



RED DE CENTROS DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION
BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID)
DOCUMENTO DE TRABAJO R-382

Transparencia y rendición de cuentas en los hospitales públicos de América Latina: El caso de Argentina *

Por

Ernesto Schargrodsky
Profesor
Universidad Torcuato Di Tella

con la colaboración de:

Jorge Mera
Investigador
Instituto Torcuato Di Tella

Federico Weinschelbaum
Profesor
Universidad de San Andrés

FEBRERO 2000

* Agradecemos a la Secretaría de Salud del GCBA y, en particular, a Amanda Rubilar, Subsecretaria de Gerenciamiento Estratégico, por su permanente y generosa colaboración. Recibimos muy útiles comentarios de Bill Savedoff, Rafael Di Tella y los participantes en seminarios en el BID, Harvard University y Econometric Society. Damián Staffa se desempeñó en forma excelente como asistente de investigación principal. También colaboraron eficientemente Diego Rabasa y Fernanda Martijena.

Resumen

Los 33 hospitales públicos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) adquieren sus insumos en forma descentralizada. En septiembre de 1996, la Secretaría de Salud del GCBA implementó una política de monitoreo de precios de compra. En este trabajo utilizamos la base de datos generada por esta política para analizar dos cuestiones relacionadas. En primer lugar, estudiamos el efecto de la implementación de la política sobre los precios. Los resultados muestran que la política logró una reducción de precios, pero que el efecto transitorio fue mayor que el efecto permanente. En segundo lugar, analizamos el efecto de los salarios de eficiencia recibidos por los jefes de compras de cada hospital sobre los precios. Nuestra evidencia empírica no señala que mayores salarios de eficiencia induzcan menores precios de compra. También presentamos resultados de encuestas que muestran al ausentismo como la forma más grave de abuso de sus cargos por parte de médicos y enfermeros en los hospitales públicos.

1. Introducción

Una de las áreas en la que pueden utilizarse los fondos públicos para la obtención de beneficios privados son los hospitales públicos. La existencia de corrupción en este sector puede ser particularmente dañina para la sociedad.¹ En primer lugar, por el significativo volumen de recursos destinado a este sector. En 1995, el gasto en hospitales públicos en Argentina alcanzó el 1.3% del PBI (González García y Tobar, 1997).² En segundo lugar, por el alto impacto del gasto en salud sobre la equidad social. En Argentina, el gasto en salud es uno de los que tiene mayores efectos redistributivos (Diéguez, Llach y Petrecolla, 1990). En tercer lugar, porque la posibilidad de reducir la participación del Estado en este sector es restringida. Existe acuerdo sobre la necesaria presencia del Estado en el financiamiento y provisión de servicios de salud. Este acuerdo está justificado por razones de equidad social (la financiación de la provisión de salud a los sectores carenciados de la sociedad), por razones de eficiencia económica (la existencia de fuertes externalidades ya que cada individuo desea, para su provecho personal, que el vecino esté sano) y porque la provisión privada de servicios de salud sufre de numerosos problemas de agencia y el éxito en la solución de estos problemas a través de sistemas de incentivos ha sido limitado (Arrow, 1963; Feldstein, 1993).

Potencialmente, podemos imaginar la existencia de corrupción en distintas áreas en los hospitales públicos. Pueden existir prácticas corruptas en la licitación de servicios de comedor, limpieza y seguridad, en el nombramiento de personal, en el incumplimiento de los horarios de trabajo (ausentismo), en la utilización de insumos, instalaciones y recursos laborales para uso privado, en el desvío de pacientes a consultorios privados, en la solicitud de pagos indebidos a los pacientes, o en la compra de equipos e insumos.

¹ Aunque no existe consenso sobre su definición (Palmier, 1983; Johnston, 1997), la corrupción es usualmente considerada como el uso por parte de funcionarios del Estado de sus cargos públicos para beneficio propio (Shleifer y Vishny, 1993; OEA, 1996; Bardhan, 1997).

² Este porcentaje no incluye el gasto en instituciones pertenecientes al sistema de seguridad social, algunas de las cuales también están bajo dependencia del Estado.

Este estudio presenta primero evidencia subjetiva sobre la existencia de algunas formas de corrupción en los hospitales públicos obtenida a través de encuestas realizadas a médicos, enfermeros y pacientes en tres hospitales públicos y un hospital privado de la ciudad de Buenos Aires. Según las encuestas, el nivel de ausentismo médico es considerable: 18.9% según lo declarado por los médicos y 32.1% según lo declarado por los enfermeros. Tanto los médicos como los enfermeros coinciden en que el ausentismo diario, que implica la no concurrencia al establecimiento durante todo el día, es menor que el ausentismo horario, que implica la concurrencia pero con incumplimiento del horario de trabajo. Haciendo una comparación entre hospitales encontramos que médicos y enfermeros reportan niveles de ausentismo significativamente menores en la institución privada que en los hospitales públicos. La atención a pacientes privados en las instalaciones del hospital y el desvío de pacientes a consultorios privados no parecen alcanzar niveles particularmente elevados y parecen realizarse, en gran medida, en beneficio o a pedido de los pacientes. Los encuestados reportan que el cobro a pacientes de pagos indebidos es nulo y que el robo de insumos es pequeño.

El trabajo se concentra luego en el análisis de los precios de compra de insumos en los hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA). Los 33 hospitales del sistema de salud del GCBA adquieren sus insumos en forma descentralizada. Cada hospital tiene una oficina de compras que adquiere sus propios insumos bajo la dirección de un jefe de compras. En una original e interesante iniciativa implementada para aumentar la transparencia en los procedimientos de compra de insumos, la Secretaría de Salud del GCBA, a través de la Subsecretaría de Gerenciamiento Estratégico, comenzó en septiembre de 1996 la política de requerir a todos los hospitales de su dependencia que le remitieran los precios a los cuales adquirieron una serie de insumos. A partir de octubre de 1996, la información compilada comenzó a ser enviada periódicamente a todos los hospitales destacando a las instituciones que habían pagado los mayores y menores precios por cada insumo.

A través de esta política de monitoreo, la Secretaría recolectó una base de datos correspondiente a las compras realizadas por los hospitales entre agosto de 1996 y diciembre

de 1997. En este estudio analizamos esta base de datos. Nuestro estudio representa una contribución a la literatura sobre corrupción existente ya que en vez de utilizar sólo datos subjetivos de percepción de corrupción recolectados a través de surveys (Ades y Di Tella, 1995, 1997; Mauro, 1995; Kaufmann y Wei, 1999), analizamos esta base única de “micro hard data”.

En el estudio de los precios de compra de insumos, en primer lugar presentamos un análisis de la base de datos mostrando una gran dispersión intra-hospitalaria e inter-hospitalaria en los precios de los insumos adquiridos. En segundo lugar, analizamos el efecto sobre los precios de compra de la política de monitoreo implementada por la Secretaría. Los resultados sugieren que la política impulsó una caída en los precios de compra, pero que el efecto transitorio fue mayor que el efecto permanente ya que los precios, si bien nunca volvieron a alcanzar el nivel inicial, se elevaron posteriormente. Dado que los precios comenzaron a bajar inmediatamente después de que la Secretaría de Salud comenzó a requerir la información a los hospitales y antes de que las comparaciones de precios fuesen enviadas a los hospitales, la evidencia sugiere que la política de monitoreo no puede haber afectado los precios solamente por haber resuelto asimetrías informativas, sino que indujo a los jefes de compras a reducir su involucramiento en prácticas de corrupción o a proveer más esfuerzo.

En tercer lugar, analizamos el efecto de los “salarios de eficiencia” de los jefes de compras de los hospitales del GCBA sobre los precios de compra de insumos. La teoría económica predice que si los agentes perciben un salario de eficiencia, i.e. la diferencia entre el salario nominal que reciben y el salario que un individuo con sus características personales recibiría en un empleo promedio en el resto de la economía, y si pierden este salario de eficiencia cuando no cumplen correctamente con sus tareas, ya que serían desplazados de sus cargos y deberían buscar trabajo en otra actividad, entonces mayores salarios de eficiencia deberían inducir a los trabajadores a desempeñarse más eficientemente (Yellen, 1984; Shapiro y Stiglitz, 1984).

En nuestro caso particular, ésto significa que deberíamos esperar que aquellos hospitales en los cuales los jefes de compras reciben mayores salarios de eficiencia, paguen menores precios en la compra de sus insumos. Sin embargo, la evidencia empírica que presentamos en este trabajo no señala que los salarios de eficiencia tengan un efecto estadísticamente significativo sobre los precios de compra de insumos. Van Rijckeghem y Weder (1997) consideran esta misma hipótesis y encuentran una relación negativa entre salarios de eficiencia y corrupción. Sin embargo, nuestras metodologías no son comparables ya que estos autores, en un estudio “cross country”, utilizan estimaciones macroeconómicas de los salarios de eficiencia en el sector público y datos de percepción de corrupción subjetivos recolectados a través de surveys.

Una posible explicación de nuestros resultados es que en realidad no existen prácticas de corrupción en la compra de insumos. Sin embargo, no parece ser ésta la opinión de la Secretaría de Salud ni de quienes trabajan en el sector. Otra explicación es que la teoría está simplemente errada y que los agentes, en realidad, no toman en cuenta los beneficios que perderían si no se desempeñan correctamente. El intenso uso de sistemas de incentivos en el sector privado arroja dudas sobre este argumento. Una tercera explicación es que los jefes de compras no son en verdad los agentes que tienen influencia sobre las contrataciones en los hospitales del GCBA. No es ésta la opinión de los propios jefes de compras, quienes consideran que es importante su influencia en el proceso.

Otra explicación es que el salario de eficiencia no detiene el ejercicio de prácticas corruptas en los hospitales del GCBA porque los agentes no perciben que existe una probabilidad positiva de ser castigados. Si los agentes consideran que la probabilidad de perder el empleo cuando realizan un acto de corrupción es nula, los salarios de eficiencia no pueden detener la corrupción. La implicación de política de esta explicación es interesante. Sugiere que para detener la corrupción en el sector público no sólo es necesario pagar mejores salarios, sino que es indispensable, al mismo tiempo, aumentar el monitoreo y control sobre los agentes para que éstos perciban que existe una probabilidad suficientemente alta de perder sus empleos (y, por lo

tanto, su diferencial salarial) si no se comportan correctamente. Aisladamente, un aumento de salarios en el sector público no permitirá reducir la corrupción.

Antes de presentar nuestro trabajo, cabe aclarar que la existencia de casos y denuncias de corrupción en organismos estatales es frecuente en distintos sectores y jurisdicciones en Argentina. Nosotros no examinamos aquí a los hospitales públicos del GCBA por considerar que el problema sea particularmente grave en estas instituciones, sino porque la Secretaría de Salud del GCBA generó esta base de datos única de precios de compra de insumos con el objetivo, justamente, de enfrentar el problema de la corrupción y porque estuvo dispuesta a brindarnos la información y a permitirnos la realización de las encuestas. Los médicos, enfermeros y pacientes que encuestamos tampoco consideran que la corrupción en los hospitales públicos sea más grave que en el resto de la sociedad. Por el contrario, tienden a considerar que es igual o menor:

Cuadro I: Percepción de Corrupción en
Hospitales Públicos vs. Resto de la Sociedad (en porcentajes)³

Nivel	Médicos	Enfermeros	Pacientes
Mayor	3.7	13.2	12.9
Igual	72.6	52.0	45.2
Menor	23.5	34.6	41.9

Luego de esta introducción, la organización del trabajo es la siguiente. En la sección 2, describimos el sistema hospitalario del GCBA. En la sección 3, mostramos los resultados de las encuestas realizadas a médicos, enfermeros y pacientes. En la sección 4, presentamos la base de datos utilizada en el estudio de precios de compra de insumos. En la sección 5 analizamos la dispersión y los determinantes de estos precios. En la sección 6 evaluamos el efecto de la

³ La metodología de la encuesta se describe en la próxima sección. La pregunta efectuada fue “¿La corrupción en los hospitales públicos es mayor, igual, o menor que en otras áreas de la sociedad?”.

política de monitoreo implementada por la Secretaría de Salud. En la sección 7 estudiamos el efecto de los salarios de eficiencia sobre los precios de compra de insumos. En la última sección presentamos conclusiones e implicaciones de política.

2. El Sistema Hospitalario del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

En la Argentina, el sistema de hospitales públicos del GCBA sólo es superado en tamaño por la red de la Provincia de Buenos Aires, y es mayor al de cualquier otra ciudad del país. En la ciudad de Buenos Aires, el GCBA es el principal proveedor individual de servicios de salud. Presta servicios no sólo a los habitantes de la ciudad, sino también a los habitantes del área conurbana y de otras regiones. El cuadro II muestra la disponibilidad global de camas de internación por tipo de propietario en la ciudad. Dada la dispersión del sector privado, el GCBA es ampliamente el mayor propietario de camas de internación.

Cuadro II: Distribución de Camas de Internación
Ciudad de Buenos Aires (1995)

Institución	Camas
GCBA	8375
Obras Sociales	1679
Sector Privado	10307
Universidad	950
Fuerzas Armadas	843
Fuerzas de Seguridad	390
Nacional y Mixta	508
Total	23052

Fuente: Síntesis Estadística 1997, Secretaría de Salud, GCBA.

La red depende de la Secretaría de Salud del GCBA y cuenta con 29 establecimientos asistenciales con internación (13 hospitales generales de agudos, dos generales de niños y 14 hospitales especializados), 3 hospitales odontológicos sin internación (dos de adultos y uno de niños), y un instituto de zoonosis.⁴ El cuadro III describe la red hospitalaria del GCBA.

⁴ En sentido amplio, nos referimos a todas estas instituciones como “hospitales”. El sistema cuenta además con 30 centros de salud y una modalidad de atención por médicos de cabecera.

Cuadro III: Los Hospitales del GCBA (1997)

Tipo	Número
General de Agudos	13
Pediátrico	2
Especializado	14
Maternidad	1
Infecciosas	1
Oncología	1
Oftalmología	2
Quemados	1
Gastroenterología	1
Salud Mental	4
Rehabilitación	3
Odontológicos	3
Zoonosis	1
Total	33

Fuente: Síntesis Estadística 1997, Secretaría de Salud, GCBA.

3. Análisis de las Encuestas

Con el objetivo de obtener información sobre la existencia de corrupción en distintas actividades en los hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires se realizaron encuestas en cuatro hospitales de esta jurisdicción. Las respuestas indican las percepciones de estos fenómenos por parte de los distintos grupos encuestados. Los hospitales elegidos fueron: un establecimiento pediátrico mixto (financiado por el GCBA y el Gobierno Nacional) de administración autogestionada (Hospital 1), un hospital general privado dependiente de una

organización sin fines de lucro (Hospital 2), y dos establecimientos generales de agudos dependientes del GCBA (Hospitales 3 y 4).⁵

Las encuestas fueron realizadas entre octubre y noviembre de 1998 a médicos, enfermeros y pacientes ambulatorios. El tamaño de la muestra fue de treinta encuestados por cada categoría en cada uno de los establecimientos participantes. La muestra fue tomada de manera aleatoria simple. Se buscaron potenciales encuestados en las distintas dependencias de los hospitales y se los invitó a contestar voluntariamente la encuesta. En el caso de médicos y enfermeros se prefirió este método, en lugar de realizar un sorteo de la lista de empleados, con el objetivo de garantizar la confianza de los entrevistados en el anonimato de la encuesta. En el caso de los pacientes, se los entrevistó -a ellos o a sus familiares acompañantes (sólo se consideró a los familiares cuando se trataba de hijos, padres o cónyuges)- después de haber sido atendidos. Se utilizó este criterio para garantizar que los pacientes encuestados fuesen capaces de evaluar la atención recibida.⁶

El primer capítulo de la encuesta se refirió al ausentismo del personal, en el cual se distingue el ausentismo diario, que implica la no concurrencia al establecimiento durante todo el día, y el ausentismo horario, que implica la concurrencia pero con incumplimiento del horario de trabajo.

Cuadro IV: Ausentismo del Personal Médico (en porcentajes)⁷

Hospital	Ausentismo Horario		Ausentismo Diario		Ausentismo Total	
	A	B	A	B	A	B

⁵ Por razones de confidencialidad no brindamos aquí el nombre de las instituciones consideradas.

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

⁷ Las preguntas efectuadas fueron “Por lo general, de cada 8 horas contratadas, ¿cuántas de estas horas trabaja efectivamente un médico típico en su hospital?” y “Por lo general, de cada 20 días de trabajo, ¿cuántos de estos días concurre a trabajar un médico típico en su hospital?”. Cada porcentaje del cuadro representa el promedio de las respuestas de los encuestados.

Hospital 1	13.33	22.92	5.50	13.79	18.83	36.71
Hospital 2	7.76	5.83	1.38	7.00	9.14	12.83
Hospital 3	15.83	24.58	4.17	10.83	20.00	35.42
Hospital 4	20.83	27.59	6.67	16.38	27.50	43.97
Total	14.50	20.17	4.45	11.95	18.95	32.12

A=Declarado por los médicos

B=Declarado por los enfermeros

El nivel de ausentismo total, sumando los días y las horas no trabajadas, es considerable: 18.9% según lo declarado por los médicos y 32.1% según lo declarado por los enfermeros.⁸ De acuerdo a la opinión de los médicos y, aunque en menor medida, de los enfermeros, el personal médico registra menor ausentismo que los enfermeros y el personal administrativo por lo que el problema puede ser más severo para el resto del personal hospitalario. En los hospitales públicos, este nivel de ausentismo implica una pérdida importante de recursos, tomando en cuenta que el gasto en personal absorbe el 69.8% del presupuesto de Salud del GCBA (Mera et al., 1999). Haciendo una comparación entre hospitales encontramos que, tanto en días como en horas no trabajadas, en la institución privada los médicos y enfermeros reportan niveles de ausentismo médico significativamente menores que en los hospitales públicos.

Exceptuando el Hospital 2 para el ausentismo horario, los porcentajes declarados por el personal de enfermería son mayores que los declarados por los médicos, para todos los rubros y en todos los hospitales. Tanto los médicos como los enfermeros coinciden en que es más importante el ausentismo horario que el diario. Los pacientes declaran niveles comparables de ausentismo médico. En promedio, el 23.2% de los pacientes estuvo de acuerdo con que “Los médicos en este hospital no cumplen con el horario de trabajo”. Esta cifra ascendió al 26.9% y

⁸ El 30.3% de los médicos y el 27.7% de los enfermeros que contestaron que no existe ausentismo médico, brindan luego una respuesta positiva cuando se les pregunta sobre sus causas. Esta contradicción sugiere que estas estimaciones de ausentismo pueden estar subestimando el problema. El porcentaje de contradicciones resultó mayor en el hospital privado.

29.2% en los hospitales del GCBA, al 18.2% en el hospital mixto y al 18.5% en el privado. Se les preguntó luego a médicos y enfermeros sobre las causas del ausentismo médico:

Cuadro V: Causas del Ausentismo del Personal Médico (en porcentajes)⁹

Causas	Hosp. 1		Hosp. 2		Hosp. 3		Hosp. 4		Total	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
Bajos salarios	1.7	5.6	3.8	8.2	13.3	19.2	13.7	9.1	8.0	10.5
Guardias prolongadas	8.6	11.1	0	4.1	4.7	7.7	4.8	8.5	4.6	7.9
Multiplicidad laboral	19.0	16.7	23.1	12.2	29.3	25.0	25.6	9.1	24.0	15.8
No hay controles	15.5	20.4	3.8	4.1	26.0	17.3	28.6	55.6	18.5	24.4
Falta de incentivos	3.4	3.7	0	0	3.3	1.9	11.3	7.8	4.6	3.4
Stress	13.8	13.0	0	0	4.0	0	1.8	0	5.1	3.4
Enfermedad	20.7	18.5	36.5	32.6	12.0	19.2	10.7	5.9	19.9	18.9
Estudios/Congresos	6.9	3.7	17.3	14.3	6.0	1.9	3.6	3.9	8.3	5.8
Otros	10.3	7.4	15.4	24.5	1.3	7.7	0	0	6.8	9.7

A=Declarado por los médicos

B=Declarado por los enfermeros

En la opinión de ambos grupos de encuestados, más del 40% del ausentismo del personal médico se explica por el escaso control y la multiplicidad laboral. Dado que la multiplicidad laboral (el trabajo simultáneo en varias instituciones) sólo puede generar ausentismo si no existen eficientes controles (lo mismo ocurre con algunas de las otras causas suministradas), podemos concluir que la falta de control aparece como el principal determinante del

⁹ La pregunta efectuada fue “¿Por qué cree que hay ausentismo del personal médico en su hospital? Porque: 1- Hay bajos salarios, 2- Las guardias son excesivamente prolongadas, 3- Hay excesiva multiplicidad laboral, 4- No hay controles, 5- No hay incentivos para cumplir el horario, 6- Otros”. Como era una pregunta abierta, los encuestados podían agregar espontáneamente otros motivos. Para cada hospital y cada categoría, los resultados reportados corresponden al porcentaje de encuestados que eligieron cada causa como proporción de los encuestados que brindaron alguna causa.

ausentismo médico en la opinión de estos agentes. La falta de control parece tener un papel significativamente menor como determinante del ausentismo en el hospital privado.

El menor grado de ausentismo diario que de ausentismo horario es consistente con la opinión de los encuestados de que el ausentismo está alimentado por la falta de controles. El ausentismo diario es más fácil de controlar que el ausentismo horario, ya que es más fácil verificar si una persona no concurrió al hospital en todo el día que controlar cuantas horas estuvo efectivamente en el trabajo. Los encuestados le atribuyen un menor papel a la falta de incentivos que el sugerido por las autoridades de estos hospitales. Estas autoridades señalaron la importancia del premio por presentismo para reducir el problema del ausentismo (Mera et al., 1999).¹⁰ El menor grado de ausentismo diario que de ausentismo horario también es consistente con la visión de que el ausentismo está alimentado por la falta de sistemas de incentivos. El sistema de incentivos utilizado para combatir el ausentismo -el premio por presentismo- afecta el ausentismo diario pero no el horario.

También se realizaron preguntas respecto a otras potenciales prácticas de corrupción como el uso de instalaciones e insumos para beneficio privado, el desvío de pacientes a consultorios privados y el cobro a los pacientes de pagos indebidos. Con respecto a la frecuencia con que los médicos utilizan las instalaciones del hospital para atender a sus pacientes privados, una gran proporción de ellos (63.6%) opina que nunca utilizan las instalaciones para atender a pacientes privados. Las cifras difieren entre los distintos establecimientos. En el hospital privado se da la mayor proporción de encuestados que responden que existe dicha utilización (55.6%), mientras que en los hospitales del GCBA, los porcentajes son de 22.2% y 39.3%, y en el hospital mixto de 28.6%. Cuando se le pregunta a los médicos por las causas de esa utilización, sólo el 15.8% de los que manifestaron la existencia de estas prácticas opina que es

¹⁰ El premio por presentismo puede representar hasta un 15% del salario del agente. El premio es otorgado mensualmente al personal hospitalario que registra como máximo una falta injustificada por mes. Las ausencias justificadas (por ejemplo, por enfermedad, o por nacimiento o fallecimiento de un familiar) no afectan la obtención de este premio.

en beneficio de los propios profesionales. Consideran, con mayor frecuencia, que se realiza para garantizar la continuidad de los tratamientos, para comodidad de los pacientes o porque la escasez de recursos de los pacientes no les permite concurrir a los consultorios privados.

En cuanto a la proporción de pacientes hospitalarios derivados por los médicos a sus consultorios privados, los médicos encuestados calcularon que el promedio de los pacientes derivados alcanza al 11.0% en todos los hospitales, con muy pocos profesionales (menos del 4% de los encuestados) que consideran que se deriva más del 25% de los pacientes. Según el personal de enfermería la derivación de los pacientes a los consultorios privados es mayor que la declarada por los médicos pero, aún así, alrededor de la mitad de ellos estima que no hay derivación privada de los pacientes hospitalarios.

Cuadro VI: Porcentaje de Pacientes Derivados a Consultorios Privados¹¹

Declarado por	Hospital 1	Hospital 2	Hospital 3	Hospital 4	Total
Médicos	7.50	14.06	10.42	12.07	11.03
Enfermeros	7.91	30.00	17.35	24.98	19.15

Cuando se le preguntó a los pacientes si coincidían con la afirmación “Los médicos de este hospital sugieren a sus pacientes que vayan a sus consultorios privados”, sólo coincidió un promedio del 6.3% (6.6% en el hospital 1, 3.4% en el hospital 2, 3.3% en el hospital 3 y 10.7% en el hospital 4). Cuando se le pregunta a los médicos acerca del motivo de estas derivaciones se encuentran los siguientes resultados:

¹¹ La pregunta efectuada fue “¿Con qué frecuencia piensa Ud. que los profesionales en su hospital derivan los pacientes a sus consultorios privados? 1- A todos los pacientes, 2- A 3 de cada 4 pacientes, 3- A 2 de cada 4 pacientes, 4- A 1 de cada 4 pacientes, 5- Nunca”. El porcentaje reportado surge del promedio de las respuestas de los encuestados.

Cuadro VII: Causas de la Derivación a Consultorios Privados
(porcentajes según los médicos)¹²

Causas	Hospital 1	Hospital 2	Hospital 3	Hospital 4	Total
A pedido del paciente	22.22	37.50	35.00	38.46	34.96
Para reducir tiempo de espera	22.22	33.33	10.00	7.69	17.89
Para mejorar la atención	22.22	4.17	35.00	19.23	19.11
Para beneficio del médico	33.33	25.00	20.00	11.54	20.73
Otros	0.00	0.00	0.00	23.08	7.32

Según los médicos, la principal causa que hace que los pacientes sean derivados a consultorios privados es el pedido de los propios pacientes (34.9%). Aquí el beneficio de los médicos es un componente considerable en casi todos los hospitales, con excepción del Hospital 4.

Tanto en la opinión de los médicos como de los enfermeros (pero no de los pacientes), el hospital privado es el establecimiento con mayor tasa de derivación de pacientes a consultorios particulares y con mayor utilización de sus instalaciones para atender pacientes privados. Por la heterogeneidad de los arreglos económicos entre estas entidades y sus profesionales, resulta difícil establecer si ésto corresponde a prácticas abusivas o a modalidades habituales de atención dentro del sector privado.

Se le preguntó luego al personal de enfermería acerca del porcentaje de insumos robados. El porcentaje de insumos robados declarado no es grande, el promedio es del 2.7%.¹³ Los valores más altos fueron para los hospitales del GCBA (2.9% y 5.5%), mientras que alcanzó al 1.9% en el hospital mixto y al 0.5% en el hospital privado. Con respecto a la solicitud de pagos extras a los pacientes, el 92.4% del personal de enfermería y el 81.3% de los pacientes

¹² A los médicos encuestados que respondieron afirmativamente sobre la existencia de derivación de pacientes a consultorios privados, se les realizó la siguiente pregunta “¿Cuál es a su entender el origen de esta práctica? 1- A pedido del paciente, 2- Para reducir tiempo de espera, 3- Para lograr mejor calidad en la atención , 4- Para beneficio del médico, 5- Otros”.

contestó que no existen. En los casos en que fue declarado que se solicitan pagos extras, éstos correspondieron a bonos de la cooperadora del hospital o a pagos de materiales, pero ningún paciente o enfermero encuestado en ninguno de los cuatro hospitales manifestó que se solicitasen a los pacientes pagos indebidos. Sin embargo, el 6.3% de los pacientes estuvo de acuerdo con que “Para evitar la cola hay que pagar una “gratificación” a la persona encargada”. Este porcentaje fue menor al 4% en todos los hospitales con la excepción el hospital 3 donde superó el 13%.

Por último, les solicitamos a los médicos y enfermeros encuestados de todos los hospitales que juzguen el grado de corrupción existente en los hospitales públicos en actividades que se encuentran bajo el control de médicos y enfermeros y en otras actividades desarrolladas por las autoridades y otros agentes del hospital. En general, los encuestados perciben mayores niveles de corrupción en las actividades que se encuentran a cargo de las autoridades (contrataciones, compras y nombramientos de personal) que en las actividades en las que médicos y enfermeros participan directamente.

CuadroVIII: Percepción de Corrupción
en Diversas Actividades en los Hospitales Públicos¹⁴

Actividad	Promedio (0 a 5)	Categoría
Licitación de comedores	3.34	Moderado a alto
Licitación de servicios de limpieza	3.17	Moderado a alto
Licitación de servicios de seguridad privada	3.11	Moderado a alto
Licitación de compra de insumos	3.08	Moderado a alto
Nombramiento de personal	2.32	Bajo a moderado
Apropiación de insumos	1.89	Muy bajo a bajo
Obtención de turnos para operaciones	1.66	Muy bajo a bajo
Desvío de pacientes a consultorios privados	1.30	Muy bajo a bajo

¹³ El porcentaje reportado surge del promedio de las respuestas de los encuestados.

¹⁴ Sólo médicos y enfermeros fueron interrogados para esta pregunta. La pregunta efectuada fue: “¿Cuál es a su entender el nivel de corrupción en las siguientes actividades en los hospitales públicos: muy alto, alto, moderado, bajo, muy bajo, o no existe?”. Las respuestas fueron luego ranqueadas de 5 (muy alto) a 0 (no existe) y se obtuvieron promedios simples.

De los rubros analizados, los resultados de las encuestas señalan al ausentismo como la forma más grave de abuso de sus cargos públicos por parte de médicos y enfermeros. La falta de controles, en la opinión de médicos y enfermeros, y la falta de incentivos materiales, en la opinión de las autoridades, aparecen como los principales determinantes de los altos niveles de ausentismo. Según las respuestas, la atención a pacientes privados en las instalaciones del hospital y el desvío de pacientes a consultorios privados no alcanzan niveles particularmente elevados y se realizan, en gran medida, en beneficio o a pedido de los propios pacientes. El cobro a pacientes de pagos indebidos parece ser nulo y el robo de insumos pequeño.

4. Los Datos de Precios de Compra de Insumos Hospitalarios

Los hospitales del GCBA adquieren sus insumos en forma descentralizada. Cada hospital tiene una oficina de compras encargada de adquirir los insumos bajo la dirección de un jefe de compras. Cuando los hospitales precisan un insumo, lo compran utilizando un presupuesto anual que les asigna la Secretaría de Salud. También cuentan con recursos propios generados por la facturación de servicios a las Obras Sociales. El incentivo que tiene un hospital para generar ahorros en la compra de un insumo es que de esa manera puede disponer de esos recursos para comprar otros insumos. Los ahorros no pueden ser destinados a otro tipo de gastos y los fondos no utilizados deben ser devueltos al GCBA al finalizar el año.

El 9 de septiembre de 1996, la Secretaría de Salud del GCBA, a través de la Subsecretaría de Gerenciamiento Estratégico, dispuso que las 33 instituciones de su dependencia comenzaran a enviarle información detallando fecha, precio pagado, cantidad adquirida, marca, proveedor, modalidad utilizada e información complementaria para cada compra realizada para una creciente muestra de insumos. A partir del 7 de octubre de 1996, la información suministrada por los distintos hospitales comenzó a ser compilada y enviada periódicamente a todos los hospitales para que los funcionarios de cada hospital pudiesen comparar los precios que habían pagado en sus compras con los precios pagados por el resto de los hospitales del sistema. Las

comparaciones de precios enviadas a los hospitales destacaban a quienes habían pagado los mayores y menores precios por cada insumo (GCBA, 1997). El grupo de insumos monitoreado incluyó agujas, jeringas, soluciones parenterales, antisépticos, gases medicinales, material sanitario, tela adhesiva, películas radiográficas y material de canalización. Ningún medicamento fue incluido en este procedimiento. La información recogida corresponde a las compras realizadas entre agosto de 1996 y diciembre de 1997.¹⁵

Del total de insumos monitoreado por la Secretaría, elegimos para nuestro estudio una muestra de 15 artículos. El criterio utilizado fue considerar, para cada tipo de insumos, aquel artículo para el cual existía un mayor número de transacciones. Todos estos insumos comparten la característica de poseer un alto grado de homogeneidad. No existen diferencias significativas de calidad entre artículos producidos por distintos proveedores. Los productos considerados en nuestra muestra son dextrosa (5%, 500ml.), oxígeno líquido, solución fisiológica (500ml.), película radiográfica (35cm. por 35cm.), alcohol etílico (96°), tela adhesiva sanitaria (5cm. por 9mts.), agua bidestilada (500ml.), jeringas (10cc.), algodón hidrófilo (500gr.), agujas (calibre 25/8), iodo povidona jabonosa (5%), óxido nitroso, gasa hidrófila tubular, agua oxigenada (100 volúmenes), y catéter intravenoso de teflon (N° 22 G). No todas las instituciones adquirieron todos estos insumos en el período considerado. La muestra inicial consistió de 1866 observaciones.

De la muestra inicial, 5 observaciones fueron excluidas por no informar la cantidad adquirida. Utilizando los precios y cantidades de todas las transacciones de un mismo bien, obtuvimos un precio promedio ponderado para cada bien. Para algunas transacciones, los precios reportados eran excesivamente elevados respecto de este promedio.¹⁶ Para evitar que estos datos

¹⁵ No existen datos posteriores a diciembre de 1997 porque la política fue interrumpida cuando el GCBA implementó controles adicionales sobre las compras y contrataciones a través del sistema de Cuenta Única en enero de 1998.

¹⁶ Dado el exagerado valor de algunos de estos precios, consideramos que se trata más probablemente de errores de tipeo o de definición del producto o de la unidad de medida, que de episodios agudos de corrupción.

afectarán nuestros resultados, eliminamos de la muestra 11 observaciones en las que los precios reportados eran más de 3.5 veces el precio promedio.¹⁷ Nuestra muestra final comprende, por lo tanto, 1850 observaciones.¹⁸

Dependiendo de los montos y el grado de urgencia de las compras, existen cuatro procedimientos para realizar las adquisiciones: licitación pública, licitación privada, contratación directa y compras de emergencia, ordenados aquí en forma decreciente según la severidad de los requisitos exigidos para controlar la transparencia del procedimiento.¹⁹ En el período considerado, los pagos a proveedores podían ser realizados por la Secretaría de Salud del GCBA o directamente por los hospitales. Cuando los pagos eran realizados por los hospitales, los fondos podían provenir de recursos girados directamente a los hospitales para su utilización en la compra de insumos bajo el actualmente caduco Decreto 69, o de recursos propios obtenidos por los hospitales. Los fondos otorgados bajo el Decreto 69 eran utilizados en licitaciones públicas, licitaciones privadas o contrataciones directas, pero cuando las compras eran financiadas con fondos de ese origen, la información disponible no detalla cuál de estas tres alternativas fue realmente utilizada. La información disponible tampoco detalla el procedimiento utilizado en las compras con recursos propios, pero estos fondos eran, en general, utilizados para compras de emergencia. En resumen, la base de datos clasifica según la modalidad utilizada a cada transacción en seis categorías: licitación pública, licitación privada, contratación directa, compras de emergencia, Decreto 69 y recursos propios. La modalidad de compra utilizada está disponible para 1634 de nuestras 1850 observaciones.

¹⁷ Tomamos este número “mágico” de 3.5 de Borenstein and Rose (1994).

¹⁸ En el Apéndice I se presentan los estadísticos de las variables utilizadas en este trabajo.

¹⁹ Los requisitos exigidos en cada procedimiento de compra difieren en el mínimo de días, anticipación y medio de comunicación (Boletín Oficial, cartelera del hospital, etc.) para la publicación del llamado a licitación, en el mínimo de invitaciones que deben enviarse a proveedores, en el mínimo de presupuestos que deben solicitarse y en el mínimo de días y medio de comunicación para la publicación del acto de preadjudicación (Mera et al., 1999).

Un primer análisis de los datos muestra que existe una significativa dispersión en los precios a los cuales los hospitales adquieren sus insumos. El Cuadro IX presenta precios promedio, desviaciones standard, precios máximos y mínimos pagados para los 15 productos. Se presentan también dos medidas distintas de dispersión de precios: el coeficiente de variación y el cociente precio máximo/precio mínimo. Ambas medidas muestran un tamaño significativo. Promediando entre productos, el coeficiente de variación es 0.28 y el cociente máximo/mínimo es 4.80.

Cuadro IX: Dispersión de Precios

Producto	Precio promedio (en \$) (a)	Desviación standard (b)	Coef. de Variación (c)= (b)/(a)	Precio máximo (en \$) (d)	Precio mínimo (en \$) (e)	Máximo/ mínimo (f)= (d)/(e)	Coef. de variación (inter- hospital)	Coef. de variación (intra- hospital)	Número de hosp.	Número de observ.
Agua bidestilada	0.79	0.14	0.18	1.48	0.45	3.29	0.16	0.14	17	68
Agua oxigenada	2.58	1.41	0.55	6.80	0.99	6.87	0.41	0.33	19	30
Aguja descartable	0.29	0.01	0.04	0.10	0.01	9.50	0.03	0.03	27	146
Alcohol etílico	1.22	0.38	0.31	4.64	0.46	10.09	0.20	0.25	31	158
Algodón hidrófilo	1.91	0.46	0.24	4.18	1.46	2.86	0.16	0.19	27	142
Catéter	0.87	0.33	0.38	1.90	0.57	3.33	0.34	0.20	20	52
Dextrosa	0.81	0.15	0.19	1.98	0.50	3.96	0.27	0.11	28	251
Gasa Tubular	10.35	3.08	0.30	21.97	7.10	3.09	0.33	0.14	26	140
Iodo povidona	2.24	0.65	0.29	5.50	0.91	6.04	0.25	0.21	27	101
Jeringa	0.11	0.04	0.35	0.32	0.06	5.52	0.27	0.18	31	155
Óxido nitroso	13.44	5.54	0.41	23.00	3.50	6.57	0.40	0.13	19	55
Oxígeno líquido	2.01	0.44	0.22	3.50	1.15	3.04	0.20	0.09	21	146
Película radiográfica	0.93	0.12	0.13	1.40	0.79	1.77	0.08	0.11	22	98
Solución fisiológica	0.78	0.13	0.16	1.47	0.50	2.94	0.06	0.14	29	236
Tela adhesiva	1.84	0.73	0.40	3.27	1.02	3.22	0.41	0.15	23	72
Promedio			0.28			4.80	0.24	0.16		

Como podemos observar, no existe un “precio de mercado” al cual los hospitales compran estos insumos, sino que existe, por el contrario, un abanico de precios. Tampoco observamos que, simplemente, los precios difieren entre hospitales pero que cada hospital adquiere repetidamente un insumo a un mismo precio. Cuando descomponemos la variación de precios entre variación entre hospitales (desviación inter-hospital) y variación entre distintas compras de un mismo hospital (desviación intra-hospital) vemos que ambas son significativas. El coeficiente de variación inter-hospital promedio es 0.24, y el coeficiente de variación intra-hospital promedio es 0.16.²⁰ No sólo distintos hospitales adquieren el mismo insumo a distintos precios, sino que el mismo hospital adquiere el mismo insumo a distintos precios en distintas compras. Para 4 de nuestros 15 productos la desviación intra-hospital es mayor que la desviación inter-hospital.

5. Determinantes de los Precios

Para explicar la dispersión de precios, podemos analizar la influencia de una serie de factores sobre los precios de compra de los insumos hospitalarios efectuando la regresión de los precios de compra pagados en cada transacción con respecto a una serie de controles:

$$\bar{p}_{ijh} = a + \Phi X_i + \Theta X_{ijh} + e_{ijh}$$

donde: $\bar{p}_{ijh}$ = precio (normalizado por el precio promedio ponderado) pagado por el hospital i por el producto j en la compra h obtenido como

²⁰ El coeficiente de variación inter-hospital es calculado como el cociente entre la desviación inter-hospital y el precio promedio, y el coeficiente de variación intra-hospital es calculado como el cociente entre la desviación intra-hospital y el precio promedio.

$$\bar{p}_{ijh} = \frac{p_{ijh}}{\left(\frac{\sum_i \sum_h p_{ijh} q_{ijh}}{\sum_i \sum_h q_{ijh}} \right)},$$

p_{ijh} = precio (nominal) pagado por el hospital i por el producto j en la compra h ,

q_{ijh} = cantidad adquirida por el hospital i del producto j en la compra h ,

X_i = variables de control referidas al hospital i ,

X_{ijh} = variables de control referidas a la adquisición del producto j por el hospital i en la compra h .

En primer lugar, hospitales de mayor tamaño pueden gozar de poder de mercado que les permita obtener precios más bajos. Controlamos por el tamaño del hospital utilizando el volumen de camas y de visitas ambulatorias de cada hospital.²¹ Como es posible que los hospitales puedan conseguir descuentos cuando efectúan compras más grandes, no sólo controlamos por el tamaño del hospital sino también por el tamaño de la compra efectuada, incorporando como control el tamaño de cada compra (normalizado por el tamaño promedio de compra de cada insumo). Dado que estas relaciones pueden ser no lineales, incorporamos también el cuadrado de las variables de tamaño. Los resultados presentados en el cuadro X muestran que hospitales de mayor tamaño consiguen precios más bajos en sus compras. También sugieren que efectivamente existen descuentos por cantidad.²²

Cuadro X

²¹ El número de camas corresponde al promedio de disponibilidad del año 1997. El número de visitas ambulatorias corresponde al total del segundo semestre del año 1997. Sin variación en los resultados, también utilizamos el número de altas de internación del segundo semestre de 1997. Existe una alta correlación entre estas tres medidas de tamaño hospitalario.

Variable Dependiente: precio (normalizado)

Variables	(A)	(B)	(C)	(D)
Camas	-0.00053** (-2.182)		-0.000038 (-1.584)	0.00027** (2.185)
Visitas		-2.9e-07*** (-4.420)	-2.8e-07*** (-4.281)	-7.3e-07*** (-2.131)
(Camas) ²				-2.2e-07*** (-2.728)
(Visitas) ²				6.8e-13 (0.768)
Cantidad normalizada	-0.0277*** (-6.243)	-0.0255*** (-6.148)	-0.0254*** (-6.132)	-0.0457*** (-7.227)
(Cantidad norm.) ²				0.00182*** (3.136)
Observ.	1850	1850	1850	1850
R ²	0.0214	0.0301	0.0312	0.0400

Estadísticos t robustos entre paréntesis. La constante no es presentada.

* Significativa al nivel de confianza de 10%

** Significativa al nivel de confianza de 5%

*** Significativa al nivel de confianza de 1%

²² Los resultados son robustos a incluir también como control a la cantidad total comprada de cada insumo por cada hospital durante todo el período considerado.

Como hemos explicado, los hospitales del GCBA utilizan distintos procedimientos para controlar la transparencia en las compras, dependiendo de los montos y el grado de urgencia. Controlamos por el efecto de estos controles administrativos sobre los precios utilizando una variable dummy para cada una de las seis modalidades, y realizamos nuevamente la regresión de los precios normalizados sobre las variables de control:

$$\bar{p}_{ijh} = \Phi X_i + \Theta X_{ijh} + \Omega M_{ijh} + e_{ijh}$$

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

Los resultados son presentados en la columna A del Cuadro XI.²³ Clasificamos luego a estas seis modalidades en procedimientos de alto y bajo control en dos formas alternativas, utilizando una variable dummy de alto control en lugar de las dummies para cada modalidad:

$$\bar{p}_{ijh} = a + \Phi X_i + \Theta X_{ijh} + b C_{ijh} + e_{ijh}$$

donde: $C1_{ijh}$ = variable dummy de alto control que vale 1 cuando M_{ijh} = licitación pública, licitación privada, contratación directa o Decreto 69, y vale 0 cuando M_{ijh} = recursos propios o compra de emergencia,
 $C2_{ijh}$ = variable dummy de alto control que vale 1 cuando M_{ijh} = licitación pública, licitación privada, o Decreto 69, y vale 0 cuando M_{ijh} = contratación directa, recursos propios o compra de emergencia.

Los resultados en la columna C del Cuadro XI sugieren que, como cabría esperar, los hospitales pagan precios menores cuando utilizan los procedimientos que implican un Cuadro XI

²³ Como explicamos, en estas regresiones el número de observaciones se reduce a 1634 debido a la falta de información sobre la modalidad de compra en las observaciones restantes.

Variable Dependiente: precio (normalizado)

Variables	(A)	(B)	(C)
Camas	0.0003062** (2.218)	0.0002745** (1.999)	0.000281** (2.041)
Visitas	-8.01e-07** (-2.108)	-7.85e-13** (-2.099)	-8.63e-07** (-2.336)
(Camas) ²	-2.38e-07*** (2.673)	-2.15e-07** (-2.446)	-2.19e-07** (-2.485)
(Visitas) ²	-8.61e-13 (0.907)	7.80e-13 (0.819)	9.90e-13 (1.055)
Cantidad normalizada	-0.0406895*** (-5.344)	-0.0413573*** (-5.483)	-0.0399273*** (-5.792)
(Cantidad norm.) ²	0.0016262*** (2.852)	0.0016381*** (2.846)	0.0015916*** (2.918)
Recursos propios	1.171518*** (34.668)		
Decreto 69	1.127805*** (29.012)		
Licitación pública	1.100401*** (15.694)		
Licitación privada	1.289452*** (11.244)		
Contratación directa	1.163177*** (29.579)		
Emergencia	1.139918*** (29.066)		
Alto Control 1		-0.0112321 (-0.645)	
Alto Control 2			-0.0267742* (-1.660)
Observaciones	1634	1634	1634
R ²	0.0407	0.0371	0.0384

Estadísticos t robustos entre paréntesis. La constante no es presentada en las columnas B y C.

* Significativa al nivel de confianza de 10%

** Significativa al nivel de confianza de 5%

*** Significativa al nivel de confianza de 1%

mayor grado de control. Sin embargo, la columna B del Cuadro XI muestra que el resultado no es robusto a variaciones en nuestras definiciones.

6. Evaluación de la Política de Monitoreo de Precios

Como hemos explicado, la Secretaría de Salud del GCBA implementó en septiembre de 1996 la política de requerir a las 33 instituciones de su dependencia que le remitieran información sobre las compras de insumos efectuadas. A partir de octubre de 1996, la información compilada comenzó a ser enviada periódicamente a todos los hospitales.

La implementación de esta política de monitoreo puede haber tenido un efecto sobre los precios de compra por tres motivos. Según la hipótesis de corrupción, si existían sobrepuestos y si este monitoreo podía poner en evidencia a aquellos hospitales que pagaban precios mayores, el temor a futuras auditorías y reprimendas habría inducido una caída inmediata de precios apenas la Secretaría comenzó a solicitar la información. En definitiva, las comparaciones de precios no fueron utilizadas como parte de ningún sistema de premios y castigos, pero los responsables de compras ignoraban en ese momento qué uso le daría finalmente la Secretaría a esta información. Según la hipótesis de ineficiencia, si el diferencial de precios estaba originado en una escasa provisión de esfuerzo por parte de los encargados de compras y si este monitoreo podía poner en evidencia a aquellos jefes de compras que no se esmeraban suficientemente en sus tareas, el temor a reprimendas también habría reducido los precios ni bien la Secretaría comenzó a solicitar la información. Por último, según la hipótesis de asimetría informativa, si algunos hospitales pagaban precios mayores porque ignoraban la existencia de proveedores más convenientes o porque no sabían que un mismo proveedor les estaba efectuando discriminación de precios en su contra, la política de monitoreo habría afectado los precios recién cuando las comparaciones de precios comenzaron a ser distribuidas. Obviamente, los tres efectos pueden coexistir en la práctica.

Cuadro XII

Variable Dependiente: precio (normalizado)

Variables	
Camas	0.0002867** (2.073)
Visitas	-7.95e-07** (-2.087)
(Camas) ²	-2.23e-07** (-2.530)
(Visitas) ²	9.34e-13 (0.977)
Cantidad normalizada	-0.0410148*** (-5.373)
(Cantidad norm.) ²	0.0016601*** (2.865)
Modalidades de compra	Sí
Efectos mensuales	Sí
Estadístico F [†]	8.42***
Observaciones	1634
R ²	0.0528

Estadísticos t robustos entre paréntesis.

† Hipótesis Nula: Efectos mensuales (conjuntamente) = 0

* Significativa al nivel de confianza de 10%

** Significativa al nivel de confianza de 5%

*** Significativa al nivel de confianza de 1%

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

$$\bar{p}_{ijh} = \Phi X_i + \Theta X_{ijh} + \Omega M_{ijh} + \Psi T_t + e_{ijh}$$

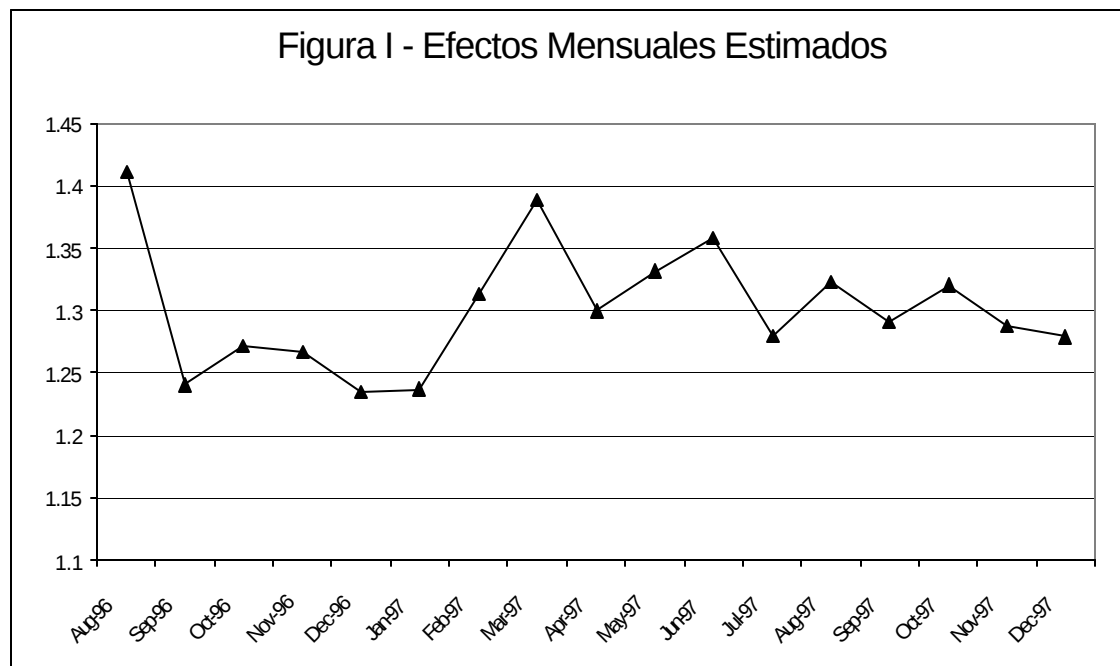
donde: T_t = efecto fijo del mes t .

Los resultados de la regresión, presentados en el Cuadro XII, muestran que los coeficientes fijos mensuales son estadísticamente significativos. Los coeficientes mensuales estimados son presentados en la primera columna del Cuadro XIII y graficados en la Figura I.

Cuadro XIII: Efectos Mensuales Estimados
y Coeficientes de Variación

Mes	Efectos Mensuales Estimados	Coef. de Variación (Promedio)
Ago-96	1.41	0.55
Sep-96	1.24	0.24
Oct-96	1.27	0.16
Nov-96	1.27	0.25
Dic-96	1.23	0.18
Ene-97	1.24	0.18
Feb-97	1.31	0.26
Mar-97	1.39	0.20
Abr-97	1.30	0.19
May-97	1.33	0.17
Jun-97	1.36	0.19
Jul-97	1.28	0.13
Ago-97	1.32	0.32
Sep-97	1.29	0.27
Oct-97	1.32	0.26
Nov-97	1.29	0.25
Dic-97	1.28	0.21

Podemos observar que los efectos mensuales caen en septiembre de 1996 y alcanzan luego su mínimo en diciembre de 1996. En términos económicos, la diferencia implica que los precios (netos del efecto de las variables de control) cayeron un 12% en septiembre de 1996, alcanzando una reducción máxima del 13% con respecto al nivel inicial en diciembre de 1996.^{24,25} Sin embargo, se observa que si bien los coeficientes mensuales estimados nunca llegaron al nivel de agosto de 1996,²⁶ aumentaron con posterioridad a enero de 1997. Si la caída inicial de precios fue generada por la política de transparencia implementada por la Secretaría, el efecto transitorio parece haber sido mayor que el efecto permanente.

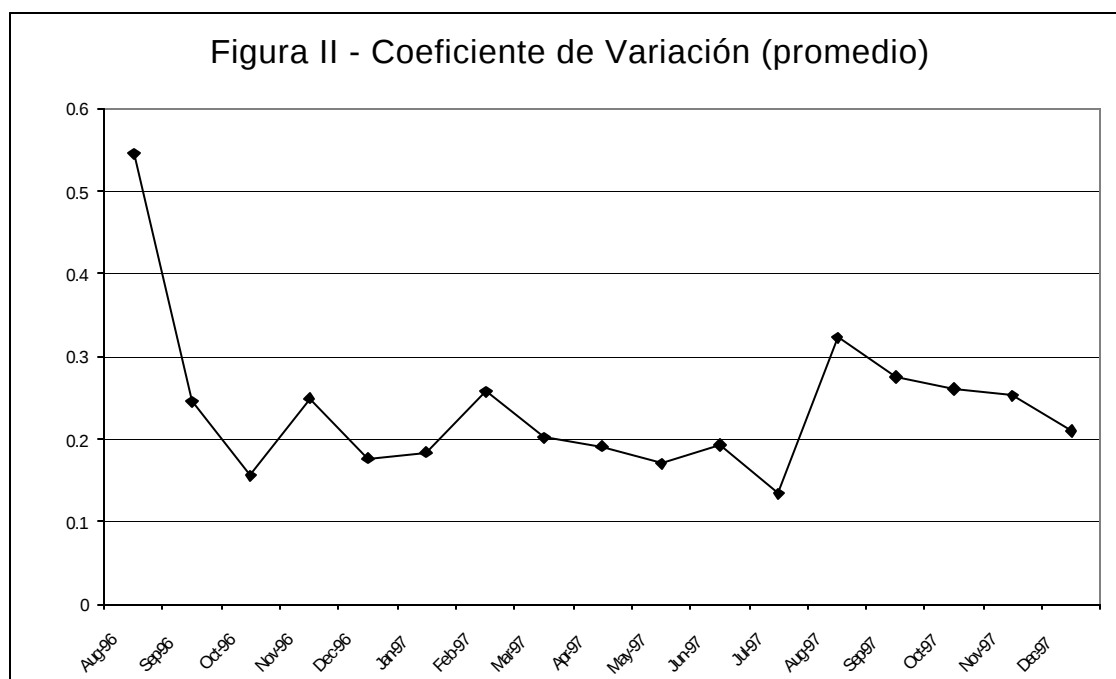


²⁴ El F estadístico para la hipótesis nula de iguales coeficientes mensuales es de 2.55 (significativo sólo al 11.0%) para agosto de 1996 vs. septiembre de 1996 y de 5.00 (significativo al 2.5%) para agosto de 1996 vs. diciembre de 1996.

²⁵ Di Tella (1997) también encuentra un efecto inmediato negativo de la política de monitoreo de la Secretaría sobre los precios analizando un subconjunto de nuestra base de datos que sólo incluía las compras de solución fisiológica hasta abril de 1997.

²⁶ El F estadístico para la hipótesis nula de iguales coeficientes mensuales es de 3.23 (significativo al 7.3%) para agosto de 1996 vs. diciembre de 1997.

La idea de que el efecto transitorio de la política fue mayor que el efecto permanente también es sugerida por la evolución de nuestra medida de dispersión de precios. En la segunda columna del cuadro XIII y en la Figura II se presenta la evolución del coeficiente de variación (promedio entre bienes) durante el período considerado.²⁷



Si bien pueden existir otros factores que afecten a estos precios de compra, la evidencia sugiere que la política de transparencia tuvo un fuerte efecto inicial al ser implementada, pero que su efectividad disminuyó posteriormente. Podemos especular que el efecto se redujo cuando los responsables de las compras percibieron que la información no era finalmente utilizada en la aplicación de premios y castigos.

Estos resultados nos permiten también evaluar el respaldo empírico para las distintas hipótesis planteadas sobre los mecanismos a través de los cuales la política de monitoreo podría haber afectado los precios. Dado que hubo una importante caída inmediata de precios, esto resta

²⁷ No observamos una evolución similar cuando analizamos nuestra otra medida de dispersión de precios, el cociente precio máximo/precio mínimo. En este caso, no existe una tendencia

respaldo a la idea de que la política de monitoreo sólo afectó los precios por haber resuelto asimetrías informativas. El hecho de que los precios comenzaron a caer en septiembre, cuando la información de precios fue solicitada, y no en octubre, cuando las comparaciones de precios empezaron a ser difundidas, sugiere que existió un efecto inicial explicado por las hipótesis de corrupción o de ineficiencia. La política no puede haber actuado sólo a través de la resolución de una asimetría informativa.

Aunque la evidencia existente no permite evaluar a la hipótesis de corrupción con respecto a la de ineficiencia, evidencia anecdótica adicional sugiere la existencia de prácticas de corrupción en las compras de insumos. La Secretaría de Salud implementó la política de monitoreo bajo la presunción de que existía corrupción en las compras de insumos hospitalarios. La posible existencia de corrupción en los procedimientos de compras de insumos también se desprende de algunos casos en los que personal de los hospitales del GCBA fue transferido de cargo bajo sospechas de corrupción. Los médicos y enfermeros encuestados en el Cuadro VIII también coinciden con esta presunción. Aún cuando la compra de insumos no aparecía en esas respuestas como la actividad con mayor nivel de corrupción, el nivel de corrupción era considerado entre moderado y alto.

7. Corrupción y Salarios de Eficiencia

La teoría económica predice que si los trabajadores reciben como premio un salario de eficiencia, i.e. la diferencia entre el salario nominal que perciben en sus cargos y el salario que, dadas sus características personales, percibirían en el resto de la economía, y si pierden este salario de eficiencia si no cumplen eficientemente con sus tareas ya que serían desplazados de sus cargos y deberían buscar trabajo en otra actividad, entonces deberíamos esperar que mayores salarios de eficiencia induzcan a los trabajadores a desempeñarse más eficientemente (Yellen, 1984; Shapiro y Stiglitz, 1984). En nuestro caso particular, ésto significa que

clara en su evolución.

deberíamos esperar que aquellos hospitales en los que los jefes de compras reciben mayores salarios de eficiencia paguen menores precios en la compra de sus insumos.

Para estimar los salarios de eficiencia de los jefes de compras de los hospitales del GCBA, realizamos una encuesta preguntándoles a los 33 jefes de compras su salario nominal, sexo, nivel de educación, edad, antigüedad, status como jefe de familia y estado civil. Estimamos luego los salarios de eficiencia como la diferencia entre los salarios nominales y los salarios estimados que estos agentes obtendrían en el resto de la economía dadas sus características personales:

$$EW_i = W_i - \hat{W}_i,$$

donde: EW_i = salario de eficiencia estimado del jefe de compras del hospital i ,

W_i = salario nominal del jefe de compras del hospital i ,

$\hat{W}_i$ = salario de mercado que obtendría el jefe de compras del hospital i estimado a partir de resultados de una ecuación de Mincer (para cada sexo):

$$\hat{W}_i = \hat{B}C_i,$$

donde: C_i = características personales del jefe de compras del hospital i (experiencia, nivel de educación, antigüedad, status de jefe de familia y estado civil),

$\hat{B}$ = coeficientes de la ecuación de Mincer.²⁸

Nuestra encuesta señala que los jefes de compras de los hospitales del GCBA reciben, en promedio, un salario nominal mensual de \$1295. Los resultados de nuestra estimación muestran

²⁸ Agradecemos a Sebastián Galiani por su colaboración con los datos de la Encuesta Permanente de Hogares del INDEC utilizados para la estimación esta ecuación. Los detalles de esta estimación se presentan en el Apéndice II.

que el salario de eficiencia promedio es de \$371. Ésto implica que reciben un premio que alcanza al 28% del salario nominal.²⁹ La desviación standard de este salario de eficiencia es significativa: \$340.

En base a esta estimación analizamos la hipótesis de que los salarios de eficiencia de los jefes de compras de cada hospital afectan los precios que los hospitales pagan por sus insumos utilizando un procedimiento en dos etapas. En primer lugar, estimamos un nivel de precios para cada hospital. Para ello incluimos efectos fijos por hospital en las regresiones que analizan los determinantes de los precios de compra, obteniendo un indicador que promedia los precios pagados por cada hospital en todas sus transacciones, netos del efecto de las variables de control:

$$\bar{p}_{ijh} = \Gamma F_i + \Theta X_{ijht} + \Omega M_{ijht} + \Psi T_t + e_{ijh}$$

donde: F_i = efecto fijo del hospital i .

En el Cuadro XIV, los resultados muestran que aún considerando el efecto de todas las variables de control, existen todavía diferencias sistemáticas en los precios pagados por distintos hospitales en las compras de insumos. Estas diferencias son estadísticamente significativas. Las diferencias son también significativas desde el punto de vista económico. El coeficiente estimado del hospital con precios más bajos alcanza al 68% del coeficiente estimado del hospital de precios más altos.

²⁹ En realidad, nuestra estimación sobreestima el salario de mercado de estos agentes y, por lo tanto, subestima el salario de eficiencia, ya que asume implícitamente que, de ser despedidos en el sector público, los jefes de compras conseguirían inmediatamente otro empleo. Ésto probablemente no es cierto dada la alta tasa de desocupación existente en la Argentina.

En la segunda etapa, exploramos la hipótesis de salarios de eficiencia corriendo la regresión de los efectos fijos por hospital estimados en la primera etapa contra los salarios de eficiencia y otras variables de control:

$$\hat{\Gamma}_i = a_0 + a_1 EW_i + a_2 Z_i + e_i,$$

donde: $\hat{\Gamma}_i$ = efectos fijos estimados del hospital i ,

Z_i = controles del hospital i .

Cuadro XIV

Variable Dependiente: precio (normalizado)

Variables	
Cantidad	-0.0369156***
normalizada	(-4.033)
(Cantidad	0.0013998***
norm.) ²	(2.719)
Recursos propios	-0.1349928
	(-1.141)
Decreto 69	-0.1820133
	(-1.571)
Licitación Pública	-0.2596187**
	(-1.990)
Contratación	-0.1563885
Directa	(-1.335)
Emergencia	-0.1873504
	(-1.619)
Efectos mensuales	Sí
Efectos fijos	Sí
Estadístico F [†]	8.59***

Observaciones	1634
R ²	0.1024

Estadísticos t robustos entre paréntesis.

† Hipótesis Nula: Efectos fijos (conjuntamente) = 0

* Significativa al nivel de confianza de 10%

** Significativa al nivel de confianza de 5%

*** Significativa al nivel de confianza de 1%

Cuadro XV

Variable Dependiente: Efectos Fijos Estimados

Variables	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
Salario de	-4.83e-06	-0.0000116	-0.0000163	-3.65e-06	-0.0000118	-0.0000126
Eficiencia	(-0.107)	(-0.259)	(-0.327)	(-0.083)	(-0.252)	(-0.245)
Visitas		-4.21e-07**	-4.10e-07**	-3.55e-07**	-4.21e-07**	-3.05e-07
		(-2.419)	(-2.334)	(-2.079)	(-2.349)	(-1.626)
Años de			-0.0031227			-0.008185
Educación			(-0.307)			(-0.757)
Años de				-0.0027097		-0.0036485
Antigüedad				(-1.110)		(-1.157)
Tecnología					0.000335	-0.001134
					(0.012)	(-0.038)
Observ.	33	33	33	33	33	33
R ²	0.0002	0.1464	0.1499	0.1786	0.1464	0.1987

Estadísticos t robustos entre paréntesis. La constante no es presentada.

* Significativa al nivel de confianza de 10%

** Significativa al nivel de confianza de 5%

*** Significativa al nivel de confianza de 1%

Los resultados, presentados en el Cuadro XV, muestran una relación negativa, pero estadísticamente no significativa, entre los salarios de eficiencia y los precios de compra de insumos. Este resultado es robusto al uso de distintos controles: el tamaño del hospital (número de visitas), los años de educación del jefe de compras, los años de antigüedad en el sistema hospitalario del GCBA del jefe de compras y el nivel tecnológico de la oficina de compras del hospital (el cociente personal/computadoras).³⁰ Las regresiones confirman que los hospitales de mayor tamaño pagan precios más bajos. El resto de los controles no son significativos.

Una posible explicación al hallazgo de esta relación estadísticamente no significativa entre los salarios de eficiencia y los precios de compra de insumos es que no existen prácticas de corrupción en la compra de insumos hospitalarios. Sin embargo, no parece ser ésta la opinión de quienes trabajan en el sector, según los resultados de la encuesta presentada en el Cuadro VIII, ni de la Secretaría de Salud, que decidió implementar la política de monitoreo de precios. Un segundo argumento es que la teoría es errónea porque los agentes no toman en cuenta los incentivos materiales cuando deciden cómo comportarse. El uso difundido de sistemas de incentivos en el sector privado no respalda esta interpretación. Otra explicación es que los jefes de compras no son quienes tienen influencia sobre las contrataciones en los hospitales del GCBA, sino que simplemente ejecutan las decisiones de otros agentes (los directores de los hospitales, por ejemplo). No es ésta la opinión de los propios jefes de compras, quienes consideran que su influencia en el proceso es entre moderada y alta, según los resultados de la encuesta presentados en el Cuadro XVI:

³⁰ Los resultados también son robustos a utilizar el número de camas como variable de tamaño y la antigüedad en el cargo del jefe de compras como variable de antigüedad.

Cuadro XVI: Percepción de Influencia de Jefes de Compras^{31,32}

Nivel	Número de respuestas
Muy alto	1
Alto	7
Moderado	20
Bajo	4
Muy bajo	1
Total	33

Finalmente, podemos especular que en nuestro experimento el salario de eficiencia no detiene el ejercicio de prácticas de corrupción porque los agentes no perciben que existe una probabilidad positiva de ser castigados. Si los agentes consideran que no existe el riesgo de perder el empleo cuando se comportan indebidamente, el pago de salarios de eficiencia no lograra detener los actos de corrupción. Es suficiente que una proporción de los jefes de compras consideren nula a la probabilidad de perder sus empleos si se envuelven en actos de corrupción, para que los resultados econométricos muestren, como lo hacen, una relación estadísticamente no significativa entre los salarios de eficiencia y los precios de compra de insumos. En los hospitales del GCBA, ningún jefe de compras fue investigado o removido de su cargo en base a la información obtenida a través de la política de monitoreo.

³¹ La pregunta efectuada a los jefes de compras de los 33 hospitales del GCBA fue: “¿Cree Ud. que el poder de decisión de los jefes de compras sobre el resultado final de la compra de insumos en los hospitales públicos es: muy alto, alto, moderado, bajo o muy bajo?”.

³² En términos comparativos, las autoridades de los hospitales en que se desarrollaron las encuestas presentadas en la sección 3 fueron menos optimistas sobre el poder de decisión de los jefes de compras de los dos hospitales del GCBA, que sobre el poder de decisión de los jefes de compras de los hospitales privado y mixto.

8. Conclusiones

En este trabajo presentamos primero los resultados de encuestas realizadas a médicos, enfermeros y pacientes. De los rubros considerados, las encuestas señalan al ausentismo como la forma más grave de abuso de sus cargos públicos por parte de médicos y enfermeros. En cambio, la atención a pacientes privados en las instalaciones del hospital, el desvío de pacientes a consultorios privados, la solicitud de pagos indebidos y el robo de insumos no parecen alcanzar niveles importantes.

El trabajo se concentra luego en analizar dos cuestiones relacionadas. Por un lado, estudiamos el efecto de la política de monitoreo implementada por la Secretaría de Salud del GCBA sobre los precios de compra de insumos. Los resultados muestran que la política logró reducir estos precios, pero que el efecto transitorio fue mayor que el efecto permanente. La inmediata caída de los precios apenas la Secretaría de Salud comenzó a requerir la información a los hospitales, antes de que las comparaciones de precios fuesen repartidas, sugiere que la política de monitoreo no puede haber actuado solamente a través de una resolución de asimetrías informativas, sino que indujo a los jefes de compras a reducir su involucramiento en prácticas de corrupción o a proveer más esfuerzo.

Por otro lado, analizamos el efecto de los salarios de eficiencia recibidos por los jefes de compras de los hospitales sobre los precios de compra. Nuestra evidencia empírica no señala que los salarios de eficiencia tengan un efecto negativo sobre los precios. Una posible explicación de este resultado es que, en los hospitales analizados, el salario de eficiencia no detiene el ejercicio de prácticas de corrupción porque los agentes no perciben que existe una probabilidad positiva de ser castigados. Esta interpretación sugiere que, en forma aislada, un aumento de salarios en el sector público no es suficiente para resolver el problema de la corrupción. Una condición necesaria es que las mejoras salariales estén acompañadas de políticas de monitoreo y control para que los agentes perciban que existe una probabilidad suficientemente alta de perder sus empleos cuando no se comportan apropiadamente.

La implementación de un sistema de premios y castigos para reducir la corrupción en el sector público no parece ser una tarea sencilla. Sin embargo, los resultados obtenidos en la evaluación de la política de monitoreo de la Secretaría transmiten cierto optimismo sobre su posible eficacia. Nuestros resultados sugieren que mientras existió incertidumbre sobre la forma en que la Secretaría utilizaría la información recolectada, la política logró un significativo efecto sobre los precios, pero que cuando los encargados de compras percibieron que la comparación de precios no estaba acompañada de otras medidas, el efecto disminuyó.

Apéndice I – Resumen Estadístico

Variable	Observ.	Media	Desv. std.	Mínimo	Máximo
<i>Precio (normalizado)</i>	1850	1.063753	.304867	.2724252	4.161135
<i>Cantidad (normalizado)</i>	1850	1	1.508558	.0016764	26.01323
<i>Emergencia</i>	1634	.2766218	.4474648	0	1
<i>Contratación Directa</i>	1634	.1897185	.3921983	0	1
<i>Recursos propios</i>	1634	.1946144	.3960248	0	1
<i>Decreto 69</i>	1634	.3310894	.4707492	0	1
<i>Licitación privada</i>	1634	.004284	.0653317	0	1
<i>Licitación pública</i>	1634	.003672	.0605039	0	1
<i>Camas</i>	33	270.8485	341.0767	0	1598
<i>Visitas</i>	33	140019.9	109657.7	0	345988
<i>Salario de Eficiencia</i>	33	371.0917	340.2663	-214.4923	1105.761
<i>Años de Antigüedad</i>	33	16.54545	8.445009	3	35
<i>Años de Educación</i>	33	12.92424	2.345612	7	17
<i>Tecnología</i>	33	2.009091	.83636	1	4
<i>Salario Nominal</i>	33	1295.455	402.4075	750	2250
<i>Mujer</i>	33	.8787879	.331434	0	1
<i>Jefe de Familia</i>	33	.6666667	.4787136	0	1
<i>Casado</i>	33	.4242424	.5018904	0	1
<i>Unido</i>	33	.0606061	.2423058	0	1
<i>Divorciado</i>	33	.2727273	.452267	0	1
<i>Viudo</i>	33	.0606061	.2423058	0	1
<i>Primario Completo</i>	33	.030303	.1740777	0	1
<i>Secundario Incompleto</i>	33	.0909091	.2919371	0	1
<i>Secundario Completo</i>	33	.4242424	.5018904	0	1
<i>Terciario Incompleto</i>	33	.0909091	.2919371	0	1
<i>Terciario Completo</i>	33	.1515152	.3641095	0	1
<i>Universitario Incompleto</i>	33	.0606061	.2423058	0	1
<i>Universitario Completo</i>	33	.1515152	.3641095	0	1
<i>Experiencia</i>	33	23.78788	9.790804	9	46

Apéndice II – Ecuaciones de Mincer

Las ecuaciones de Mincer fueron estimadas para cada sexo por separado en base a 1838 observaciones de hombres y 1163 observaciones de mujeres para asalariados con una sola ocupación del Gran Buenos Aires utilizando datos de la Encuesta Permanente de Hogares del INDEC de octubre de 1998. Los coeficientes estimados fueron:

Cuadro XVI
Variable Dependiente: Ingreso Mensual

Variables	Hombres	Mujeres
Primario completo	118.6196** (0.030)	37.989* (0.554)
Secundario incompleto	224.6391*** (30937)	116.8461 (1.619)
Secundario completo	395.2444*** (6.650)	281.5437*** (3.956)
Terciario incompleto	571.0349*** (3.673)	232.1867** (2.160)
Terciario completo	804.9289*** (6.956)	280.6352*** (3.251)
Universitario Incompleto	641.8641*** (9.807)	449.3563*** (5.712)
Universitario completo	1498.703*** (19.764)	965.6974*** (11.697)
Experiencia	22.15307*** (5.161)	15.9973*** (3.742)
(Experiencia) ²	-0.40201*** (-5.250)	-0.3439*** (-4.128)
Años de Antigüedad	9.23965*** (4.941)	14.51699*** (6.358)
Unido	-0.98655 (-0.019)	50.26572 (0.930)
Casado	30.35593 (0.607)	52.86548 (1.243)
Divorciado	-59.05412 (-0.771)	-1.974706 (-0.034)
Viudo	289.5324** (2.118)	-51.59204 (-0.643)
Jefe de familia	149.7212*** (3.382)	131.6668*** (2.806)
Constante	-5.889968 (-0.094)	16.01924 (0.213)
Observaciones	1838	1163
R ²	0.3284	0.2842

Estadísticos t robustos entre paréntesis.

* Significativa al nivel de confianza de 10%

** Significativa al nivel de confianza de 5%

*** Significativa al nivel de confianza de 1%

donde: *Primario completo*, *Secundario incompleto*, *Secundario completo*, *Terciario incompleto*, *Terciario completo*, *Universitario incompleto*, y *Universitario completo* = variables dummy que valen 1 cuando ése es el máximo nivel de educación del individuo, y valen 0 en cualquier otro caso (dummy excluída: *Primario incompleto*).
Jefe de familia = variable dummy que vale 1 cuando el individuo es jefe de familia, y vale 0 en cualquier otro caso.
Años de Antigüedad = años de antigüedad con el empleador.
Experiencia = edad – 16 si el nivel de educación es *Primario completo*, *Primario completo*, o *Secundario incompleto*; = edad – 18 si el nivel de educación es *Secundario completo*; = edad – 20 si el nivel de educación es *Terciario* o *Universitario incompleto*; = edad – 22 si el nivel de educación es *Terciario completo*; edad – 23 si el nivel de educación es *Universitario completo*.
Unido, *Casado*, *Divorciado*, *Viudo* = variables dummy que valen 1 cuando ése es el estado civil del individuo y valen 0 en cualquier otro caso (dummy excluída: *Soltero*).

Bibliografía

Ades, A. y Di Tella, R. 1995. "Competition and Corruption." Oxford Applied Economics Discussion Paper Series: 169.

Ades, A. y Di Tella, R. 1997. "National Champions and Corruption: Some Unpleasant Intervencionist Arithmetic." *Economic Journal* 107: 1023-1042.

Arrow, K. 1963. "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care." *American Economic Review* 53: 941-973.

Bardhan, P. 1997. "Corruption and Development: A Review of Issues." *Journal of Economic Literature* 35: 1320-1346.

Borenstein, S. y Rose, N. 1994. "Competition and Price Dispersion in the U.S. Airline Industry." *Journal of Political Economy* 102: 653-683.

Di Tella, R. 1997. "Volver a Sarmiento: Una Propuesta para Mejorar la Eficiencia del Gasto Social Basada en la Competencia." Mimeo. Fundación Mediterránea.

Diéguez, H., Llach, J., y Petrecolli, A. 1990. "Gasto Público y Social." Informe PRONATASS. Buenos Aires.

Feldstein, P. 1993. *Health Care Economics*. 4th Edition. Delmar Publishers.

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Secretaría de Salud. 1997. "Análisis Comparativo de Precios de Compra y Consumos para los Insumos Hospitalarios según Modalidad del Gasto Existente."

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Secretaría de Salud. 1997. "Síntesis Estadística."

González García, G. y Tobar, F. 1997. *Más salud por el mismo dinero. La Reforma del Sistema de Salud en Argentina*. Grupo Editor Latinoamericano-ISALUD.

Johnston, M. 1997. "The Search for Definitions: the Vitality of Politics and the Issue of Corruption." *International Social Sciences Journal* 149: 321-335.

Kaufmann, D. y Wei, S. J. 1999. "Does Speed Money Grease the Wheels of Commerce?" Mimeo.

Mera J., Schargrodsky, E., Staffa, D. y Weinschelbaum, F. 1999. "Transparencia y Rendición de Cuentas en los Hospitales Públicos de América Latina." Informe de Avance, Red de Centros de Investigación del Banco Interamericano de Desarrollo.

Mauro, P. 1995. "Corruption and Growth." *Quarterly Journal of Economics* 110: 681-712.

OEA. 1996. Convención Interamericana contra la Corrupción. Venezuela, 29 de Marzo de 1996.

Palmier, L. 1983. "Bureaucratic Corruption and its Remedies" in *Corruption. Causes, Consequences and Control*. ed. Michael Clarke, Frances Pinter (Publishers), pp. 205-219.

Shapiro, C. y Stiglitz, J. 1984. "Equilibrium Unemployment as a Worker-Discipline Device." *American Economic Review* 74: 433-444.

Shleifer, A. y Vishny, R. 1993. "Corruption." *Quarterly Journal of Economics* 108: 599-617.

Van Rijckeghem, C. y Weder, B. 1997. "Corruption and the Rate of Temptation: Do Low Wages in the Civil Service Cause Corruption?." IMF Working Paper. WP/97/73.

Yellen, J. 1984. "Efficiency-Wage Models of Unemployment." *American Economic Review* 74: 200-205.

