

# Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white, sans-serif font centered within a solid blue rectangular background.

## [Informe Global de la Corrupción 2006] Corrupcion y salud

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Book chapter
Authors	Transparency international
Publisher	Transparency International
Rights	With permission of the license/copyright holder
Download date	2026-07-04 00:25:40
Link to Item	<a href="http://hdl.handle.net/20.500.12424/177818">http://hdl.handle.net/20.500.12424/177818</a>

## **Parte uno**

### **Corrupción y salud**



## 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 Hussmann<sup>1</sup>*

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.<sup>2</sup> 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 planteara por primera vez Kenneth Arrow en 1963.<sup>3</sup> Arrow

demonstró 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.<sup>4</sup> 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.<sup>5</sup> 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

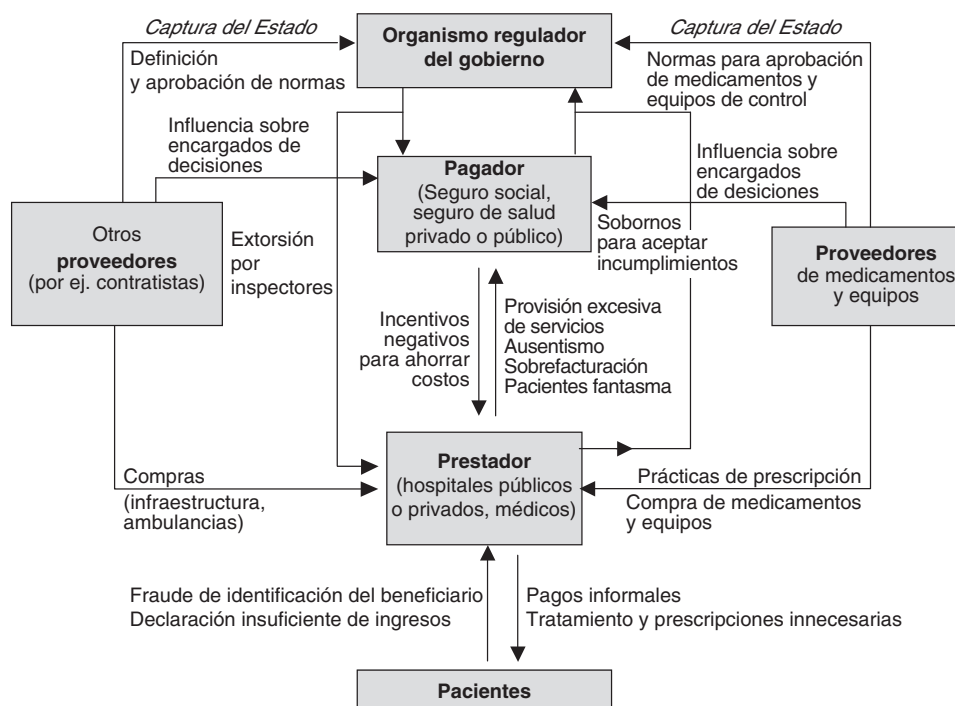
diagnóstico y el tratamiento; las compañías farmacéuticas saben más sobre sus productos que los médicos que los prescriben; las personas manejan cierto tipo de información sobre su salud que desconocen los prestadores de servicios o las aseguradoras, y los prestadores y aseguradoras pueden disponer de 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*.<sup>6</sup> 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.<sup>7</sup> 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 reembolsar 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.<sup>8</sup>

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.<sup>9</sup>

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 sobrepagos 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.<sup>10</sup> 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.<sup>11</sup> 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.<sup>12</sup> 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.<sup>13</sup>

## ¿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).<sup>14</sup>

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 Camboya<sup>1</sup>

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.<sup>2</sup> 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.<sup>3</sup> 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.<sup>4</sup>

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.<sup>5</sup>

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.<sup>6</sup> 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.<sup>7</sup> 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.<sup>8</sup> 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.<sup>9</sup> 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-Takeda<sup>10</sup>

#### 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 rielos (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 Briqvets 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.<sup>15</sup>

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 sobrepagos cobrados al sector público por suministros médicos y medicamentos comparando los precios pagados por diferentes hospitales.<sup>16</sup>

### **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.<sup>1</sup> 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 sistemáticas 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 proveedor 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. Sparrow<sup>1</sup>*

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.<sup>2</sup> Esta cifra representa el 15,3% del PIB del país y ha aumentado de 5,7% en 1965 a 8,8% en 1980.<sup>3</sup> 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,<sup>4</sup> 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 compran 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.<sup>5</sup>
- **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 estudios<sup>6</sup> 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”.<sup>7</sup>
- **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.<sup>8</sup> 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.<sup>9</sup> 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-

estructurales de largo plazo a los problemas de integridad. La literatura anticorrupción 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 Medicare<sup>10</sup> 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/](http://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](http://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.



## 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 desenfadada (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*).<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup> 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.<sup>3</sup>

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.<sup>4</sup>

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 Kaiser<sup>1</sup>*

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.<sup>2</sup> 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.<sup>3</sup> 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.<sup>4</sup> 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 <sup>a</sup>	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 <sup>b</sup>	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 <sup>c</sup>	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 <sup>d</sup>	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 <sup>e</sup>	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 <sup>f</sup>	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 <sup>g</sup>	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 <sup>h</sup>	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 <sup>i</sup>	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 <sup>i</sup>	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 <sup>k</sup>	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 <sup>l</sup>	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.<sup>5</sup> 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.<sup>6</sup> 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.<sup>7</sup> 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.<sup>8</sup> 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.<sup>9</sup> 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 Asiimwe 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 Gurgur<sup>d</sup>

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/](http://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 Rose*<sup>1</sup>

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.<sup>2</sup> 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.<sup>3</sup> 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.*

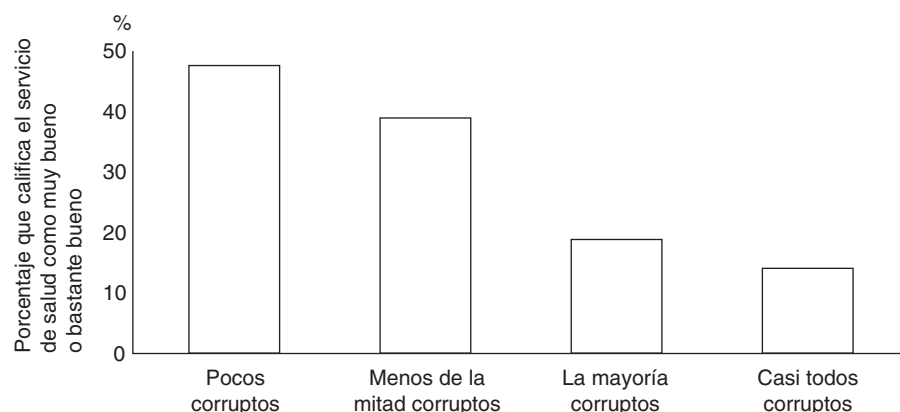
	<i>Casi todos</i>	<i>La mayoría</i>	<i>Menos de la mitad</i>	<i>Muy pocos</i>
	<i>(% de encuestados)</i>			
Rumania	51	34	14	1
Bulgaria	43	45	10	2
Rusia	43	46	8	3
Todos los países del NBE	29	44	22	5
Lituania	32	50	15	3
Eslovaquia	30	50	18	2
Hungría	27	36	35	1
Bielorrusia	26	44	21	8
Letonia	24	49	22	6
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.<sup>4</sup>

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 recopilieron 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 Hofbauer<sup>1</sup>*

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.<sup>2</sup>

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](http://www.senado.gob.mx/sgsp).

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

*Jim Gee<sup>1</sup>*

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 redundará 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 Vian<sup>1</sup>*

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.<sup>2</sup>

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%.<sup>3</sup> 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.<sup>4</sup>

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 adquiriera 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.<sup>5</sup> 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.<sup>6</sup> 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.<sup>7</sup> 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.<sup>8</sup>

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.<sup>9</sup> 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.<sup>10</sup>

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 compras<sup>11</sup> 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.<sup>12</sup> 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.<sup>13</sup> 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.<sup>14</sup> 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.<sup>15</sup> 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.<sup>16</sup>

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.<sup>1</sup> 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.<sup>17</sup> Los contratos basados en el rendimiento representan otra forma de aumentar la responsabilización y brindar incentivos al desempeño.<sup>18</sup>

### 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,<sup>19</sup> 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,<sup>20</sup> 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.<sup>21</sup>

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.<sup>22</sup> 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.<sup>1</sup> 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.<sup>23</sup> 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”.<sup>24</sup> 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.<sup>25</sup>

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.<sup>26</sup>

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.<sup>27</sup> 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.<sup>28</sup> 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.<sup>29</sup> 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.<sup>30</sup> 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.<sup>31</sup>

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.<sup>32</sup> 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.<sup>33</sup> 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.<sup>34</sup>

### **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.<sup>35</sup> En 15 años, recuperó

### Recuadro 3.3. Un negocio saludable sin sobornos: Transasia Biomedicals<sup>1</sup> 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.<sup>36</sup> 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.<sup>37</sup>

### **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 promisoría, 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. Schargrodsy, 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/](http://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. Alcazar 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".



## 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 Mossialos<sup>1</sup>*

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.<sup>2</sup> 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.<sup>3</sup> 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.<sup>4</sup> 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.<sup>5</sup> 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.<sup>6</sup> 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 Azerbaiyán<sup>7</sup> 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.<sup>8</sup> 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.<sup>9</sup> 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.<sup>10</sup> 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.<sup>11</sup>

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.<sup>12</sup> 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.<sup>13</sup> 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.<sup>14</sup> En Rumania, los pagos informales son frecuentes y representan el 41% del gasto total de bolsillo.<sup>15</sup> 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.<sup>16</sup>

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%.<sup>17</sup> En Bulgaria, los pagos a cargo del usuario (tanto formales como informales) aumentaron de 9% del gasto total en 1992 a 21% en 1997.<sup>18</sup> 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.<sup>19</sup> 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.<sup>20</sup> 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.<sup>21</sup>

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.<sup>22</sup> La evidencia de Bulgaria también sugiere que el costo no oficial de una operación equivale a más del 80% del salario mensual promedio.<sup>23</sup> 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.<sup>24</sup> 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.<sup>25</sup>

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.<sup>26</sup> 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.<sup>27</sup>

### 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.<sup>28</sup> 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.<sup>29</sup> 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.<sup>30</sup> 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.<sup>31</sup> 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.<sup>32</sup>

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.<sup>33</sup> 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.<sup>34</sup> 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.<sup>35</sup> 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.<sup>36</sup> 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.<sup>37</sup> 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.<sup>38</sup>

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.<sup>39</sup> 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.<sup>40</sup> 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.<sup>41</sup> 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.<sup>42</sup> 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.<sup>43</sup>

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.<sup>44</sup> 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.<sup>45</sup>

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 desafilien 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,<sup>46</sup> 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.<sup>47</sup>

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.<sup>48</sup>

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. *Ibid.*
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. Ibid.
  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. Ibid.
  36. D. Balabanova, M. McKee, J. Pomerleau, R. Rose y C. Haerpfer, "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 Gaál<sup>1</sup>*

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](http://halapenz.hu),<sup>2</sup> 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.<sup>3</sup> 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.<sup>4</sup> 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”.<sup>5</sup> 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.<sup>6</sup> 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.<sup>7</sup> 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.<sup>8</sup> 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”.<sup>1</sup> 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”.<sup>2</sup>

Según un estudio de TI Marruecos, que encuestó a 1.000 hogares,<sup>3</sup> 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.<sup>9</sup>

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,<sup>10</sup> 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.<sup>11</sup> 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 Inxhit”, *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 Cohen<sup>1</sup>

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 acceso<sup>2</sup>. 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.<sup>3</sup> 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.<sup>4</sup> 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.<sup>5</sup> 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.<sup>6</sup> 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.<sup>7</sup> 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.<sup>8</sup> 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.<sup>9</sup> 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 fundamentales<sup>10</sup>. 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 polaco<sup>1</sup>**

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 Silesia<sup>2</sup>, 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**

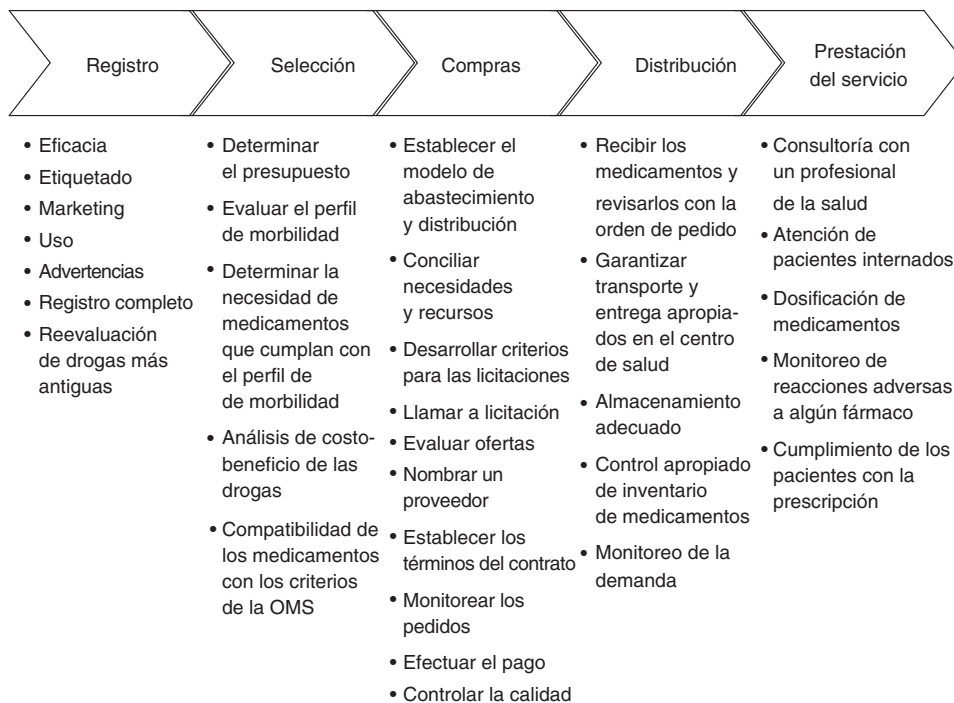
1. Este texto se basa en Wilmer Cutler Pickering Hale y Dorr LLP, Foreign Corrupt Practices Update, 30 de junio de 2004, [www.wilmerhale.com/](http://www.wilmerhale.com/).
2. Rzeczpospolita (Polonia), 11 de junio de 2004.

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.<sup>11</sup> 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.<sup>12</sup> 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 fármaco-económicas 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.<sup>13</sup>

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.<sup>14</sup> 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.<sup>15</sup> 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.<sup>16</sup> 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.<sup>17</sup> 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 estadounidense 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.<sup>18</sup> 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.<sup>19</sup> 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.<sup>20</sup>

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.<sup>21</sup> 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.<sup>22</sup> 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. India<sup>23</sup> 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.<sup>24</sup> Por otro lado, la cantidad de muertes producidas por medicamentos falsificados en China se estima en 192.000.<sup>25</sup> 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](http://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 Ceronce 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/](http://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/](http://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/](http://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/](http://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](http://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. Kassirer<sup>1</sup>*

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.<sup>2</sup> De esta cifra, se gastaron más de US\$2 mil millones sólo en comidas, reuniones y eventos.<sup>3</sup> 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 visitadores médicos.<sup>4</sup> 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.<sup>5</sup> 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.<sup>6</sup> 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.<sup>7</sup> 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.<sup>8</sup> 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”.<sup>9</sup>

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.<sup>10</sup>

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.<sup>11</sup>

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 reinterpretaban 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.<sup>12</sup>

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.<sup>13</sup> La decisión de la Administración afectará a millones de personas y también a las enormes utilidades de dos importantes empresas farmacéuticas.<sup>14</sup>

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.<sup>15</sup>

### **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.<sup>16</sup> 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.<sup>17</sup> 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,<sup>18</sup> 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.<sup>19</sup> El Congreso de Estados Unidos también ha expresado interés en los temas aquí planteados.<sup>20</sup> 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.<sup>21</sup> 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. *Ibid.*; y Sheldon Krinsky, *Science in the Private Interest: Has the Lure of Profits Corrupted Medical Research?* (Lanham: Rowman y Littlefield, 2003).
17. *Ibid.*
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/](http://www.nih.gov/about/ethics_COI.htm/).
20. [www.waysandmeans.house.gov/hearings.asp?formmode=all&comm=1/](http://www.waysandmeans.house.gov/hearings.asp?formmode=all&comm=1/).

21. "Ethical Journalism: Code of Conduct for the News and Editorial Departments", *New York Times* (EE.UU.), enero de 2003.

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

Harvey Bale<sup>1</sup>

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. Williams<sup>1</sup>*

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 muchos 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".<sup>2</sup> 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.<sup>3</sup> En 1991, la Asociación Médica Canadiense adoptó directrices para las relaciones entre los médicos y la industria farmacéutica,<sup>4</sup> iniciativa que fue emulada por muchas otras organizaciones profesionales, incluida la Asociación Médica Estadounidense en 1992,<sup>5</sup> la Asociación Médica Finlandesa en 1993,<sup>6</sup> la Asociación Médica Australiana en 1994,<sup>7</sup> la Asociación Médica Israelí en 2004<sup>8</sup> y la Asociación Médica Mundial en 2004.<sup>9</sup> 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 educativos 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.<sup>10</sup> 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.<sup>11</sup> 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 médicos<sup>12</sup> y un grupo de prestadores de servicios de salud ha desarrollado el sitio Web *No Free Lunch* (No hay comidas gratis)<sup>13</sup> 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.

## Notas

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/](http://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/](http://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/](http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/4001.html/).
6. [www.laakariliitto.fi/e/ethics/industry.html/](http://www.laakariliitto.fi/e/ethics/industry.html/).
7. [www.ama.com.au/web.nsf/doc/WEEN-5GJ7MH/](http://www.ama.com.au/web.nsf/doc/WEEN-5GJ7MH/).
8. [www.pharma-israel.org.il/eng/htmls/article.aspx?C1004=578&BSP=4/](http://www.pharma-israel.org.il/eng/htmls/article.aspx?C1004=578&BSP=4/).
9. [www.wma.net/e/policy/r2.htm/](http://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/](http://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/](http://www.accme.org/dir_docs/doc_upload/68b2902a-fb73-44d1-8725-80a1504e520c_uploaddocument.pdf/).
12. [www.ama-assn.org/ama/pub/category/8405.html/](http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/8405.html/).
13. [www.nofreelunch.org/](http://www.nofreelunch.org/).

## La lucha contra los medicamentos falsificados en Nigeria

Dora Akunyili<sup>1</sup>

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.<sup>2</sup> 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”.<sup>3</sup>

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.<sup>4</sup>

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.<sup>5</sup> 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 Tailandia<sup>1</sup>

Los orígenes del Foro de Médicos Rurales (FMR)<sup>2</sup> 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.<sup>3</sup>

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.<sup>4</sup> 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 renuncia<sup>5</sup> y varios funcionarios con cargos altos y medios fueron destituidos o reconvenidos. Rakkiat 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.<sup>6</sup>

A pesar de esta victoria, persisten los llamados para que otros políticos y altos funcionarios enfrenten sanciones legales.<sup>7</sup> Se instaló la percepción generalizada de que se desoyeron las recomendaciones del comité sobre la reforma del sistema de compras para prevenir la corrupción.<sup>8</sup> 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.<sup>9</sup>

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.<sup>10</sup> 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.<sup>11</sup>

*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](http://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. Rakkiat (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](http://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.htm/](http://atwww.geocities.com/changnoi2/ruraldoc.htm/).
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.<sup>2</sup> 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.<sup>3</sup> Los tres funcionarios fueron debidamente suspendidos por comportamiento ilícito y abandono de sus funciones en octubre de 2004.<sup>4</sup> 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](http://www.humanscape.org/Humanscape/new/sept03/weneedto.htm) y [www.humanscape.org/Humanscape/new/october03/smallsteps.htm/](http://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 Dickinson<sup>1</sup>*

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.<sup>2</sup> 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.<sup>3</sup>

## 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”.<sup>4</sup>

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 Malawi 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.<sup>5</sup>

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.<sup>6</sup> 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.<sup>7</sup> Algunos informes bien documentados de Etiopía,<sup>8</sup> República Democrática del Congo<sup>9</sup> y Costa de Marfil<sup>10</sup> 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.<sup>11</sup>

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%<sup>12</sup> 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.<sup>13</sup> 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 Zimbabue fueron suspendidos luego de que se les acusara de corrupción.<sup>14</sup> 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.<sup>15</sup> En Etiopía, Liberia y Malawi, 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 Knack<sup>16</sup> 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 responden 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/](http://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 Malawi (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/](http://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/](http://www.addistribune.com/Archives/2003/10/10-10-03/Black.htm/).
9. [www.essentialdrugs.org/edrug/archive/200402/msg00028.php/](http://www.essentialdrugs.org/edrug/archive/200402/msg00028.php/).
10. [www.essentialdrugs.org/edrug/archive/200401/msg00004.php/](http://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'a<sup>1</sup>*

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.<sup>1</sup>

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.<sup>2</sup>

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.<sup>3</sup> 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)<sup>4</sup> 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 Kasper<sup>5</sup>*

#### 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#cpi2004/](http://www.transparency.org/cpi/2004/cpi2004.en.html#cpi2004/).
3. Véase [www.theglobalfund.org/en/apply/mechanisms/casestudies/default.asp/](http://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 connivencia 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 yuxtaponen 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.