, 136, 145, 161, 197, 212, 216, 220
ver además Índice de Percepción de la Corrupción
- tuberculosis 4, 27, 29, 112, 132, 135-137, 139
- Ucrania 79, 136
- Uganda 36, 40, 41, 43, 64-66, 131, 136
- Unión Europea, regulaciones en el sector farmacéutico 119-122
- Venezuela 14, 145-146, 185-189, 200, 207,
corrupción en el sector salud 3, 16, 62, 64, 66
- VIH/Sida 127-142
ayuda internacional 132-133
drogas antirretrovirales (ARV) 129-133, 141
programas de prevención 127-128, 134, 138, 140, 141
tratamientos 112-113, 127-131, 134, 140
- Zapatero, José Luis Rodríguez 163-165

“El Informe global de la corrupción... es una obra insoslayable para cualquiera que esté interesado en las normas éticas de la política y los negocios internacionales.”

The Irish Times

“No cabe duda de que Transparency International está desempeñando una función esencial.”

The Times Higher Education Supplement

“Transparency International ha mostrado una vez más su capacidad para combinar la investigación y el análisis de políticas no sólo con el propósito de arrojar luz sobre los problemas profundamente arraigados de la corrupción... sino también para proponer soluciones progresivas destinadas a salvaguardar los fondos públicos y la confianza del público.”

James Wolfensohn, ex Presidente del Banco Mundial

La corrupción en el sector de la salud puede ser una cuestión de vida o muerte. Arruina los sistemas de atención de salud y expone a los pacientes al riesgo de recibir un tratamiento inadecuado en el momento en que son más vulnerables. En el *Informe global de la corrupción* se describen las causas y los efectos de la corrupción en el sector de la salud, desde la influencia de las compañías farmacéuticas en las compras de insumos médicos hasta los sobornos en los hospitales para recibir servicios de salud “gratuitos”. El informe contiene artículos escritos por expertos de todo el mundo sobre la necesidad imperiosa de una acción inmediata contra la corrupción en el sector de la atención de salud.

Contenido del informe:

- Sección especial sobre la corrupción en la lucha contra el VIH y el sida.
- Estudios de caso: evaluación del riesgo de corrupción en distintos sistemas de atención de salud.
- Informes sobre la magnitud del problema: desde la corrupción en muy altos niveles en Costa Rica y los medicamentos falsificados en Nigeria hasta el fraude en la atención de salud en Estados Unidos.
- Examen pormenorizado de la corrupción en la cadena farmacéutica, realizado por críticos del sector, de asociaciones profesionales y de la industria.
- Casos exitosos de prevención del soborno, el fraude y la corrupción.

Y además:

- Informes sobre la magnitud de la corrupción por país en España y América Latina.
- Las últimas investigaciones sobre las tendencias de la corrupción, su relación con la buena gestión de gobierno, y mucho más.



www.transparency.org



Banco Interamericano de Desarrollo

1300 New York Ave. NW
Washington, D.C. 20577
Estados Unidos de América
www.iadb.org/pub

Fotos de la cubierta: Joe Raedle / China Photos / Getty Images
Diseño de la cubierta: Anú Design (www.anu-design.ie)

ISBN 1-59782-056-3

