

INSTITUTO APOYO

TRANSPARENCIA Y RENDICIÓN DE CUENTAS EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS: EL CASO PERUANO

Documento de Trabajo N° 1

Autores:

Lorena Alcázar

Lav@iapoyo.org.pe

Raúl Andrade

andrade@wueconc.wustl.edu

Febrero, 2000

Este estudio se realizó en el marco del proyecto “Transparencia y rendición de cuentas en hospitales públicos de América Latina”, financiado por la Red de Centros de Investigación del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). La realización de este estudio no hubiera sido posible sin la colaboración del *staff* médico, asistencial y administrativo de los hospitales participantes. Los autores expresan su agradecimiento a Jaime Chang, Gabriel Ortiz de Zevallos, María Antonia Remenyi, además de la colaboración de los doctores Ricardo Illescaz, Manuel Químper, Virginia Baffigo y Augusto Melloni en distintas etapas de la investigación.

Índice de contenidos	Pág.
1. Introducción.....	5
2. Organización institucional de la provisión de servicios de salud.....	7
2.1. Algunos datos sobre los hospitales del MINSA, EsSalud y privados.....	7
2.2. Diferencias institucionales.....	10
2.2.1. Composición de los órganos de gobierno.....	10
2.2.2. Fuentes de financiamiento y presupuesto.....	11
2.2.3. Mecanismos de cobro y atención a los usuarios.....	12
2.2.4. Transparencia en las decisiones y mecanismos de rendición de cuentas.....	13
2.2.5. Sistemas de contratación: los médicos nombrados y los médicos contratados.....	14
2.3. Los hospitales participantes en el estudio.....	14
3. Marco conceptual.....	17
3.1. Corrupción, instituciones y agentes.....	17
3.2. Las hipótesis del estudio	21
3.2.1. Absentismo.....	21
3.2.2. Relación entre el esfuerzo realizado y el “técnicamente apropiado”	23
4. Metodología.....	25
4.1. Absentismo.....	25
4.2. Relación entre el esfuerzo realizado y el “técnicamente apropiado”	26
5. La corrupción en los hospitales del Perú.....	27
5.1. Algunas percepciones generales.....	27
5.2. El absentismo: características y percepciones.....	32
5.2.1. Incentivos compatibles: médicos contratados <i>versus</i> médicos nombrados.....	34
5.3. El esfuerzo médico realizado y el técnicamente apropiado: cesáreas vs partos naturales.....	36
5.3.1. Primeras aproximaciones.....	36
5.3.2. Resultados econométricos.....	39
6. Conclusiones y recomendaciones.....	47
7. Referencias bibliográficas.....	50

Índice de cuadros	Pág.
Cuadro 1: Algunos indicadores de infraestructura física de los hospitales según entidad administradora.	9
Cuadro 2: Algunos indicadores sobre recursos humanos y desempeño de los hospitales según entidad administradora.	10
Cuadro 3: Algunos datos sobre los hospitales que participan en el estudio.	17
Cuadro 4: Conocimiento de los médicos sobre los instrumentos de gestión ¿Cuenta el hospital con los siguientes instrumentos de gestión?	28
Cuadro 5. Percepción sobre las sanciones por falta de transparencia en compra de insumos o contratación de personal en hospitales del sector público.	5
Cuadro 6: Percepción sobre cuán habitual son las actividades corruptas en los hospitales del sector público.	31
Cuadro 7. Pacientes a quienes se solicitó una coima en los hospitales públicos y porcentaje de ellos que accedieron a pagarla.	32
Cuadro 8. Médicos contratados y nombrados según grupos de edad.	34
Cuadro 9: Médicos en el sector privado y en el sector público, según sueldos y grupos de edad.	35
Cuadro 10: Percepción de los médicos sobre la sanción si se demuestra que personal del incurre en absentismo.	36
Cuadro 11: Partos atendidos en los hospitales participantes en el estudio, según tipo, en 1998.	37
Cuadro 12: Razón cesáreas/partos en hospitales públicos antes y durante feriados, 1998.	39
Cuadro 13: Modelo <i>probit</i> para estimar la probabilidad de que un parto sea por cesárea: efectos marginales.	43
Cuadro 14: Modelo <i>probit</i> para estimar la probabilidad de que un parto sea por cesárea Fecha de parto y condición contractual combinadas: <u>efectos marginales</u>	46

Índice de gráficos	Pág.
Gráfico 1: Hospitales y hospitalizaciones en el ámbito nacional y en Lima Metropolitana según entidad administradora.	8
Gráfico 2: Número de establecimientos del sector salud según años de funcionamiento.	8
Gráfico 3: Médicos según condición contractual en el ámbito nacional y Lima Metropolitana.	16
Gráfico 4: Porcentaje de las horas establecidas que no son trabajadas por los médicos.	33
Gráfico 5: Razón cesáreas/partos en 1998.	38

Introducción

Desde hace más de una década, los estudios de opinión revelan que la corrupción es considerada un problema prioritario por la población limeña.¹ Sin embargo, existe muy poca información sobre la magnitud, características e impacto de este fenómeno tanto a escala general como con relación a sectores específicos de la sociedad. La atención que el problema recibe está asociada a casos puntuales, y son excepcionales los intentos de estudiar la corrupción de un modo sistemático. Consecuentemente, la corrupción en el sector salud es un tema sobre el que tampoco se han realizado estudios.

En el Perú, la provisión de servicios de salud por los hospitales públicos atraviesa actualmente un proceso de cambios. Por un lado, en los hospitales públicos pertenecientes al Ministerio de Salud (MINSA) se está aplicando un modelo alternativo de asignación de presupuesto en el cual la asignación financiera responde a la demanda de cada hospital. Este nuevo modelo se viene implementando a través de experiencias piloto mediante el llamado Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG).

Por otro lado, mediante la Ley 27056 se creó el Seguro Social de Salud (EsSalud) en reemplazo del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS). Esta nueva situación ha generado incertidumbre entre los hospitales pertenecientes al seguro pues se desconoce aún las implicancias que tendrá la creación de EsSalud como organismo público descentralizado. Mientras que la Constitución de 1979 reconocía al IPSS como una “institución autónoma y descentralizada” lo que le daba a la institución un mayor margen de autonomía frente al Poder Ejecutivo, la Ley 27056 especifica que EsSalud es un organismo adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción Social. Por otro lado, según la nueva legislación, EsSalud continuará prestando servicios integrales de salud preventiva, curativa y recuperativa en caso de accidentes de trabajo y enfermedades en general, pero ampliará la cobertura en favor de la población no asegurada y de escasos recursos, aunque no se especifica las características y financiamiento de estos nuevos programas. Adicionalmente, los hospitales públicos y del seguro social deberán competir con entidades privadas que prestan servicios complementarios a los de la seguridad social (entidades prestadoras de salud o EPS). Este cambiante contexto aumenta la importancia de realizar estudios relacionados a la administración de las organizaciones del sector salud.

¹ Según encuestas efectuadas por Apoyo Opinión y Mercado S.A, desde hace más de una década la corrupción ocupa entre el tercer a sexto lugar entre los problemas considerados prioritarios.

El presente estudio analiza el problema de la corrupción en hospitales públicos desde una perspectiva institucional. Los objetivos específicos fueron: i) analizar la influencia de las distintas estructuras institucionales de las organizaciones que prestan de servicios de salud sobre el tipo y grado de corrupción; y ii) efectuar recomendaciones de política para combatir estos problemas a partir de las relaciones de causalidad identificadas.

El estudio se concentra en dos tipos de corrupción: el absentismo u horas pagadas a médicos que no son trabajadas, y la relación entre el esfuerzo médico realizado y el “técnicamente apropiado”.

Para el cumplimiento de estos objetivos, el estudio contó con la participación de cuatro hospitales del país caracterizados por diferentes arreglos institucionales. En el Perú los principales tipos de organizaciones de salud se pueden resumir en tres, según su régimen de propiedad: i) hospitales públicos pertenecientes al MINSA; ii) hospitales públicos pertenecientes a EsSalud; y iii) clínicas privadas. El estudio ha involucrado a dos hospitales pertenecientes al MINSA (uno de los cuales participa en la etapa piloto del PAAG), un hospital perteneciente a EsSalud y una clínica privada.

La evidencia empírica para el estudio fue recogida mediante encuestas a médicos, enfermeras y pacientes (tanto de consulta externa como de hospitalización) de cada uno de los hospitales participantes en el estudio, así como mediante entrevistas a sus funcionarios. Para el análisis de la relación entre el esfuerzo realizado y el “técnicamente apropiado” se recogió datos de las historias médicas de todas las pacientes que entraron a trabajo de parto en 1998 en tres de los cuatro hospitales que participaron en el estudio.

2. ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL DE LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

2.1. Algunos datos sobre los hospitales en el Perú

En el Perú, los servicios de salud son provistos tanto por el sector público como por el sector privado. Las instituciones que forman el sector público son el Ministerio de Salud,² el Instituto Peruano de Seguridad Social (hoy EsSalud), la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales y la Beneficencia. El sector privado está conformado principalmente por el subsector privado lucrativo (clínicas y consultorios) y el subsector privado no lucrativo (ONG, parroquias, etc.).

Según el último censo realizado por el MINSA, éste cuenta con más de 5 933 establecimientos de salud en todo el país. De estos establecimientos, 136 son hospitales³, 28 de los cuales se ubican en Lima Metropolitana. EsSalud, cuenta con 282 establecimientos de salud, de los cuales 71 son hospitales⁴ (17 se ubican en Lima). El sector privado cuenta con 689 establecimientos en el ámbito nacional, de los cuales 202 son hospitales⁵ del sector privado lucrativo (87 en Lima). Como se puede observar en el gráfico 1, si bien la mayor parte de hospitales en el ámbito nacional y en Lima Metropolitana pertenecen al sector privado, más hospitalizaciones son atendidas por hospitales del Ministerio de Salud.

En cuanto al sector público, existe la percepción de que EsSalud tiene equipos y bienes de capital más modernos y de mejor calidad que el MINSA⁶ y, aunque no hay información específica sobre el tema, algunos datos así lo sugieren. Como se observa en el gráfico 2, los hospitales del EsSalud tienen menos años de funcionamiento que los hospitales del MINSA. Por ejemplo, 33% de los hospitales del MINSA funcionan desde hace 10 o 25 años frente a un 24% en el caso de EsSalud.

² El Ministerio de Salud es el órgano del Poder Ejecutivo, rector del sector salud y responsable de normar y de supervisar la aplicación de la política nacional de salud.

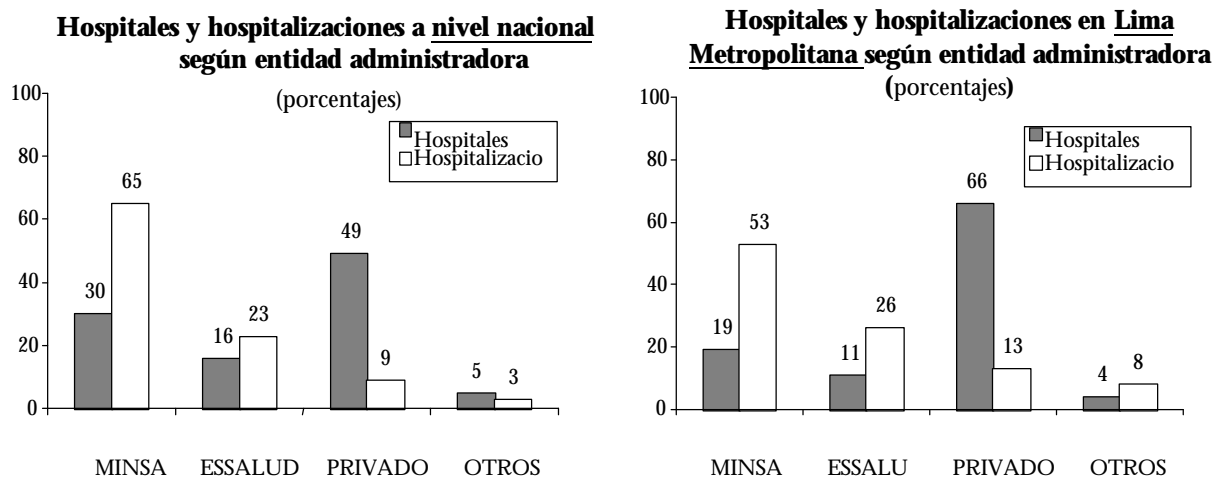
³ 80% de los 5 933 establecimientos son postas médicas, el 17% son centros de salud y el restante 3% son hospitales y otro tipo de centros.

⁴ 69% son centros de salud, 25% son hospitales, y 6% son postas médicas y otros tipos de establecimientos.

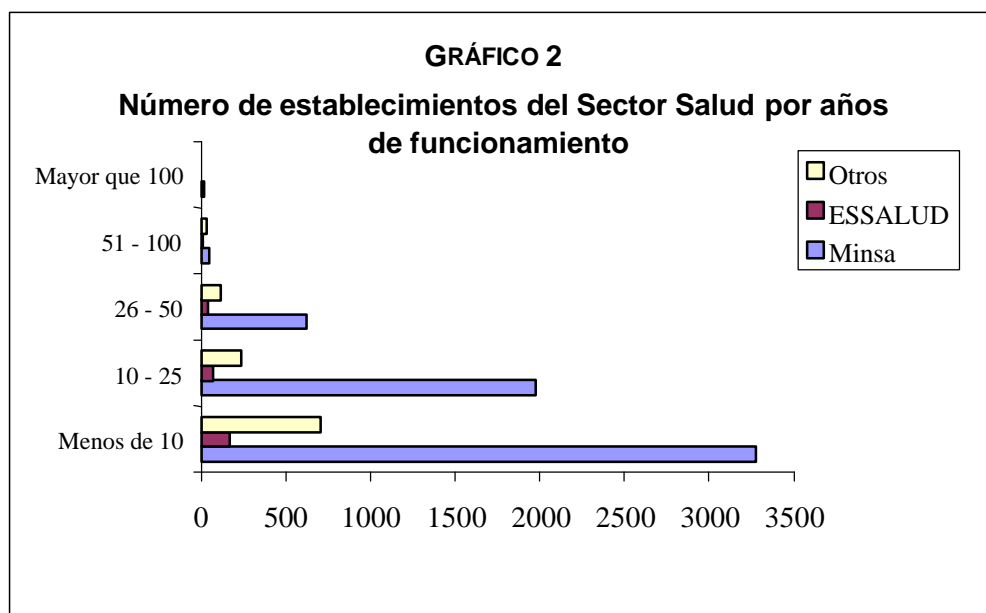
⁵ 64% son centros de salud, 33% son clínicas/hospitales y 3% son postas y otro tipo de establecimientos.

⁶ Lo que contribuye a que los médicos de EsSalud sean percibidos como mejor calificados que los demás profesionales del sector.

Gráfico 1



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



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

Adicionalmente, en el cuadro 1 se resumen algunos indicadores de infraestructura física

Para el MINSa, EsSalud y el sector privado. Como se observa, aunque el número de camas y de hospitales es mayor en el caso del MINSa que en el de EsSalud, el porcentaje de camas que no están funcionando es un poco menor en el segundo caso, aunque es muy alto en todos los casos.

CUADRO 1
Indicadores de infraestructura física de los hospitales según entidad administradora

	<i>Hospitales</i>	<i>Camas</i>	<i>Camas en funcionamien to</i>	<i>% camas que no se usan</i>	<i>Camas por hospital</i>
Sector público	237	43 350	24 365	0,438	102,8
MINSA	136	29 585	16 279	0,450	119,7
EsSalud	71	9 602	5 435	0,434	76,5
Otros ¹	30	4 163	2 651	0,363	88,4
Privado	235	10 942	6 355	0,419	27,0

¹Incluye hospitales de las Fuerzas Armadas y de la Beneficencia.

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

Finalmente, se muestran algunas diferencias entre los hospitales del MINSA, EsSalud y del sector privado con respecto a indicadores de desempeño. En el cuadro 2 se puede apreciar que si bien el número de médicos por hospital es mayor en el caso del MINSA que en el de EsSalud, el número de atenciones diarias por médico es de 3,22 en el primer caso frente a 6,36 en el segundo (en el sector privado hay menos de una atención diaria por médico).

CUADRO 2
Recursos humanos y desempeño de los hospitales según entidad administradora

	<i>Número de médicos</i>	<i>Médicos por hospital</i>	<i>Atendidos²</i>	<i>Atenciones³</i>	<i>Atendidos diarios por médico</i>	<i>Atenciones diarias por médico</i>
Sector público	16 309	68,8	11 376 016	23 963 934	2,23	4,7
MINSA	10 131	74,5	5 106 930	10 192 776	1,61	3,22
EsSalud	4 448	62,6	3 704 075	8 833 468	2,66	6,36
Otros ¹	1 730	57,7	746 038	1 741 889	1,38	3,22
Privado	n.d	n.d	1 659 531	2 910 271	n.d	n.d
Privado lucrativo	8 401	41,6	1 039 142	1 760 818	0,39	0,67
Privado no lucrativo	n.d	n.d	620 389	1 149 453	n.d	n.d

¹Incluye hospitales de las Fuerzas Armadas y de la Beneficencia.

² Se considera atendidos al número de pacientes que acceden al hospital.

³ Se considera atenciones al número de consultas que estos pacientes reciben.

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

2.2. Diferencias institucionales

Cada uno de estos tipos de instituciones funciona de acuerdo a distintos arreglos organizacionales. Como se verá a continuación, dentro del sector público, la principal diferencia institucional parece ser que los hospitales del MINSA funcionan de manera bastante más descentralizada que los hospitales de EsSalud.

2.2.1. Composición de los órganos de gobierno

La organización de los hospitales del MINSA debe respetar, en términos generales, un organigrama determinado por el Ministerio. Según éste, debe existir un director general, que actúa conjuntamente con un director ejecutivo y un director administrativo. A continuación siguen directores de Capacitación, Servicios Asistenciales e Investigaciones, seguidos de los jefes de Personal, Logística, Abastecimiento, Estadística, entre otros. Sin embargo, generalmente los hospitales funcionan con sólo un director ejecutivo y un subdirector. El director es designado por el MINSA y depende directamente del ministro,

aunque ejerce la administración general del hospital sin mayor participación de este Ministerio. Adicionalmente, los directores de Área, en algunos hospitales, forman un Consejo Consultivo al que el director acude para la toma de algunas decisiones.

Los hospitales de EsSalud funcionan con una estructura similar, aunque se tienen gerentes en lugar de directores. Sin embargo, la autoridad más alta en un hospital de EsSalud es un directorio. En este directorio participa el gerente general del hospital, pero la presidencia recae en otro de sus miembros, quienes son designados por la gerencia ejecutiva de EsSalud. Así, la oficina central de EsSalud tiene más participación en las decisiones de los hospitales dado que el directorio del hospital responde a la presidencia de esta organización. Además, el ámbito de acción de los hospitales de EsSalud está más reglamentado, tanto en términos de organización, como de procedimientos administrativos y de manejo de los recursos.

2.2.2. Fuentes de financiamiento y presupuesto

El presupuesto de los hospitales del MINSA se fija según las necesidades determinadas por la dirección de cada hospital pero atado en buena parte a los lineamientos que se usaron en los años anteriores. En el caso de los hospitales de EsSalud el presupuesto es definido por la Oficina de Administración del EsSalud sobre la base de metas fijadas entre la oficina de administración general y la gerencia del hospital. En el caso de las clínicas privadas se define según los ingresos de la institución y las necesidades de atención establecidas. Así, mientras que los sistemas de presupuesto que prevalecen en el sector público generan la posibilidad de que los recursos dependan más de consideraciones políticas que de la calidad y cantidad de servicios entregados, el sistema prevaleciente en el sector privado, de reembolso por atención prestada, genera incentivos para la mayor prestación de servicios, en algunos casos innecesarios (Wouters, 1998).

En el caso de los hospitales del MINSA, el financiamiento de estos presupuestos proviene de dos fuentes principales: recursos del tesoro público y recursos privados. Los primeros se destinan a los sueldos y al apoyo de distintas direcciones, mientras que con los segundos, provenientes del cobro de tarifas a los usuarios, se paga la mayor parte de los otros gastos. Adicionalmente, existen algunos donativos que se usan para gastos específicos de infraestructura o equipos.

Los recursos para financiar el presupuesto de EsSalud provienen de las contribuciones (9% de todas las planillas) y de los aportes de los pensionistas (4% de la pensión). Así, los

hospitales de EsSalud cuentan con menor autonomía presupuestaria que los hospitales del MINSA, los cuales tienen la posibilidad de generar recursos propios y ejecutar el presupuesto con poca intromisión del Ministerio.

Por su parte, el financiamiento de los hospitales del sector privado proviene de recursos propios. Según las entrevistas realizadas, la mayor parte de estos recursos proviene de los ingresos por farmacia. Adicionalmente, los recursos del hospital provienen de un porcentaje, entre el 10 y el 20%, de lo que perciben los médicos por sus consultas y de los pagos de los pacientes por los servicios de hospitalización.

2.2.3. Mecanismos de cobro y atención a los usuarios

En los hospitales del MINSA, los pacientes pagan tarifas para poder acceder a los servicios. Sin embargo, no existe una política que establezca, a nivel central, una metodología clara para la definición de tarifas. Por lo general, éstas se determinan sin considerar criterios técnicos y sin un conocimiento exacto de la estructura de costos del hospital y la demanda que existe por sus servicios. Los usuarios que no disponen de medios para pagar las tarifas pueden efectuar un trámite en el servicio social, donde se evalúa si el paciente debe recibir servicio gratuito. Sin embargo, el encargado de la oficina de asistencia social goza de un alto grado de discrecionalidad y no existen mecanismos efectivos de rendición de cuentas. Además, por cada prescripción médica o servicio se debe hacer un nuevo trámite.

Por su parte, en los hospitales de EsSalud, la atención a los pacientes se hace a través de asistentes sociales o anfitrionas que ofrecen orientación a los pacientes. En este caso la atención de los asegurados está cubierta por los aportes. Como consecuencia, no realizan ningún desembolso de dinero dentro del hospital.

En el caso de las clínicas del sector privado, como ya se mencionó, prevalece el sistema de reembolso por atención prestada. El régimen de funcionamiento privado más común consiste en que los gastos son cubiertos en su mayor parte por las compañías de seguro, en base a tarifas negociadas previamente entre la compañía de seguros y la clínica, quedando a cargo del usuario el pago de deducibles y servicios no cubiertos. Los pacientes que no están amparados por ninguna empresa o seguro, y que no tienen los recursos suficientes, pueden acceder a un programa de apoyo social, pero sólo en caso de emergencia. Una vez superada la emergencia, se les traslada a un hospital del MINSA.

2.2.4. Transparencia en las decisiones y mecanismos de rendición de cuentas

En los hospitales del MINSA la toma de decisiones importantes requiere que la dirección del hospital se reúna con un comité asesor. Sin embargo, este requisito no se aplica uniformemente e inclusive se conocen casos en los que hace años que no se reúne el comité asesor o en los que se convoca sólo a algunos de los miembros.⁷ En general, el proceso de toma de decisiones no es transparente. Adicionalmente, no existen mecanismos de comunicación efectivos entre el cuerpo médico y la dirección. Como se verá más adelante, un alto porcentaje de los médicos de los hospitales del MINSA que participaron en el estudio, no conocía la existencia de diversos instrumentos de gestión en sus hospitales. Por otro lado, a los médicos se les evalúa indirectamente, a través de una evaluación anual en cada área. Así, el grado de discrecionalidad del jefe de cada área es muy alto y la evaluación por lo general se basa en el número de pacientes que cada médico atiende por día, según parámetros recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que, sin embargo, no están definidos para todas las especialidades, dependen de muchas otras variables y por lo general no se cumplen.

En los hospitales de EsSalud, existe un órgano de control (Inspectoría) que visita los hospitales y funciona como incentivo para que las decisiones sean más transparentes. Otra diferencia con respecto a los hospitales del MINSA es que el directorio de los hospitales de EsSalud es nombrado por la oficina central de EsSalud por lo que hay un mecanismo de rendición de cuentas directo del directorio del hospital a la oficina central. Adicionalmente, existe un Consejo de Vigilancia que debe aprobar todos los proyectos de cierta envergadura (como licitaciones públicas por ejemplo). Sin embargo, en estos hospitales, aunque en un nivel un poco menor que en los del MINSA, existen serias deficiencias en los canales de comunicación entre el personal médico y la dirección. Con respecto a la evaluación del personal, la oficina de EsSalud no tiene una política central, por lo que cada uno de los hospitales de EsSalud puede o no evaluar a sus médicos y, si lo hace, puede usar diferentes criterios. Cabe mencionar, sin embargo, que existe una oficina centralizada llamada Oficina de Mejoramiento de Procesos que permite a los asegurados alcanzar quejas sobre la atención y detectar algunas irregularidades.

En el caso de las clínicas, las decisiones son presentadas por el director médico y el director ejecutivo ante el Directorio, quien finalmente toma las decisiones. Cualquier médico socio puede asistir a las reuniones y participar de las decisiones. Al igual que en los otros

⁷ Entrevistas con miembros del *staff* hospitalario de dos establecimientos de Lima Metropolitana.

hospitales participantes en el estudio, hay un alto porcentaje de médicos que no conoce o está equivocado con respecto a la existencia de diversos instrumentos de gestión.

2.2.5. Sistemas de contratación: Los médicos nombrados y los médicos contratados

En los hospitales del MINSA y del EsSalud, como en otros organismos públicos, los trabajadores están regidos principalmente según dos tipos de arreglos laborales: “nombrados” y “contratados”. El marco legal de cada uno de estos regímenes es confuso y cada ley presenta distintas especificaciones. Sin embargo, en la práctica, las principales diferencias entre los trabajadores nombrados y los contratados son (i) los primeros gozan de estabilidad laboral, mientras que a los segundos se les renueva el contrato cada cierto tiempo (entre tres meses y un año dependiendo de los términos del contrato) y (ii) los contratados no gozan de beneficios sociales de los que sí gozan los nombrados, como vacaciones, aguinaldos u otros incentivos fijados por el hospital (canasta de víveres por ejemplo). La primera diferencia tiene implicancias importantes en el desempeño de los médicos dado que es mucho más fácil despedir a un médico contratado que a un médico nombrado. Como se ve en el gráfico 3, la diferencia entre el número de médicos nombrados y contratados a escala nacional es muy pequeña, siendo un poco mayor el número de médicos nombrados. En el caso de Lima, el número de médicos contratados es mucho mayor.

Los regímenes de contratación del personal médico en los hospitales del MINSA y EsSalud son diferentes. En los primeros, la contratación la hace el propio hospital con el visto bueno del Ministerio, mientras que en los segundos la contratación es manejada centralmente a través de la Gerencia de Recursos Humanos del EsSalud, a partir de los requerimientos sustentados por cada hospital. Cabe mencionar que tanto los hospitales del MINSA como los de EsSalud enfrentan problemas de personal comunes a la mayor parte de la administración pública peruana. Estos son, principalmente, bajas remuneraciones y deficiente calificación (Instituto APOYO, 1999).

2.3. Los hospitales participantes en el estudio

El estudio se basa principalmente en información recogida en los siguientes cuatro hospitales del sector salud peruano.

El primero es un hospital del MINSA (en adelante, MINSA1) especializado en el área materno-infantil. Se organiza en torno a una dirección ejecutiva que tiene asesores contables y legales (conformado por ocho jefes administrativos), y médicos (conformado por ocho jefaturas médicas). Debajo de la dirección viene la subdirección y debajo de ésta los órganos de línea, que son departamentos dedicados básicamente a la parte asistencial y los órganos de apoyo. En este hospital el personal nombrado recibe una canasta de víveres valorizada en S/. 100 (US\$ 30)⁸ al mes, y los médicos jefes reciben capacitación en temas administrativos y contables. Sin embargo, este hospital tiene reputación de haber estado mal manejado desde hace años, no sólo por errores administrativos, sino también por irregularidades.⁹

El segundo es un hospital también del MINSA que participa en la etapa piloto de PAAG (en adelante, MINSA-AG). La autoridad de mayor jerarquía es el director ejecutivo, de quien depende la subdirección. Luego vienen las denominadas áreas de gestión productiva, que se han formado en el marco del PAAG: ginecobstetricia, cirugía, medicina, radiología, apoyo al diagnóstico (patología, medicina física de rehabilitación) y farmacia. El personal nombrado de este hospital también recibe una canasta de víveres mensualmente. Se tiene planeado que esta canasta se reparta en función a la productividad de cada médico, lo cual representa la primera iniciativa de este tipo en el sector.

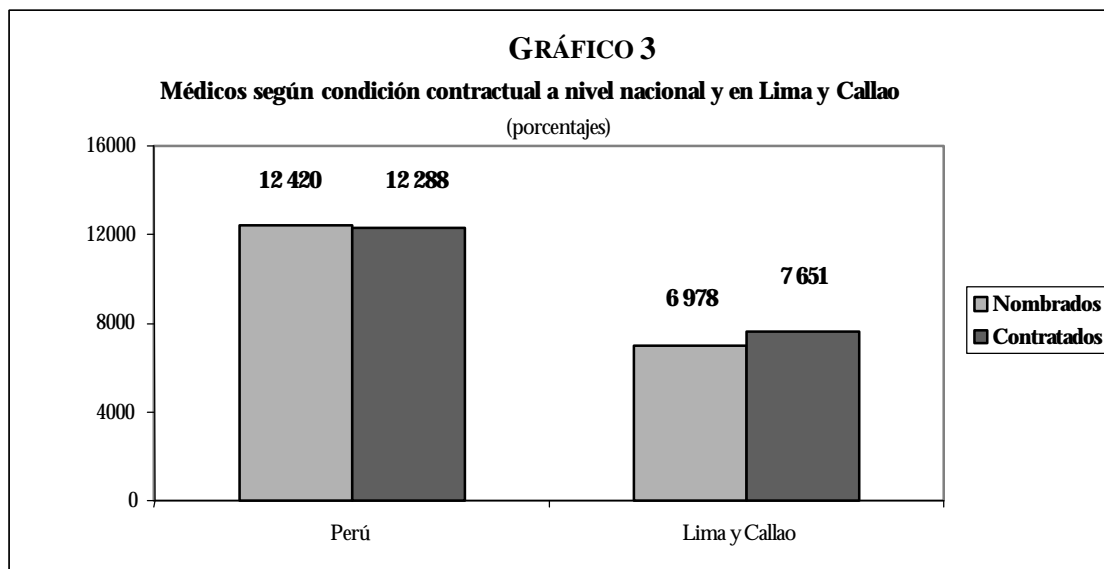
El tercer hospital pertenece a EsSalud (en adelante, EsSalud1). A diferencia de los hospitales del MINSA, se organiza en torno a una Gerencia General, debajo de la cual hay tres gerencias médicas y dos administrativas. De éstas, a su vez, dependen distintos departamentos y servicios. En este hospital, y debido a las normas centrales de EsSalud, no se permite la entrega de canasta de víveres u otros incentivos como en el caso del MINSA.

La cuarta organización es una clínica privada (en adelante, clínica). Esta clínica, al igual que muchas de su sector, ha estado manejada por médicos que muchas veces no han estado familiarizados con temas de administración y gerencia. Así, la clínica está actualmente evaluando cambios (en las funciones del director ejecutivo y el manejo de contabilidad, por ejemplo) con el objetivo de ser más eficiente. Se organiza en torno a un directorio conformado por 11 médicos socios —que son los dueños de la clínica— y un presidente ejecutivo. Este directorio nombra a un director ejecutivo, que es el representante del directorio ante la clínica. El personal de la clínica puede dividirse en tres grupos: los dueños

⁸ Si bien la canasta de víveres representa el 5% de los salarios de los médicos o menos, es percibida como ayuda importante por los médicos entrevistados. La canasta está conformada por alimentos básicos (leche, arroz, azúcar, entre otros).

⁹ Como referencia, durante la realización de este estudio, los trabajadores del MINSA1 hicieron un paro de 24 horas pidiendo la destitución del director ejecutivo por malversación de fondos. Aunque el paro fue originado por la decisión de no dar un aguinaldo de fin

(los 11 socios), los asociados (dependen directamente de algún socio) y los médicos contratados.



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

de año a los trabajadores, llama la atención el desorden administrativo del hospital. (No se incluye la fuente de esta información para mantener el anonimato del hospital).

CUADRO 3
Algunos datos sobre los hospitales que participan en el estudio

	<i>MINSA1</i>	<i>MINSA-AG</i>	<i>EsSalud1</i>	<i>Clínica</i>
Camas en funcionamiento para 1998	304	435	1 471	101
Número de médicos para 1998	122	345	670	83
Médicos nombrados	79	212	476	n.d.
Médicos contratados	43	133	194	n.d.
Número de atenciones en 1995	102 411	141 292	438 004	86 275
Número de partos en 1998	6 265	3 726	8 399	248
Partos naturales	4 421	2 897	3 428	55
Partos por cesárea	1 844	829	4 971	193

Fuentes: Para el MINSA1 y el MINSA-AG: Oficina de Estadística del MINSA1, MINSA-AG y Oficina del director médico. Además, se utilizó el II Censo de Infraestructura Hospitalaria del Sector Salud, Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1. Corrupción, instituciones y agentes

El término corrupción puede abarcar un conjunto muy amplio de prácticas que implican el aprovechamiento ilícito de bienes o servicios en beneficio de un agente, o de las personas que éste decida favorecer. Aunque la corrupción es un problema universal, es probable que en los países en desarrollo sea más común y de mayor gravedad debido a la debilidad de sus instituciones.¹⁰ La organización Transparency International reportó para 1996 que ningún país estaba libre de corrupción, y el Banco Mundial ha estimado que anualmente el valor de los sobornos en el mundo posiblemente supere los US\$ 80 mil millones.¹¹

Muchos estudios recientes han enfatizado los efectos de la corrupción sobre el desarrollo económico. Estos efectos pueden materializarse en una mala asignación de recursos, una reducida confianza por parte de los agentes, y, en general, en mayores niveles de ineficiencia. Así, Kaufmann, citado por Walsh (1998), sostiene que la corrupción tiene un impacto negativo sobre todos los indicadores del desarrollo: el crecimiento económico, la inversión interna y externa, y la pobreza.¹² Adicionalmente, Bardhan (1997) señala que, aunque algunas veces la corrupción de manera aislada puede conducir a situaciones de eficiencia económica —incluidos los pagos adicionales a los burócratas influyentes para

¹⁰ Rose-Ackerman (1997), p.35.

¹¹ Walsh (1998).

¹² *Ibíd.*.

obtener servicios más rápidos—, en el largo plazo es difícil controlar los resultados de la corrupción ante la arbitrariedad e incertidumbre que genera por tener muchos agentes actuando bajo este mismo patrón.

En principio, este problema afecta tanto a las organizaciones públicas como privadas.¹³ Aedo (1995) afirma que la corrupción de funcionarios públicos, puede hacer que las energías de los empresarios se desvíen desde actividades productivas hacia la búsqueda de renta en actividades menos productivas socialmente.

La literatura respecto a cómo diagnosticar y controlar la corrupción está aún en desarrollo. Los enfoques que han intentado responder a la pregunta de cómo prevenir la corrupción pueden clasificarse en dos grupos: los que enfatizan al individuo y los que ponen el acento en el análisis de las instituciones. Sin descartar los aportes del primer enfoque que destaca los mecanismos de sanción sobre los actos y agentes corruptos, es la perspectiva institucional la que permite identificar aquellos factores que incentivan la aparición de actos corruptos en las organizaciones.

Desde esta última perspectiva teórica, las instituciones determinan las reglas de juego de la interacción humana. Estas reglas pueden ser formales o informales. Las reglas formales incluyen normas, leyes y regulaciones. Las reglas informales incluyen normas aceptadas de conducta, códigos o convenciones sociales, entre otros.¹⁴ Igualmente importantes son los mecanismos que permiten hacer cumplir ambos tipos de normas y su efectividad real. El análisis institucional de la corrupción revela que si no existen mecanismos que generen los incentivos adecuados, será más difícil evitar la corrupción. Las instituciones tienen una gran influencia sobre el comportamiento de sus trabajadores, e incluso “una organización puede ser negligente aunque sus trabajadores no lo sean”.¹⁵

Se entiende que los agentes intentan maximizar su propio bienestar dentro de las oportunidades disponibles y las restricciones existentes.¹⁶ Una de las restricciones más importantes que confrontan los agentes es el conjunto de reglas que regulan su comportamiento. Las decisiones de los agentes también se ven afectadas por la información, sus capacidades y los recursos de los que disponen.

Esta situación puede ser analizada en el marco de llamado problema del “principal-agente”. En resumen, el principal es cualquier actor que delega funciones a un agente. La estructura

¹³ Bardhan (1997), p.1321.

¹⁴ North (1993).

¹⁵ Klitgaard (1991) citado por Mosqueira (1995).

¹⁶ Basado en Eyzaguirre (1996).

de incentivos no necesariamente motiva al agente a comportarse en el mejor interés del principal. El problema central en este contexto es el de la asimetría de la información: el principal no tiene la necesaria información para determinar los esfuerzos de los agentes.¹⁷

Caiden (1988) sostiene que un sistema institucional mal diseñado genera oportunidades para la corrupción. El autor define este sistema de acuerdo a tres categorías: (i) los procedimientos formales que indican cómo debe funcionar la administración pública; (ii) las prácticas informales que indican cómo funciona realmente y (iii) la gerencia o administración en sí misma que indica cómo se ordena y controla su labor y las acciones de sus funcionarios. Así, los factores de importancia incluyen un conjunto de reglas formales que norman las acciones de los agentes (leyes, contratos, reglamentos) y de reglas informales determinadas por ejemplo por el contexto social en el que operan.

En lo que se refiere a las reglas formales, se supone que los agentes guían sus acciones según los objetivos y procedimientos establecidos en las reglas y sobre la base de decisiones propias, de acuerdo al grado de discreción que les permiten las reglas. Este grado de discreción está determinado por las reglas que se refieren al monitoreo de las acciones de los agentes y por los mecanismos de penalización o recompensa de sus acciones. El contexto social (reglas informales) tiene también un papel importante en los incentivos de los agentes. Aspectos como el valor que el entorno social le otorga al esfuerzo y a la honestidad, así como ciertas creencias laborales (por ejemplo, la creencia de que los ascensos dependen más de la antigüedad en el cargo que de los méritos) tendrán un importante impacto en sus acciones.

Klitgaard (1990b) proporciona una aproximación bastante operativa para analizar la corrupción sistémica¹⁸ y plantear recomendaciones sobre cómo controlarla. Su aproximación queda descrita por la siguiente relación:

$$\begin{array}{ccccccc}
 \mathbf{C} & = & \mathbf{M} & + & \mathbf{D} & - & \mathbf{T} \\
 \text{Corrupción} & & \text{Monopolio} & & \text{Discrecionalidad} & & \text{Transparencia}
 \end{array}$$

¹⁷ Para una síntesis de la literatura ver Pratt y Zeckhauser (1985) y Arrow (1985).

¹⁸ Joan Prats, del Barcelona Governance Project, distingue entre la corrupción “sistémica” y la corrupción “conductual”. La primera se refiere a factores o fallos del sistema que predisponen a la corrupción y la segunda a la conducta oportunista de individuos aislados. Esta distinción es útil porque da pie a estrategias diferentes. Si el problema de la corrupción que enfrenta una sociedad es el de casos aislados, la estrategia de establecer mayores penas y actuar desde la vía judicial tiene viabilidad. Pero si la corrupción es sistémica, porque las reglas de juego económicas y políticas facilitan el desarrollo de la corrupción, la vía judicial es inefectiva, pues aun cuando se procese y condene al oficial corrupto, el sistema hará que aparezcan otros. Un cuestionamiento de este tipo es recogido por Luis Moreno Ocampo (1993).

Esta relación señala que habrá mayor probabilidad de que se generen problemas de corrupción, si la actividad en cuestión tiene carácter de monopolio, si el funcionario tiene mayor discrecionalidad y si su función se ejerce con poca transparencia. Las implicancias del análisis son claras: intentar reducir las situaciones de monopolio, ajustar la discrecionalidad del funcionario a lo que sea realmente necesario y aumentar la transparencia.¹⁹ Evidentemente, no siempre será factible impedir un monopolio (como en el control aduanero en los aeropuertos), en cuyo caso la estrategia deberá basarse en reducir la discrecionalidad (determinar cuáles maletas se inspeccionan al azar) y aumentar la transparencia (informar claramente a todos los pasajeros sobre lo que está permitido y realizar la inspección a la vista del público).

Otros factores que establecen una base propicia para la corrupción son la impunidad y los bajos sueldos de los funcionarios públicos.²⁰ Mientras el riesgo de ser procesado y sentenciado por corrupción sea bajo y el posible beneficio a obtener sea alto, la posibilidad de corrupción estará siempre presente.

Una manera ordenada de analizar el tema es a partir de la ecuación de incentivos compatibles, definida por:²¹

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

donde,

I : ingreso total esperado del agente si comete un acto de corrupción

w : ingresos legales del agente

q : probabilidad de detección

c : ingresos por corrupción

F : castigo (pena efectiva)²²

Así, si $w < I$, (el ingreso legal del agente es menor que el ingreso total esperado si se incurre en corrupción), el agente tendrá un incentivo para cometer actos corruptos. Dentro de la

¹⁹ Klitgaard (1990a).

²⁰ Véase, por ejemplo, Rose Ackerman (1986), Klitgaard (1990b), Gray (1979).

²¹ La ecuación, aunque no la reproduce exactamente, hace referencia a la planteada en el trabajo de Di Tella. (s/f).

²² El castigo o pena efectiva no se refiere a los castigos que se contemplan en las normas legales, sino a lo que sucede efectivamente en la práctica.

definición de **I**, se incluyen la probabilidad de que el acto corrupto sea detectado (**q**), y el castigo una vez que este acto corrupto es detectado (**F**). Así, **q** y **F** representan la efectividad de los mecanismos de control y sanción en el entorno en el que el funcionario realiza sus labores. Con un **q** o un **F** bajo, **I** aumenta, y con ello la probabilidad de que sea mayor que **w**, por lo que el funcionario tendrá más incentivos para incurrir en actos corruptos. Al contrario, con un **q** y **F** altos, el **I** será menor, con lo que se reduce el incentivo a cometer actos corruptos. Esto está condicionado al nivel de **w**. Con un **w** bajo, aumenta la probabilidad de que $w < I$, y con ello el incentivo a cometer actos corruptos.

3.2. Las hipótesis del estudio

Como se mencionó en la parte introductoria, son escasos los trabajos que estudian el tema de la corrupción en el sector salud. Consecuentemente, los trabajos que buscan establecer una tipología de la corrupción, no se basan en tipos específicos de corrupción, sino en la magnitud de los efectos de la corrupción en general, según ciertas condiciones como el monto del cobro indebido y el nivel de competencia entre las agencias públicas.²³

En el caso específico de los hospitales, por lo general se hace referencia a tres niveles de corrupción.²⁴ Un primer nivel identificado como de “gran corrupción” es el que ocurre cuando los agentes públicos hacen uso de su posición en la gerencia pública para beneficiarse de las decisiones asociadas a la construcción, rehabilitación y compra de equipo en los hospitales. Un segundo nivel, la “corrupción mediana”, ocurre cuando los agentes públicos se benefician con el uso de servicios del hospital, el uso inadecuado de las facilidades prestadas por la organización, y el absentismo. El tercer nivel de corrupción, la “corrupción menuda”, está asociado al cobro indebido a los usuarios del hospital por parte de los miembros del *staff*. Más específicamente, se pueden identificar cinco tipos de corrupción: (i) absentismo, (ii) robo de insumos, (iii) cobros indebidos a pacientes, (iv) cobros indebidos para influir en los procesos de adquisición de equipos y demás insumos y (v) la relación inadecuada entre el esfuerzo realizado y el “técnicamente apropiado”. El presente estudio se concentra en dos de los tipos de corrupción mencionados anteriormente: el absentismo y la relación entre el esfuerzo realizado y el “técnicamente apropiado”.

²³ Véase, por ejemplo, Shleifer y Vishny (1993).

²⁴ Referencias citadas en los términos de referencia del Banco Interamericano de Desarrollo, para el presente proyecto.

3.2.1. Absentismo

El absentismo es el uso de horas de trabajo pagadas por el hospital para actividades personales en o fuera del centro de trabajo. Éstas incluyen tanto actividades vinculadas al ocio (conversaciones en la cafetería, descansos en momentos indebidos, etc.) como el uso del tiempo pagado por el hospital para dedicarse a la práctica privada o a otras actividades mejor remuneradas. Este último tipo de absentismo respondería, además, a deficiencias en los mecanismos de control de personal y al costo de oportunidad del médico. Por lo tanto, las recomendaciones de política estarían asociadas no sólo a la implementación de mecanismos de control y sanción efectivos sino también a la volver más flexibles las opciones de contratación, de tal manera que sea posible reducir la diferencia entre el salario del médico y su costo de oportunidad por permanecer en el hospital.

De acuerdo a lo anterior, y al análisis de las características y diferencias institucionales de los hospitales, se plantea la siguiente hipótesis: “existe un mayor grado de absentismo entre los médicos nombrados que entre los médicos contratados” (hipótesis 1). Ello debido a que, como se mencionó anteriormente, es más sencillo penalizar a los médicos contratados que a los médicos nombrados, pues resulta más fácil no renovar un contrato que despedir a un médico nombrado. Así, la pena efectiva es más alta en el caso de los médicos contratados que en el de los médicos nombrados, lo que genera un mayor incentivo a ausentarse para los primeros.

La hipótesis planteada puede ser analizada en el marco de la ecuación de incentivos compatibles presentada anteriormente para el caso de los médicos:

$$I_i = (1 - q)(w + c_i) - qF_i$$

donde **i** = **C** (contratados), **N** (nombrados)

La probabilidad de detección (**q**),²⁵ y el ingreso legal (**w**) se pueden considerar como equivalentes en ambos casos.²⁶ Si se toma en cuenta que los médicos nombrados son de

²⁵ La variable **q** se refiere sólo a la probabilidad de detección y no de sanción. Por lo tanto está relacionada sólo a los mecanismos de control. Las diferencias entre las penalidades de los médicos se reflejan en la variable **F**.

mayor antigüedad, es más probable que dispongan de una mayor clientela privada, por lo que sus ingresos por ausentarse (medida de corrupción en este caso) o costo de oportunidad por permanecer en el hospital será más alto. Adicionalmente, como ya se indicó, la pena efectiva es mayor en el caso de médicos contratados. Así tenemos que $c_N > c_C$ y $F_N < F_C$. Por lo tanto $I_N > I_C$, lo que hace más probable que $w < I$ en el caso de médicos nombrados que en el caso de médicos contratados. Por ello, se espera un mayor grado de absentismo por parte de los médicos nombrados que contratados.

3.2.2. Relación entre el esfuerzo realizado y el “técnicamente apropiado”

El tema de la relación entre el esfuerzo realizado y el “técnicamente apropiado” está referido al exceso servicios de salud —algunos de ellos innecesarios— otorgados al usuario, en beneficio del proveedor. Para su análisis se han estudiado las cesáreas en los centros de salud, esperando encontrar que algunas de ellas se hayan realizado innecesariamente. El beneficio del médico, o del centro de salud, influenciaría la decisión de que un parto no se realice en forma natural.

Desde hace algunos años, el estudio de las cesáreas desde una perspectiva económica ha estado centrado en el análisis de los incentivos de las pacientes para someterse a éstas y de los médicos para realizarlas. Diversos estudios han hallado motivaciones distintas a las médicas para la realización de cesáreas. Así, por ejemplo, Keppel *et al.* (1980) encuentran que las pacientes que están cubiertas por un seguro privado tienen la tasa más alta de cesáreas, mientras que aquellas que pagan con su propio dinero tienen la menor tasa de cesáreas. La explicación más común para que esto suceda esta relacionada a la hipótesis de la demanda inducida. Según la hipótesis de la demanda inducida (*supplier-induced demand*), siempre que existan determinadas condiciones de mercado —usualmente una alta oferta de médicos— los médicos utilizan su autoridad para prescribir tratamientos adicionales a sus pacientes y evitar la reducción de sus ingresos al generar una demanda adicional por sus propios servicios.²⁷

Una crítica común a los estudios sobre las motivaciones económicas de las cesáreas se refiere al uso limitado de variables de control en sus estimaciones. Como consecuencia de ello, otras investigaciones han enfatizado la importancia de controlar los resultados según características de los hospitales y de los médicos. Los trabajos de Tussing y Wojtowycz

²⁶ En principio, la legislación señala que los salarios son básicamente equivalentes, aunque en la práctica podrían darse algunas diferencias no previstas legalmente (bonos en especie mediante los ingresos propios generados por el hospital).

(1992, 1993), por ejemplo, ofrecen diversas razones para explicar las altas tasas de cesáreas (en la ciudad de Nueva York), entre las que incluyen cambios en el entrenamiento médico, los efectos de reclamos por malas prácticas en la conducta de los médicos y cambios tecnológicos. Desde el punto de vista de estos autores, existen dos tipos de motivaciones económicas para realizar cesáreas: el temor a los juicios por malas prácticas (los obstetras a menudo realizan cesáreas para minimizar la probabilidad de riesgo y de ser enjuiciados por negligencia) y la obtención de mayores ingresos o el propio interés.

Aunque la primera de las razones argüidas por estos autores no es aplicable al caso peruano, la segunda, la obtención de mayores ingresos o el propio interés, puede ser importante. Usando una adaptación al modelo de Tussing y Wojtowycz, el presente estudio plantea que el ingreso (o beneficio) esperado para el médico de cometer el acto corrupto, en este caso el realizar una cesárea cuando no es necesaria, está relacionado principalmente con dos variables: (i) ingresos monetarios (en el caso de las clínicas) y (ii) comodidad u ocio (en el caso de los hospitales públicos).

Así, se plantea la siguiente hipótesis: “por sus efectos sobre los ingresos, la razón entre cesáreas y partos es mayor en el caso de las clínicas privadas que en hospitales del EsSalud y del MINSA” (hipótesis 2). La hipótesis se sustenta en el hecho de que, dado el sistema de reembolsos de las compañías de seguros, el uso de cesáreas así como de mayores atenciones o atenciones más complejas, implica mayores ingresos para una clínica (más no para los hospitales públicos). Además, en el Perú, tanto los pacientes como los médicos enfrentan un problema de falta de información y las normas sobre procedimientos médicos estándar son prácticamente nulas.

En términos de la ecuación de incentivos compatibles se tiene:

$$I_i = (1 - q_i) (w_i + c_i) - q_i F_i$$

Donde,

i = clínica, EsSalud1 y hospitales del MINSA.

Podemos asumir que la probabilidad de detección (**q_i**) y la pena efectiva (**F_i**) en las tres organizaciones es equivalente. En todos los casos las normas y la regulación peruanas en el sector salud no están bien implementadas, incluso en lo que se refiere a negligencia médica. Por lo tanto, lo que resulta determinante es la variable de ingresos por corrupción (**c_i**). En

²⁷ Tussing y Wojtowycz (1992), p.531.

este caso, los ingresos por cometer el acto corrupto (realizar una cesárea cuando ésta no es necesaria) pueden ser muy altos en el caso de las clínicas (a diferencia del caso de los hospitales públicos), por lo que éstas tienen más incentivos para incurrir en este tipo de corrupción.

Adicionalmente se plantea la siguiente hipótesis: “por sus efectos respecto a la comodidad de los médicos, la razón entre cesáreas y partos es mayor en hospitales del EsSalud que en los hospitales del MINSA” (hipótesis 3). Esta hipótesis se sustenta en el hecho de que en los hospitales del EsSalud los médicos tienen la posibilidad de programar sus consultas y atenciones (lo que no ocurre en los hospitales del MINSA), por lo que es posible para los médicos de estos hospitales programar cesáreas cuando técnicamente no es necesario, en beneficio del médico. En términos de la ecuación anterior, estaríamos suponiendo que c (los ingresos por corrupción) incorpora beneficios no monetarios. Así, la programación de cesáreas estaría generando una mayor utilidad al médico porque le permitiría programar los partos en momentos de su preferencia. Por lo tanto, el ingreso esperado por incurrir en actos corruptos sería mayor en el caso de los hospitales de EsSalud que en el caso de los hospitales del MINSA.

Cabe mencionar que existe un factor adicional que podría estar afectando la hipótesis en sentido contrario. Como ya se ha mencionado, el nivel socioeconómico de los usuarios de los hospitales del MINSA es menor que el de los pacientes de los hospitales del EsSalud. Por tanto, es posible esperar que una mayor proporción de pacientes de los hospitales del MINSA no reciba los cuidados debidos durante el embarazo, lo que aumenta la probabilidad de que lleguen al momento del parto con problemas y se requiera una cesárea. Según esto, la razón cesáreas/partos debería ser más alto en los hospitales del MINSA que en los hospitales del EsSalud (y en hospitales del EsSalud más que en clínicas privadas).

Por último, se plantea que “la razón entre cesáreas y partos es más alta en el caso de los médicos nombrados que en el de los médicos contratados” (hipótesis 4). En este caso, al igual que en el absentismo, la razón principal es la mayor facilidad para sancionar a los médicos contratados con relación a los nombrados. En este caso, los ingresos por cometer un acto corrupto juegan un papel menos importante. Así, en términos de la ecuación de incentivos compatibles, c sería similar en ambos grupos, mientras que F , sería menor en el caso de médicos nombrados, lo que generaría mayores incentivos para cometer actos corruptos en este último grupo.

4. METODOLOGÍA

4.1. Absentismo

Con la intención de recoger información empírica sobre el tema de absentismo, se procedió a la aplicación de encuestas a los pacientes, médicos y enfermeras de cada uno de los hospitales que participaron en el estudio. En el caso de la clínica privada, se aplicó una versión reducida de la encuesta a médicos debido a que muchas de las preguntas no eran aplicables al sector privado.

En el caso de los médicos, la muestra estuvo confirmada por 576 médicos, de los cuales 246 trabajan en EsSalud1, 186 en el MINSA-AG, 94 en el MINSA1 y 50 en la Clínica. En el caso de las enfermeras 462 fueron encuestadas en los tres hospitales del sector público. De estas 238 trabajan en el EsSalud1, 163 trabajan en el MINSA-AG y 61 trabajan en el MINSA1. Por último, en el caso de los pacientes, se entrevistó a 229 pacientes de consulta externa (97 del EsSalud1, 72 del MINSA-AG y 60 del MINSA1) y 95 pacientes de hospitalización (37 del EsSalud1, 32 del MINSA-AG y 26 del MINSA1).

El tamaño de las muestras para la aplicación de las encuestas fue calculado para obtener resultados con un margen de error de 4%, con un nivel de confianza de 95% y un *prior* de 0,5. En el caso de los pacientes, la muestra se calculó tomando en consideración los datos del número de pacientes que diariamente se atienden en los hospitales para el caso de consulta externa, y de pacientes hospitalizados, según el II Censo de Infraestructura del Sector Salud. En el caso de las encuestas a médicos y enfermeras, éstas se aplicaron tomando en consideración datos del mismo censo, y una relación aproximada sobre la proporción del personal nombrado y contratado. Los encuestados fueron escogidos aleatoriamente de la relación de médicos en los diversos servicios del hospital.

Adicionalmente se realizó entrevistas a funcionarios de alto nivel de los cuatro hospitales (directores, subdirectores, jefes de personal, jefes de enfermería, y jefes de farmacia), con la finalidad de obtener información cualitativa complementaria a la información obtenida de las encuestas.

4.2. Relación entre el esfuerzo realizado y el “técnicamente apropiado”

En el caso del análisis de los partos, se recogió información correspondiente a cada uno de los partos atendidos durante 1998 en tres de los cuatro hospitales participantes en el estudio. Se excluyó el MINSA1 por ser un hospital materno-infantil especializado que

atiende una gran cantidad de casos complejos, lo que podría sesgar los resultados, y por las dificultades encontradas en el acceso a los datos. Se obtuvo la información completa para los tres hospitales, excepto para los meses de noviembre y diciembre en el caso del MINSA-AG. Además, dado que los datos provenían de las historias médicas de las madres gestantes y de los recién nacidos, se excluyeron los casos en los cuales las historias se habían llenado en forma incorrecta o incompleta. Por ello, el número de observaciones difiere del número de partos atendidos durante 1998 en cada uno de los hospitales. La mayor parte de exclusiones se hicieron en el caso del MINSA-AG.

El análisis ha considerado la metodología propuesta por Tussing y Wojtowycz (1992 y 1993), quienes utilizan un modelo *probit*, donde la variable dependiente es el método de parto que toma valor 0 para un parto vaginal y 1 para cesárea, y las variables independientes representan diversas características de la madre, características médicas, y características del hospital. En este estudio, la idea básica es estimar la influencia de las variables institucionales en la probabilidad de que un parto sea por cesárea, controlando diversas variables médicas.

Así, las variables usadas se pueden dividir en tres grupos:

- Variables de control médico (edad de la madre, edad gestacional del feto, peso del feto, número de embarazos previos, etc.)
- Variables de características institucionales de los hospitales (condición contractual del médico que atendió el parto, régimen de propiedad del hospital donde se realizó el parto).
- Variable sobre la comodidad del médico (en este caso es la fecha del parto definido como 1 si el parto se realizó durante un fin de semana o feriado y 0 si no fue así).

5. LA CORRUPCIÓN EN LOS HOSPITALES DEL PERÚ

5.1. Algunas percepciones generales

El objetivo de esta sección es presentar brevemente los problemas más importantes encontrados en los cuatro hospitales incluidos en el estudio, identificando las diferencias entre los hospitales y sus respectivas diferencias institucionales. Si bien los cuatro hospitales no constituyen una muestra representativa del sector, se puede esperar que los problemas

identificados sí sean representativos de lo que ocurre en los hospitales de Lima Metropolitana.

La transparencia en la toma de decisiones está estrechamente relacionada con el grado de comunicación entre el personal administrativo directivo y el *staff* de la organización. Así, de manera independiente a la eficiencia y acierto de las decisiones de la dirección, si éstas no son discutidas o comunicadas al personal del hospital, se generará un contexto más favorable para la corrupción.

En el cuadro 4 se aprecia que los problemas de comunicación son frecuentes en los hospitales. Un alto porcentaje de los médicos y enfermeras encuestados²⁸ de los hospitales no sabe que existen instrumentos de gestión o está equivocado con respecto a su existencia. En el caso de la clínica, también se observaron problemas de comunicación y el porcentaje de los médicos que no conocía o estaba equivocado con respecto a los instrumentos de gestión (66%) fue mayor que en los hospitales públicos

²⁸Ante estas preguntas, los resultados obtenidos en la encuesta a médicos son muy similares a los obtenidos en la encuesta a enfermeras. Para simplificar la exposición en lo que sigue se hace referencia sólo a los médicos.

CUADRO 4
Conocimiento de los médicos sobre los instrumentos de gestión
 (¿Cuenta el hospital con los siguientes instrumentos de gestión?)

	<i>Información Formal(1)</i>	<i>Según los médicos</i>		
		<i>Sí (%)</i>	<i>No (%)</i>	<i>No sabe (%)</i>
<i>En MINSA1</i>				
Plan de desarrollo institucional	SÍ	60	17	23
Presupuesto de ingresos y de gastos	SÍ	70	5	25
Acuerdos de gastos	SÍ	34	13	53
Metas sobre a las actividades a cumplir	SÍ	57	13	30
Declaración escrita de la misión institucional	SÍ	48	20	32
Mecanismos de evaluación del personal	SÍ	52	25	23
<i>En MINSA-AG</i>				
Plan de desarrollo institucional	Sí	64	11	25
Acuerdos de gastos	Sí	44	6	50
Metas sobre a las actividades a cumplir	Sí	70	6	24
Declaración escrita de la misión institucional	No	38	10	52
Mecanismos de evaluación del personal	Sí	60	20	20
<i>En EsSalud1 (2)</i>				
Plan de desarrollo institucional	Sí	82	1	17
Presupuesto de ingresos y de gastos	Sí	86	3	11
Acuerdos de gastos	Sí	55	5	40
Metas sobre a las actividades a cumplir	Sí	82	4	14
Declaración escrita de la misión institucional	Sí	68	4	28
Mecanismos de evaluación del personal	No	78	9	13
<i>En la clínica</i>				
Plan de desarrollo institucional	Sí	40	26	34
Presupuesto de ingresos y de gastos	Sí	62	6	32
Acuerdos de gastos	Sí	36	12	52
Metas sobre a las actividades a cumplir	Sí	34	22	44
Declaración escrita de la misión institucional	Sí	18	20	62
Mecanismos de evaluación del personal	Sí	40	30	30

(1)Según personal administrativo directivo del hospital.

(2)En el hospital se está tratando de implementar un sistema de evaluación de desempeño del personal, pero no existe una disposición formal dictada desde la oficina central de EsSalud.

Fuente y elaboración: Encuesta a médicos en cuatro hospitales del Lima Metropolitana. Instituto APOYO.

Adicionalmente, se preguntó acerca de la falta de transparencia en la compra de insumos y materiales para el hospital y la falta de transparencia en la contratación de personal. Sobre el primer tema, a nivel del sector público en general, el 32% de los médicos encuestados consideró que la falta de transparencia en la compra de insumos era “habitual/muy habitual”. En el segundo caso, el 28% de los médicos encuestados manifestó que la falta de transparencia en los procesos de contratación era “habitual/muy habitual”.

En cuanto a los hospitales, sorprendió que tanto en el caso de la compra de insumos, como en el de la contratación de personal, un mayor número de médicos considerara la falta de transparencia como “habitual/muy habitual”. Este porcentaje es mayor en EsSalud1, seguido del MINSA-AG y por último en el MINSA1. Es decir, la relación se da en el sentido contrario que el grado de conocimiento de la existencia de los mecanismos de gestión mencionados anteriormente.

La percepción sobre las sanciones por incurrir en estas faltas, muestra una mayor severidad en el caso de EsSalud1, seguido de MINSA-AG y en tercer lugar del MINSA1. Como se ve en el cuadro 5, ante la pregunta: ¿Qué pasaría si se descubre que la compra de insumos se ha realizado de manera poco transparente?,²⁹ 33% de los médicos del EsSalud1 respondió que la sanción sería el “despido”, opción que fue mencionada por el 19% de los médicos del MINSA-AG y por el 10% de los médicos del MINSA1. Sin embargo, porcentajes similares en los tres hospitales respondieron que no sucedería “nada” (23, 19 y 23% en MINSA1, MINSA-AG y EsSalud1, respectivamente). Cabe resaltar que en ambos casos (“despido” y “nada”) las diferencias de las respuestas en los hospitales son estadísticamente significativas.

²⁹ Poco transparente se entiende en este contexto como “irregular” o “corrupto”, en particular debido a que dicho comportamiento está asociado a sanciones en la pregunta de la encuesta.

CUADRO 5
Percepción sobre las sanciones por corrupción en hospitales del sector público
 (en porcentajes)

<i>SANCIONES POR FALTA DE TRANSPARENCIA EN LA COMPRA DE INSUMOS</i>					
	<i>Despido</i>	<i>Multa</i>	<i>Amonestación</i>	<i>Ninguna</i>	<i>NS/NP</i>
Sector público	24	5	28	22	21
MINSA1	10	4	42	23	21
MINSA-AG	19	5	32	19	25
EsSalud1	33	5	21	23	18

<i>SANCIONES POR FALTA DE TRANSPARENCIA EN LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL</i>					
	<i>Despido</i>	<i>Multa</i>	<i>Amonestación</i>	<i>Ninguna</i>	<i>NS/NP</i>
Sector público	17	3	22	25	33
MINSA1	10	2	33	27	28
MINSA-AG	15	3	26	20	36
EsSalud1	22	3	13	27	35

Nota: Todas las diferencias entre hospitales son estadísticamente significativas, excepto en el caso de Multas y NS/NP.
 Fuente y elaboración: Encuesta a médicos en 4 hospitales de Lima Metropolitana. Instituto APOYO

En cuanto a la percepción sobre actividades corruptas en cada hospital, se encontró que estas prácticas son consideradas más frecuentes en hospitales del MINSA que en hospitales de EsSalud. Así, cuando se preguntó a los médicos si “tenían conocimiento sobre la existencia de actividades no permitidas por la ley o por los reglamentos de la institución en los que hayan incurrido trabajadores del hospital” el 48% de los médicos del MINSA1 respondió afirmativamente, mientras que en el MINSA-AG el porcentaje fue de 40 y en el EsSalud1 fue de 29%. Cabe resaltar que, a nivel del sector público, el 36% de los médicos encuestados respondió afirmativamente.

Sobre los tipos de corrupción específicos mencionados arriba, resalta el caso del “robo de insumos”, el cual fue percibido como “habitual” por el 14% de los médicos del sector público, y como “muy habitual” por el 7%. En cuanto a las diferencias entre hospitales se encuentra que en el MINSA1, el robo de insumos fue considerado “habitual “ por el 22% de los médicos y muy habitual por el 2% mientras que en el MINSA-AG, estos porcentajes fueron de 13 y 9% respectivamente y en el EsSalud1 de 11 y 7% respectivamente.

CUADRO 6

Percepción de las actividades corruptas en los hospitales del sector público
(en porcentajes)

<i>SUSTRACCIÓN DE INSUMOS O MATERIALES DE TRABAJO</i>					
	<i>Nada habitual</i>	<i>Poco Habitual</i>	<i>Habitual</i>	<i>Muy habitual</i>	<i>NS/NP</i>
Sector público	53	24	14	7	2
MINSA1	35	40	22	2	0
MINSA-AG	52	22	13	9	4
EsSalud1	60	20	11	7	2

<i>COBROS INDEBIDOS A PACIENTES PARA ATENDERLOS MÁS RÁPIDO O DE MEJOR MANERA</i>					
	<i>Nada habitual</i>	<i>Poco Habitual</i>	<i>Habitual</i>	<i>Muy habitual</i>	<i>NS/NP</i>
Sector público	71	17	6	3	3
MINSA1	77	18	5	0	0
MINSA-AG	62	19	10	3	6
EsSalud1	76	14	4	4	2

Nota: Las diferencias entre hospitales son estadísticamente significativas, excepto las siguientes: para sustracción de insumos, las diferencias entre el MINSA1 y el MINSA-AG en las categorías *poco habitual* y *habitual* y la diferencia entre el MINSA-AG y el EsSalud1 en la categoría *muy habitual*. Para el caso de cobros indebidos a pacientes, las diferencias entre MINSA-AG y EsSalud1 en las categorías *poco habitual* y *habitual*, entre MINSA1 y MINSA-AG en la categoría *muy habitual*, y entre MINSA1 y EsSalud1, también en la categoría *muy habitual*.

Fuente y elaboración: Encuesta a médicos en 4 hospitales de Lima Metropolitana. Instituto APOYO.

Como se puede apreciar en el cuadro 6, el cobro indebido a pacientes para atenderlos más rápido o de mejor manera, según la información obtenida de la encuesta a médicos, no parece ser una práctica muy común. A nivel del sector público, sólo el 6% de los médicos considera el cobro indebido como una falta “habitual” y el 3% la considera “muy habitual”. Sin embargo, cuando se analizan las respuestas de los pacientes de consulta externa a la pregunta “¿Para lograr la atención le solicitaron que pague una coima?”, 23% de los pacientes del sector público respondió afirmativamente. Entre hospitales, el porcentaje más alto de respuestas alternativas la obtuvo el MINSA1 (38%), seguido del MINSA-AG (19%) y en último lugar el EsSalud1 (16%). Cabe resaltar, además, que entre aquellos a quienes se les solicitó un pago indebido, 74% accedió a pagarla.

CUADRO 7
Cobros indebidos en los hospitales públicos según la encuesta pacientes
 (en porcentajes y absolutos)

<i>Pregunta</i>	<i>Sí (%)</i>	<i>Sí absolutos</i>	<i>No (%)</i>	<i>No absolutos</i>
¿Le solicitaron un pago indebido para lograr la atención?	23	53	77	176
¿Efectuó dicho pago para lograr la atención (sólo aquellos que respondieron afirmativamente a la pregunta anterior).	74	39	25	14

Nota: La diferencia entre el porcentaje de pacientes que respondió afirmativamente y el que respondió negativamente es estadísticamente significativa en ambas preguntas.

Fuente y elaboración: Encuesta a pacientes en tres hospitales públicos de Lima Metropolitana. Instituto APOYO.

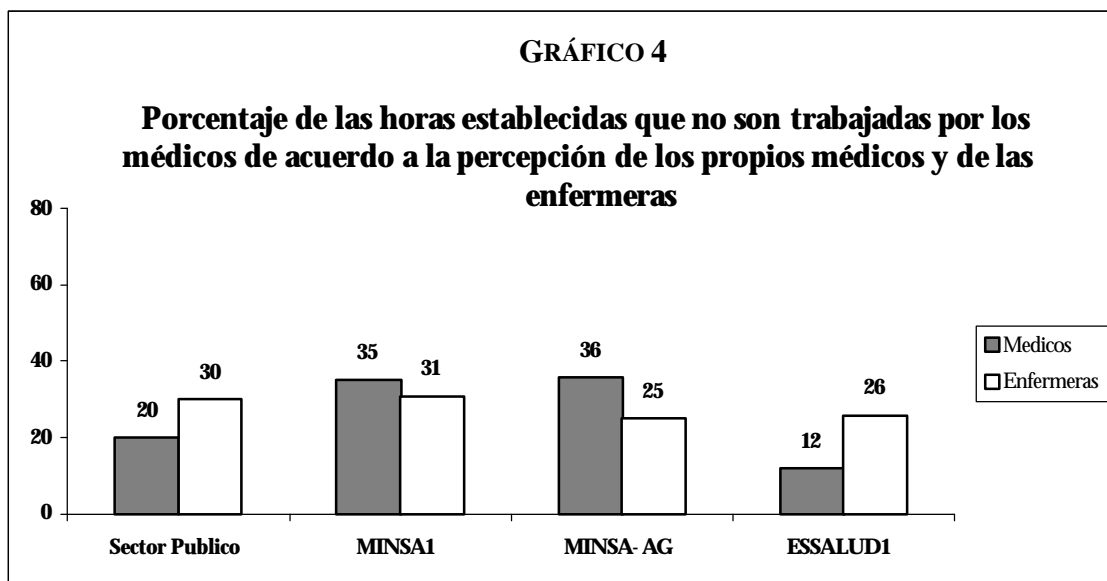
5.2. El absentismo: Características y percepciones

Según los especialistas y los trabajadores del sector, el problema del absentismo está generalizado en los hospitales del sector público peruano. Por ejemplo, el subdirector del MINSA-AG mencionó: "... en todos los hospitales debe haber este problema, porque los médicos tienen otros trabajos porque los sueldos son muy bajos".

Los resultados de las encuestas a médicos y enfermeras corroboraron esta apreciación. Entre los médicos, el 12% respondió que el uso de las horas de trabajo para actividades personales o ausentarse era "muy habitual", mientras que el 22% mencionó que era "habitual". En el caso de las enfermeras, 13% mencionó que el absentismo era un problema "muy habitual", y el 19% dijo que era "habitual".

En cuanto a las diferencias entre hospitales, se encontró que en el MINSA1, el porcentaje de médicos que considera el problema como "muy habitual" es de 18% mientras que en el MINSA-AG es de 12% y en el EsSalud1 es de 10%. Asimismo, aquellos médicos que perciben el problema como "habitual" también son más en el MINSA1 (35%) que en MINSA-AG (26%) y en EsSalud1 (13%). Por el contrario, sólo cuatro de los 50 médicos entrevistados en la clínica privada mencionó que el problema del absentismo era algo habitual.³⁰

³⁰ Dado que la magnitud del absentismo es muy baja en el caso de la clínica privada, se excluye a la clínica en el análisis posterior para simplificar la presentación de resultados.



NOTA: Todas las diferencias son estadísticamente significativas excepto las diferencias entre el MINSA1 y el MINSA-AG y entre el MINSA1 y el ESSALUD1, ambas para el caso de las enfermeras.

Fuente y elaboración: Encuesta a médicos y enfermeras en cuatro hospitales del sector público. Instituto APOYO.

Para analizar la magnitud del absentismo del personal médico, se presentó a los encuestados rangos sobre el porcentaje de horas establecidas que realmente son trabajadas por los médicos. Aunque estos rangos son muy amplios, permiten tener una idea aproximada del porcentaje de horas que se pierden por absentismo. Así, a partir de las respuestas se han obtenido estimados del porcentaje de horas establecidas según contrato que no son trabajadas (ver gráfico 4).

En el MINSA1, los médicos trabajan 69% de las horas programadas según su propia percepción, por lo que se ausentan 31% del tiempo reglamentario. Según las enfermeras, los médicos se ausentan 35% de las horas. En el caso del MINSA-AG, según los médicos, éstos se ausentan 25% del tiempo, mientras que según las enfermeras lo hacen 36% del tiempo. En el caso del EsSalud1, los médicos perciben que trabajan 88% del tiempo establecido, por lo que se ausentan 12% del tiempo, mientras que según las enfermeras, los médicos se ausentan 26% del tiempo. Así, el absentismo es más grave en el MINSA1 seguido del MINSA-AG y en último lugar por EsSalud1, tanto de acuerdo a los médicos como a las enfermeras.

Por otro lado, según los propios médicos, en todos los hospitales de la muestra los médicos nombrados son quienes más se ausentan. Esto sucede no sólo con respecto a los médicos contratados, sino también con respecto al resto del personal médico y no médico que fue incluido en la pregunta. Del total de los médicos encuestados, 35% calificó como

“frecuente/muy frecuente” que los médicos nombrados se ausenten. A diferencia de esto, el porcentaje que calificó como “frecuente/muy frecuente” el absentismo de los médicos contratados es de sólo 6%. Así, la percepción de los propios médicos concuerda con la hipótesis. La percepción de las enfermeras es similar.

5.2.1. Incentivos compatibles: Médicos contratados *versus* médicos nombrados

El análisis de los resultados en términos de la ecuación de incentivos compatibles presentada previamente, se basa principalmente en dos variables: los ingresos por corrupción (**c**) y el castigo efectivo (**F**), las cuales determinan un ingreso esperado por cometer un acto corrupto mayor en el caso de médicos nombrados que en el caso de médicos contratados.

Con respecto a los ingresos por corrupción —interpretados como el costo de oportunidad de permanecer en el hospital—, se arguye que éstos son mayores en el caso de los médicos nombrados. La razón de ello es que, por ser médicos de mayor antigüedad y experiencia, tienen mayor probabilidad de tener clientela fuera del hospital, tener un consultorio particular o trabajar en una clínica. Cabe resaltar que mientras que el 73% de los médicos nombrados declararon tener un trabajo adicional aparte del hospital, en el caso de los médicos contratados este porcentaje sólo fue de 37%.

Para evaluar el costo de oportunidad de los médicos nombrados y contratados de permanecer en el hospital, se determinó la edad promedio de los médicos de cada grupo, la cual es un importante determinante de los salarios médicos.³¹ Como se puede apreciar en el cuadro 8, los médicos nombrados son de mayor edad que los médicos contratados.

CUADRO 8
Médicos contratados y nombrados según grupos de edad
(en porcentajes)

<i>Grupo de edad</i>	<i>Contratado (%)</i>	<i>Nombrado (%)</i>
18 – 24	1	0
25 – 39	79	26
40 – 54	18	64
Más de 55	2	10

Nota: Las diferencias entre el número de médicos contratados y nombrados son estadísticamente significativas, excepto para el grupo de edad entre 18 y 24 años.
Fuente y elaboración: Instituto APOYO.

³¹ La variable “universidad de procedencia” fue incluida en una primera etapa en dicho perfil. Sin embargo no se encontraron diferencias significativas para caracterizar a los médicos nombrados y contratados.

En el cuadro 9 se presenta a los médicos de los sectores público y privado, según el sueldo que perciben de acuerdo a los grupos de edad definidos anteriormente.³² Se puede observar que, en general, los sueldos son mejores en el sector privado que en el público. Además, se puede concluir que en general es más alta la probabilidad de que esto suceda para los médicos nombrados que para los médicos contratados: casi el 60% de los médicos pertenecientes al grupo de edad de 40 a 54 años ganan más en el sector privado, mientras que en el caso del grupo de edad de 25 a 39 años, el porcentaje es de 50%.³³

CUADRO 9
Médicos en el sector privado y en el sector público según sueldos mensuales y grupos de edad (en porcentajes)

Grupo de edad	Menos de S/.1 400		Entre S/.1 400 y S/.2 800		Entre S/.2 800 y S/.3 500		Más de S/.3 500	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
18 – 24	50	0	50	0	0	0	0	0
25 – 39	21	36	77	14	1	21	1	29
40 – 54	17	14	78	28	4	17	0	41
Más de 55	10	14	61	29	26	29	3	29

Nota: Todas las diferencias entre grupos salariales por grupos de edad son estadísticamente significativas.

Fuente y elaboración: Instituto APOYO

En cuanto a la pena efectiva (**F**), pareciera no haber diferencias significativas en cuanto a la percepción de los médicos sobre qué pena corresponde si se prueba que alguien ha incurrido en absentismo. En el cuadro 10 se muestra cuál es la sanción que, según la percepción de los médicos, recibiría quien incurriera en dicha falta. Como se puede apreciar, en el sector público las diferencias son mínimas. En ambos casos, un mayor porcentaje mencionó la “amonestación” como el tipo de sanción más común (69% en el caso de los médicos contratados y 63% en el caso de médicos nombrados), mientras que 14% de los médicos nombrados y el 9% de los contratados mencionaron la “multa”.

³² Los datos se basan en información recogida por la encuesta en los cuatro hospitales seleccionados y no pueden generalizarse para el área de Lima Metropolitana.

³³ Se podría también argüir que los médicos contratados (por ser más jóvenes) al recibir menores sueldos que los nombrados tienen menos que perder si son sancionados. Sin embargo, cuando son jóvenes su costo de oportunidad de permanecer en el hospital es bajo (es decir no tienen mayores oportunidades de trabajo fuera del hospital), y las ventajas mayores dado que permanecer el hospital les permite adquirir experiencia y, a eventualmente, obtener mayores sueldos.

Sin embargo, cuando se preguntó por las principales causas del problema de absentismo entre el personal médico, se reveló que aunque los “bajos salarios” es la principal (62% de los médicos contratados y 56% de los nombrados la mencionaron), la segunda causa en importancia es la “ausencia de control”, y ésta es más importante para los médicos nombrados que para los médicos contratados (20% en el primer caso y 14% en el segundo). El porcentaje restante en cada grupo mencionó la ausencia de sanción, costumbre, entre otras. Así, los médicos nombrados percibirían menos control que los contratados, por lo que **F** sería más alto para los médicos contratados que para los médicos nombrados.

CUADRO 10
Percepción de los médicos del sector público sobre el tipo de sanción ante el absentismo
(en porcentajes)

<i>Sanción esperada</i>	<i>Contratados</i>	<i>Nombrados</i>
Multa	9	14
Amonestación	69	63
Despido	4	4
Nada	14	14
No sabe / No precisa	4	5

NOTA: Las diferencias entre médicos contratados y nombrados no son estadísticamente significativas, excepto para el caso de amonestación. Fuente: y elaboración: Instituto APOYO.

5.3. El esfuerzo médico realizado y el “técnicamente apropiado”: Cesáreas versus partos naturales

5.3.1. Primeras aproximaciones

Como se mencionó en la sección teórica, el análisis de las hipótesis 2 y 3 se basa en el estudio de la relación entre partos por cesáreas y partos totales. En lo que respecta a los hospitales participantes en el estudio, durante 1998, más partos mensuales fueron atendidos en EsSalud1, seguido del MINSA1, del MINSA-AG y en último lugar de la clínica (ver cuadro 11). Ello responde probablemente a que EsSalud1 debe atender a la población asegurada de varios distritos y tiene una gran capacidad. En el caso del MINSA1 y el MINSA-AG, aunque este segundo hospital es significativamente más grande, el MINSA1 es un hospital especializado materno-infantil.

Las encuestas muestran que MINSA1 y MINSA-AG atienden a una población perteneciente a un NSE inferior al de la población atendida en el EsSalud1, el cual, a su vez, es menor al NSE de los pacientes de la clínica.³⁴ Dado que es menos probable que una madre de un nivel socioeconómico bajo reciba una atención adecuada durante la gestación, se podría esperar que un porcentaje mayor de ellas requiera cesáreas en los hospitales del MINSA. En el EsSalud1, por el contrario, dado que las madres gestantes son aseguradas, tienen más posibilidades de recibir un adecuado control prenatal. Esta tendencia se acentúa para el caso de la clínica. Sin embargo, como se observa en el gráfico 5 y en el cuadro 11, la razón entre cesáreas y partos presenta los resultados opuestos.

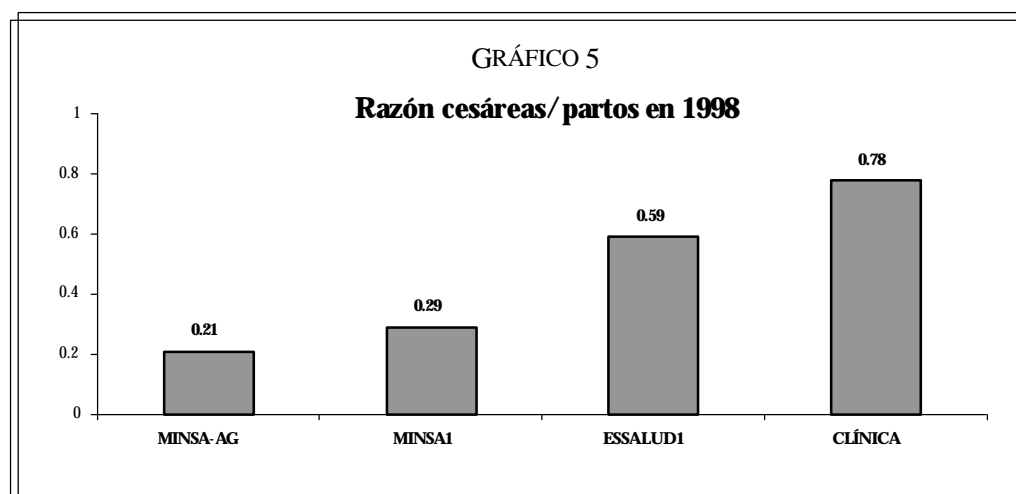
³⁴ Como resultado de la encuesta a pacientes llevada a cabo en los hospitales públicos se pudo definir la condición socioeconómica de los usuarios de dichos hospitales. En el MINSA1, 69% de los pacientes pertenece al nivel socioeconómico (NSE) C, 18% al NSE B, 12% al NSE D (el más bajo) y sólo 1% al NSE A (el más alto). En el MINSA-AG, 44% pertenece al NSE C, 29% pertenece al NSE B, 26% al NSE D y sólo 1% al NSE A. En el EsSalud1, 49% pertenece al NSE B, 28% al NSE C, 18% al NSE A y sólo 5% al NSE D. Estos resultados son representativos para cada hospital.

CUADRO 11
Partos atendidos en los hospitales participantes en el estudio según tipo en 1998
 (en porcentajes y absolutos)

	<i>Ene.</i>	<i>Feb.</i>	<i>Mar.</i>	<i>Abr.</i>	<i>May.</i>	<i>Jun.</i>	<i>Jul.</i>	<i>Ago.</i>	<i>Set.</i>	<i>Oct.</i>	<i>Nov.</i>	<i>Dic.</i>
MINSA1												
Total de Partos	498	465	488	475	490	519	556	565	599	530	514	566
% naturales	74	78	71	73	75	73	73	72	67	67	60	66
% cesáreas	26	22	29	27	25	27	27	28	33	33	40	34
MINSA-AG												
Total de Partos	401	374	382	347	378	341	393	389	373	269	-	-
% naturales	78	84	79	78	78	80	80	71	74	87	-	-
% cesáreas	22	16	21	22	22	20	20	29	26	23	-	-
EsSalud1												
Total de Partos	652	631	715	714	734	701	727	708	729	676	576	696
% naturales	53	54	50	57	56	50	53	52	55	51	46	49
% cesáreas	47	46	50	43	44	50	47	48	45	49	54	51
Clínica												
Total de Partos	27	16	26	16	22	23	29	22	18	12	13	18
% naturales	37	19	19	19	26	26	28	9	28	17	8	22
% cesáreas	63	81	81	81	74	74	72	91	72	83	92	78

Fuente: En el caso de los hospitales del sector público: Oficina de Estadística e Informática. En el caso de la clínica: Oficina de Obstetricia y Ginecología.

Elaboración: Instituto APOYO.



NOTA: Todas las diferencias son estadísticamente significativas.

Fuente: *Oficina de Estadística de los hospitales públicos. Oficina de ginecología y obstetricia en*

Elaboración: Instituto APOYO

Ello se explicaría, como se planteó en las hipótesis 2 y 3, porque factores adicionales relacionados al beneficio del médico tienen un papel determinante en la decisión respecto al tipo de parto. En particular, en el caso de la clínica, donde los pacientes pagan por el servicio directamente o a través de un seguro privado, la variable determinante sería los ingresos monetarios del médico (o clínica). En el caso de EsSalud1, la hipótesis planteaba que la variable determinante estaría asociada a la mayor comodidad de los médicos, dado que en este hospital los médicos tienen la posibilidad de programar las atenciones.³⁵ Encontramos alguna evidencia para este segundo punto si analizamos el cuadro 12, en el cual figura la razón cesáreas/partos para cada uno de los hospitales para tres periodos del año. Estos periodos han sido divididos entre días feriados y los tres días previos a dichos feriados. Se encuentra que mientras en el MINSAl, una de las razones de los tres días previos es incluso menor que en los feriados que siguen, al igual que en el MINSA-AG, en el caso del EsSalud1 en los tres casos hay una tendencia a realizar mayores cesáreas en los tres días previos a los feriados. Esto señalaría una acumulación de partos en los días previos a los feriados con el objetivo de tener menos trabajo durante estos últimos.

³⁵ El director del Departamento de Ginecología y Obstetricia de EsSalud1 mencionó en una entrevista que la tasa de cesáreas en dicho hospital es alta porque los hospitales más pequeños de EsSalud derivan aquellas gestantes cuyo embarazo es complicado y presentan patologías más complejas a su hospital.

CUADRO 12
Razón cesáreas/partos en hospitales públicos antes y durante feriados, 1998

	<i>Días previos</i>	<i>Feridos 1</i>	<i>Días previos</i>	<i>Feridos 2</i>	<i>Días previos</i>	<i>Feridos 3</i>
MINSA1	0,14	0,26	0,29	0,22	0,38	0,31
MINSA-AG	0,32	0,26	0,14	0,22	n.d	n.d
EsSalud1	0,49	0,34	0,55	0,46	0,49	0,46

Nota: Feriado 1 corresponde a los días 9, 10, 11 y 12 de abril, feriados 2 corresponde a los días 26, 27, 28 y 29 de julio, y feriados 3 corresponde a los días 24, 25, 26 y 27 de diciembre. Los ratios de los días previos corresponden a los tres días previos a los feriados. Todas las diferencias son significativas excepto para el último periodo en el caso de EsSalud1

Fuente: Oficina de Estadística de MINSA1 y MINSA-AG, y Departamento de Obstetricia y Ginecología del EsSalud1.

Elaboración: Instituto APOYO.

5.3.2. Resultados econométricos

Las primeras aproximaciones estadísticas al problema de partos parecen confirmar las hipótesis 2 y 3. Sin embargo, el análisis anterior no controla por posibles variables explicativas, en particular, variables médicas y variables sobre las características de las madres y bebés. Por ello, se buscó información adicional para realizar un análisis empírico más complejo y completo. Los resultados econométricos que se presentan a continuación, además de corroborar los resultados anteriores, también muestran que variables institucionales tales como la condición contractual del médico en el caso de los hospitales públicos, influyen en la decisión de atender un parto por vía natural o por cesárea.

El análisis se basó en la metodología usada por Tussing y Wojtowycz (1992 y 1993), quienes analizan la probabilidad de que un parto sea por cesárea utilizando tres grupos de variables: (i) variables médicas (ii) variables sobre las condiciones socioeconómicas de la madre, y (iii) información sobre el hospital. En este estudio, la incorporación de variables médicas y de características socioeconómicas de las madres estuvo limitada por el acceso a dicha información. Los datos fueron recogidos de las historias médicas de las madres gestantes y de los recién nacidos en tres de los cuatro hospitales participantes en el estudio, y estas historias no incluyen variables asociadas a la condición socioeconómica de la madre. Sin embargo, se logró obtener importante información para la incorporación de variables de control médico. Adicionalmente a las variables de control, las siguientes variables fueron incorporadas con el objetivo de probar las hipótesis de estudio:

- a) Régimen de propiedad del hospital (para capturar el efecto de los distintos regímenes de pago de cada hospital, hipótesis 2)

- b) Fecha de parto definida como una variable dicotómica en donde 1 es si el parto fue durante fin de semana y 0 cuando fue entre semana (para capturar efecto de programación del parto asociado a la hipótesis 3).
- c) Condición contractual del médico a cargo del parto: nombrado o contratado (para contrastar la hipótesis 4)

Como ya se expuso en la parte teórica, el acto corrupto sería realizar una cesárea cuando no es estrictamente necesario, en beneficio del médico o del centro de salud. Así, se trata de estimar el impacto de otras variables, además de las médicas, sobre la probabilidad de que un parto se realice por cesárea. Para esto se define la siguiente ecuación, que será estimada a través de un modelo *probit*:

$$\Pr(\mathbf{y}^* = \mathbf{1}) = X_i\mathbf{B} + e_i$$

donde X_i incorpora variables de control médico y de características de los hospitales y médicos que atendieron el parto.

Se realizaron estimaciones usando cuatro especificaciones distintas. Por un lado se estimó un modelo para cada centro de salud (MINSA-AG, EsSalud1 y clínica) en donde se muestra el efecto de la condición contractual del médico (en las dos primeras especificaciones), y el efecto del día en que se realiza el parto —si es fin de semana/feriado o día laborable— (para las tres especificaciones). Por otro lado, se realizó la estimación de un modelo general, incluyendo los tres hospitales, para analizar la influencia del régimen de propiedad en la probabilidad de que un parto sea por cesárea. En esta última regresión no fue posible incluir la condición contractual del médico que atendió el parto, dado que en el sector privado no se utiliza el régimen de médicos nombrados y contratados.³⁶ En el cuadro 13 se presentan los efectos marginales de cada variable en la variable dependiente (tipo de parto) para cada modelo estimado.

En el modelo general, incluyendo los tres hospitales, las variables de control presentan los signos esperados y son significativas (ver cuadro 13). Para el caso de la edad gestacional del feto y su potencia al cuadrado, se realizó una prueba a través de la *ratio* de verosimilitud (*likelihood ratio test*) para verificar su significancia conjunta.³⁷ En este caso se encontró que

³⁶ Tampoco fue posible recoger en la clínica la edad de la gestante, la edad de la gestante elevada al cuadrado y el número de embarazos previos.

³⁷ El valor del test fue 67,011, lo que permite rechazar la hipótesis nula de que los coeficientes de ambas variables son iguales a cero con 99.5% de confianza.

la edad gestacional y su potencia al cuadrado sí influyen en la probabilidad de que un parto se realice por cesárea. Según los signos resultantes en estas variables se puede decir que la edad gestacional tiene un efecto inicial positivo en la probabilidad de que un parto se realice por cesárea (de 0,23) que decrece marginalmente conforme aumenta el desarrollo del feto (cuadro 13).

Las mujeres con embarazo múltiple tienen también mayor probabilidad de ser sometidas a una cesárea, y la buena salud del bebé al nacer reduce la probabilidad de que un parto sea por cesárea. Con respecto al peso, su efecto sobre la probabilidad de que un parto sea por cesárea es ambiguo. Tanto el exceso de peso como la falta de peso bebé pueden generar complicaciones en un parto natural, y requerir una cesárea. Este doble efecto podría verse en el signo de los efectos marginales de la variable peso y su potencia al cuadrado. En este caso, la prueba de significancia conjunta para ambas variables, permite rechazar que sus coeficientes sean iguales a cero.³⁸

En este modelo general, la variable asociada a las características de los centros de salud es el régimen de propiedad. El régimen de propiedad es recogido a través de tres variables, cada una de las cuales toma valor 1 conforme el hospital pertenece al MINSA, EsSalud o al sector privado, y 0 en otro caso. En el cuadro 13 se muestra que tanto que el hospital pertenezca a EsSalud, como que pertenezca al sector privado, genera un efecto marginal positivo sobre la probabilidad de que un parto se realice vía cesárea con relación al MINSA. Sin embargo, el efecto marginal de la variable que recoge el régimen de propiedad privado es mayor que el de la variable de EsSalud (ver cuadro 13). Así, mientras que la clínica tiene un efecto marginal sobre la probabilidad de que un parto sea realizado por cesárea de 0,54, en el caso de que el parto se realice en EsSalud, el efecto es menor, llegando a 0,29. El efecto tan alto del régimen de propiedad privado sustenta la hipótesis 2.

Con respecto al día de atención del parto (1 si fue en fin de semana o feriado y 0 si fue en día laborable), debería esperarse que, por su efecto sobre la comodidad del médico, haya más cesáreas en días laborables. Esto sucede por la posibilidad de programar partos en esos días para evitar mucha carga laboral el fin de semana. Como se puede ver en el cuadro 13, el efecto de que el parto sea en fin de semana o feriado es negativo, lo que indica una acumulación de cesáreas en los días previos (el efecto marginal de esta variable es de -0,04).

³⁸ El valor de la ratio de verosimilitud en este caso fue de 110,886, lo que permite rechazar la hipótesis nula de que los coeficientes de ambas variables sean iguales a cero.

Al analizar al MINSA-AG por separado sólo algunas de las variables de control médico resultaron significativas (el número de embarazos previos, el perímetro cefálico y su potencia al cuadrado, y la edad de la madre y su potencia al cuadrado)³⁹ En el caso del número de embarazos previos, aunque existe una relación negativa entre el número de embarazos previos y la probabilidad de que el parto sea por cesárea, según especialistas médicos, esto es cierto sólo si los partos previos fueron por vía natural. Si esto sucede, algunas mujeres desarrollan características fisiológicas que favorecen el trabajo durante el parto natural.

Con respecto al perímetro cefálico y su potencia al cuadrado, los signos inversos que presentan sus efectos marginales, se pueden explicar de la misma manera que la edad gestacional. Inicialmente el perímetro cefálico tiene un efecto positivo sobre la probabilidad de que un parto se realice por cesárea, el cual decrece marginalmente conforme el perímetro aumenta. Esto pues, salvo casos extremos (de hidrocefalia, por ejemplo), un perímetro cefálico muy pequeño puede estar asociado a un bebe muy pequeño y/o prematuro, mientras que conforme el feto se desarrolla el perímetro cefálico alcanza dimensiones normales.

Con respecto a la edad de la madre y su potencia al cuadrado, según los resultados de la prueba de significancia, estas variables tienen un efecto conjunto positivo sobre la probabilidad de que un parto se realice por cesárea (ver cuadro 13).

³⁹ En el modelo MINSA-AG, al aplicar el test de verosimilitud para las variables con especificaciones al cuadrado, se encontró que la edad de la madre y su potencia al cuadrado tienen una significancia conjunta con un 99% de confianza (el valor del test fue de 10,078). Lo mismo sucede con el perímetro cefálico y su potencia al cuadrado con un nivel de confianza de 95% (el valor del test fue 7,724). Para el resto de variables con especificaciones cuadráticas se puede rechazar la hipótesis nula de que sus coeficientes sean iguales a cero.

CUADRO 13
Modelo probit para estimar la probabilidad de que un parto sea por cesárea: Efectos marginales
 Tipo de parto (cesárea = 1)

	<i>Modelo General</i>	<i>Modelo MINSA-AG</i>	<i>Modelo EsSalud1</i>	<i>Modelo privado</i>
Médicas				
Edad de la madre	-	0,012 (1,55) ^(a)	-1x10 ⁻⁴ (-0,01)	-
Edad de la madre 2	-	-7x10 ⁻⁵ (-0,57)	2x10 ⁻⁴ (1,64) ^(b)	-
Número de embarazos previos	-	-0,074 (-1,53) ^(a)	-0,027 (-7,06) ^(c)	-
Edad gestacional	0,231 (8,41) ^(c)	-0,032 (-0,42)	0,129 (5,74) ^(c)	-1,306 (-0,92)
Edad gestacional 2	-0,003 (-8,93) ^(c)	2x10 ⁻⁴ (0,18)	-0,002 (-6,20) ^(c)	0,016 (0,91)
Si el embarazo fue múltiple	0,216 (4,49) ^(c)	0,09 (0,77)	0,204 (4,22) ^(c)	-
Condición del bebe al nacer	-0,335 (-6,89) ^(c)	-	-0,384 (-8,11) ^(c)	-
Peso del bebe al nacer	-0,638 (-10,20) ^(c)	-0,193 (-1,16)	-0,673 (-9,36) ^(c)	-0,764 (-0,90)
Peso del bebe al nacer 2	0,098 (10,01) ^(c)	0,028 (1,08)	0,101 (8,99) ^(c)	0,081 (0,65)
Perímetro cefálico	-	0,160 (2,75) ^(c)	-	0,360 (0,44)
Perímetro cefálico 2	-	-2x 10 ⁻³ (-2,64) ^(c)	-	-0,004 (-0,31)
Variables institucionales				
Condición contractual del médico	-	0,846 (32,94) ^(c)	0,040 (2,45) ^(b)	-
Hospital del MINSA	-	-	-	-
Hospital de EsSalud	0,297 (6,39) ^(c)	-	-	-
Clínica del sector privado	0,548 (12,36) ^(c)	-	-	-
Comodidad del médico				
Si el parto fue en fin de semana o feriado	-0,05 (-4,38) ^(c)	-0,041 (-1,26) ^(a)	-0,055 (-4,40) ^(c)	-0,037 (-0,59)
<i>Chi-Cuadrado</i>	<i>578,42^(c)</i>	<i>1719,46^(c)</i>	<i>526,07^(c)</i>	<i>17,00</i>
<i>R² Ajustado</i>	<i>0,039</i>	<i>0,642</i>	<i>0,045</i>	<i>0,067</i>
<i>Número de observaciones</i>	<i>10656</i>	<i>2009</i>	<i>8399</i>	<i>240</i>

Nota: ^(a)Estadísticamente significativo al 90% del nivel confianza. ^(b)Estadísticamente significativo al 95% del nivel de confianza.

^(c)Estadísticamente significativo al 99% del nivel de confianza.

Fuente: En el caso de los hospitales del sector público, la Oficina de Estadística e Informática. En el caso de la Clínica, la Oficina de Obstetricia y Ginecología.

Con respecto a las características del médico que atiende el parto, según los resultados del modelo, cuando un parto es atendido por un médico nombrado (condición contractual igual a 1) es más probable que se realice por cesárea, que cuando es atendido por un médico contratado. Esto confirmaría la hipótesis 4. Asimismo el coeficiente de la variable que muestra la fecha en la que se realizó el parto tiene el signo correcto y es estadísticamente significativo.

En el caso de la especificación para EsSalud1, una mayor parte de las variables de control médico son estadísticamente significativas y cumplen con los mismos signos del modelo general. Asimismo, las pruebas de significancia conjunta para las variables con especificaciones cuadráticas muestran que todos los pares tienen significancia conjunta sobre la probabilidad de que un parto se realice vía cesárea.⁴⁰

Tal como sucedió en el modelo MINSA-AG, en este caso la condición contractual del médico tiene un efecto positivo sobre la probabilidad de que un parto se realice por cesárea, y la fecha del parto (definido como 1 si el parto se realizó en fin de semana) tiene un efecto negativo.

En el cuadro 13, sin embargo, se muestra que el efecto marginal de la condición contractual del médico es mucho mayor en la especificación MINSA-AG que en la EsSalud1 (0,84 *versus* 0,04). Asimismo, el efecto marginal de la fecha del parto es mayor en el caso de EsSalud1 que en el caso del MINSA-AG (-0,055 *versus* -0,04). El efecto de la condición contractual del médico confirma la hipótesis 4, mientras que el efecto de la fecha del parto, y específicamente, que éste sea mayor en EsSalud1, confirma la hipótesis 3. Así, si el parto es atendido por un médico nombrado, se incrementa la probabilidad de que el parto se realice por cesárea, al igual que si es en un día laborable (es decir se programan los partos en días laborables para tener menor carga laboral el fin de semana). El primer efecto es más marcado en el MINSA-AG, en donde no existe posibilidad de programar los partos, mientras que el segundo efecto es más fuerte en EsSalud1 en donde sí existe dicha posibilidad.

⁴⁰ En este caso la ratio de verosimilitud tomó valores de 181,524 para la edad de la madre y su potencia, 48,625 para la edad gestacional y su potencia y de 95,39 para el peso y su potencia. Estos valores permiten rechazar la hipótesis nula con un nivel de confianza de 99,5%.

En el cuadro 14 se presentan los resultados de dos especificaciones adicionales, una para el MINSA-AG, y la otra para EsSalud1.⁴¹ La diferencia con respecto a las anteriores es que en estos modelos se han combinado las variables fecha de parto y condición contractual, creando cuatro variables que reemplazan a estas dos. Una primera variable toma valor 1 cuando el parto se realizó en un fin de semana y además fue atendido por un médico nombrado, y toma valores 0 para el resto de casos. La segunda variable toma valor 1 cuando el parto se realizó en días laborables y fue atendido por un médico nombrado, y toma valores 0 en el resto de casos. La tercera variable toma valor 1 cuando el parto se realizó en un día laborable y fue atendido por un médico contratado, toma valores 0 en el resto de casos. Por último, la cuarta variable toma valor 1 cuando el parto fue realizado en un fin de semana y fue atendido por un médico contratado y toma valores 0 en el resto de casos. La intención de estos nuevos cálculos fue confirmar la diferencia en los pesos relativos de las variables “condición contractual de los médicos” y “fecha del parto”, en la probabilidad de que un parto se realice por cesárea, según el hospital público donde se realiza.

Los resultados muestran que en el MINSA-AG la condición contractual del médico tiene más peso en la probabilidad de que un parto sea por cesárea. Así, los partos atendidos por médicos nombrados, al margen de si el parto fue en fin de semana o no, tienen más probabilidad de darse por cesárea. Dentro de éstos, si el parto fue en día laborable es aún más probable que se realice por cesárea. Así, los efectos marginales son: 0,857 para un parto en día laborable atendido por un médico nombrado, 0,770 para un parto en fin de semana atendido para un médico nombrado y -0,041 para un parto en día laborable atendido por un médico contratado (cuadro 14).

Al contrario, en la especificación EsSalud1, más peso tiene la fecha de parto, pues si un parto es atendido en días laborables tiene más probabilidad de ser atendido por cesárea, al margen de la condición contractual del médico a cargo del parto. Ahora bien, si además, el médico es nombrado la probabilidad es mayor. Así si tiene un efecto marginal de 0,101 si el parto fue en día laborable y atendido por un médico nombrado, seguido de 0,064 si el parto fue en día laborable atendido por un médico contratado y de 0,048 si el parto fue en fin de

⁴¹ Para estos modelos también se realizaron pruebas de significancia conjunta para aquellas variables con especificaciones cuadráticas. Los resultados son parecidos a los modelos anteriores. En el caso del MINSA-AG se puede rechazar la hipótesis nula para la edad de la madre (10,433) y el perímetro cefálico (7,465). No se puede rechazar la hipótesis en el caso de la edad gestacional (4,618) y en el caso del peso (1,492). En el caso de la especificación EsSalud1, se rechaza la hipótesis nula para todas las variables. Los valores son 174,91 para la edad de la madre, 82,87 para la edad gestacional y 91,10 para el peso.

semana atendido por un médico nombrado. Como ya se mencionó anteriormente, esto está de acuerdo con las hipótesis 3 y 4 descritas en la parte teórica.

Cabe resaltar que en el caso de la especificación para el modelo privado, como se puede apreciar en el cuadro 13, ninguna de las variables resulta estadísticamente significativa, así como tampoco el indicador chi-cuadrado. Esto parecería indicar que, en la clínica, otras variables —además de las médicas y de las explicativas que ha sido posible confrontar en estos modelos— estarían influyendo en la probabilidad de que un parto se realice por cesárea (cabe recordar que en el caso de la clínica el porcentaje de cesáreas es muy elevado, cercano al 80%).

CUADRO 14
Modelo *probit* para estimar la probabilidad de que un parto sea por cesárea (fecha de parto y condición contractual combinadas): Efectos marginales
 Tipo de parto (cesárea = 1)

	<i>Modelo MINSA- AG</i>	<i>Modelo EsSalud1</i>
VARIABLES DE CONTROL MÉDICO		
Edad de la madre	0,007 (0,57)	-1x10 ⁻⁴ (-0,01)
Edad de la madre 2	3x10 ⁻⁵ (0,14)	2x10 ⁻⁴ (1,64) ^(a)
Número de embarazos previos	-0,183 (-1,60) ^(a)	-0,027 (-7,06) ^(c)
Edad gestacional	-0,383 (-0,49)	0,129 (5,74) ^(c)
Edad gestacional 2	3x10 ⁻⁴ (0,26)	-0,002 (-6,20) ^(c)
Si el embarazo fue múltiple	0,093 (0,83)	0,202 (4,22) ^(c)
Condición del bebe al nacer	-	-0,384 (-8,11) ^(c)
Peso del bebe al nacer	-0,191 (-1,14)	-0,674 (-9,36) ^(c)
Peso del bebe al nacer 2	0,028 (1,06)	0,101 (8,99) ^(c)
Perímetro cefálico	0,158 (2,68) ^(b)	-
Perímetro cefálico 2	-0,002 (-2,58) ^(b)	-
VARIABLES INSTITUCIONALES		
Nombrado fin de semana	0,771 (17,99) ^(c)	0,048 (1,53) ^(a)
Nombrado día laborable	0,858 (21,94) ^(c)	0,101 (3,41) ^(c)
Contratado día laborable	-0,042 (-0,89) ^(b)	0,065 (1,89) ^(b)
Contratado fin de semana	-	-
<i>Chi-Cuadrado</i>	1725,27 ^(c)	545,47
<i>R² Ajustado</i>	0,644	0,047
<i>Número de observaciones</i>	2009	8399

^(a)Estadísticamente significativo al 90% del nivel confianza. ^(b)Estadísticamente significativo al 95% del nivel de confianza. ^(c)Estadísticamente significativo al 99% del nivel de confianza.

Fuente:: En el caso de los hospitales del sector público, la Oficina de Estadística e Informática. En el caso de la Clínica, la Oficina de Obstetricia y Ginecología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En primer lugar, el estudio encontró que el problema de corrupción es significativo en los hospitales públicos que se incluyeron en la muestra (a través de la información proveniente de las encuestas y entrevistas). Si bien, el estudio se concentró en algunos tipos específicos de corrupción —absentismo y relación inadecuada entre el esfuerzo realizado y el “técnicamente apropiado”— existe una percepción significativa de la ocurrencia de actos corruptos (el 36% de los médicos encuestados en el ámbito público respondió que sabía de actividades irregulares en el hospital). Además, existen casos de robo de insumos y cobros indebidos a pacientes: el 21% de los médicos del sector público consideraron “habitual/muy habitual” el robo de insumos y 9% percibió de la misma manera los cobros indebidos a pacientes.⁴²

En cuanto a las diferencias entre los hospitales, se puede concluir que las actividades corruptas son más frecuentes en MINSA1, seguido de MINSA-AG y EsSalud1. El estudio ha identificado importantes diferencias institucionales entre los distintos tipos de hospitales (MINSA, EsSalud y clínica privada), las cuales se pueden asociar a las diferencias en la magnitud y tipos de corrupción encontrados en ellos. Así, en el MINSA1, donde los mecanismos de control y sanción son muy poco eficientes, hay más corrupción. Le sigue el MINSA-AG, que desde hace unos años introduce cambios en el tipo de gerencia a través del Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG). En último lugar está EsSalud1 que al pertenecer al seguro social tiene un manejo más centralizado. Esto parece indicar que la centralización del manejo y toma de decisiones genera mecanismos de rendición de cuentas más efectivos.

Por otro lado, en todos los hospitales, incluyendo la clínica del sector privado, existen problemas de comunicación. Así, un alto porcentaje de médicos en todos los hospitales tenía una idea equivocada o no conocía la existencia de distintos instrumentos de gestión. Como referencia, el 40% de los médicos encuestados contestaron erróneamente —o no sabían— cuando se les preguntó si el MINSA1 tenía un plan de desarrollo institucional. En el MINSA-AG el porcentaje fue de 36 y en el EsSalud1 de 18.

El estudio se centró en el análisis de dos tipos específicos de corrupción, el absentismo y la relación entre el esfuerzo realizado y el “técnicamente apropiado”. En estos dos casos fue

⁴² Estos son sólo los tipos de corrupción sobre los que se recogió evidencia en las encuestas. Esto no quiere decir que no existan otros tipos de corrupción.

posible realizar un análisis más riguroso con respecto a la magnitud de la corrupción y las relaciones de causalidad entre ésta y los distintos tipos de arreglos institucionales.

Con respecto al absentismo, se encontró que dos variables son determinantes de su existencia y magnitud: el alto costo de oportunidad de los médicos por trabajar en las horas programadas en el hospital (asociado al ingreso esperado por incurrir en el acto corrupto) y el mal funcionamiento de los mecanismos de control y de sanción de este problema. Ello corresponde claramente al resultado encontrado en el trabajo empírico: que el absentismo es bastante más común y más significativo en el caso de los médicos nombrados que en el caso de los médicos contratados. A pesar de que no existen diferencias significativas entre los salarios de ambos tipos de médicos en el sector público, sí existen importantes diferencias en cuanto al ingreso esperado por corrupción (costo de oportunidad de los médicos) y a la posibilidad de penalizar efectivamente el acto. Así, el costo de oportunidad por permanecer en el hospital es más alto en el caso de los médicos nombrados que en el caso de médicos contratados, pues los médicos nombrados (normalmente de mayor antigüedad) tienen más probabilidad de obtener mayores ingresos trabajando fuera del hospital. Además, es relativamente más fácil rescindir el contrato a un médico contratado que despedir a un médico nombrado. Este hecho, asociado a que en general los mecanismos de control se perciben como poco eficientes en los hospitales del sector público, incentiva el absentismo. Cabe resaltar que los mecanismos de control, además de no ser muy efectivos en general, sólo sirven para controlar la asistencia al hospital, pero no la permanencia en él.

Por lo tanto, sería conveniente que en el sector público aplique una estructura salarial que premie al personal con un mejor desempeño y estimule la productividad y la mejora de la calidad de los servicios. Ello permitiría, además, mejorar la atención a los pacientes. Sin embargo, dadas las restricciones legales y presupuestales para modificar la estructura salarial en el corto plazo, una solución alternativa temporal podría ser flexibilizar formalmente los horarios de los médicos para que puedan ejercer otras actividades. Esto debe ir acompañado de mejores mecanismos de control y sanciones más efectivas y drásticas, dado que la experiencia general al respecto sugiere que los aumentos salariales que no van acompañados de mecanismos efectivos de rendición de cuentas rara vez resultan en mejoras significativas de desempeño.

Respecto a la relación entre el esfuerzo realizado y el “técnicamente apropiado”, se comprobó que el efecto ingreso (la posibilidad de obtener mayores ingresos por la atención en partos) tiene un peso importante en la probabilidad de que un parto sea por cesárea

(muchas veces en perjuicio del paciente).⁴³ Aunque es probable que en el sector privado muchas veces las pacientes soliciten a los médicos la cesárea por temor al parto natural, la decisión es del médico, además de que la paciente recibe la información al respecto principalmente del médico. Sobre este punto, es necesario informar a las pacientes sobre las ventajas y desventajas de los partos naturales y cesáreas y reducir de esta manera la asimetría de información entre el médico y la paciente.

Otras variables institucionales relacionadas al sector público influyen la decisión de realizar un parto por cesárea (controlando por variables médicas). La condición contractual del médico (nombrado o contratado), al igual que en el caso de absentismo, es una variable significativa en la probabilidad de que un parto resulte en una cesárea. En el caso del hospital de EsSalud la variable que representa la comodidad del médico (si la fecha de parto fue día laborable o no) fue también determinante. Esto muestra la ausencia de mecanismos de regulación, control y sanción de los procedimientos médicos.

⁴³ Según especialistas médicos la forma más sana de realizar un parto, siempre y cuando la salud de la paciente y del bebé esté controlada, es por vía natural.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AEDO, Cristián: “Reflexiones económicas sobre la corrupción”, *Persona y Sociedad*. Instituto Latinoamericano de Doctrina y Estudios Sociales (ILADES), Santiago de Chile, septiembre, 1995, Vol. IX, No.2.

ARROW, Kenneth J.: “The Economics of Agency”, en Pratt y Zeckhauser (eds.), *Principals and agents: The structure of business*. Harvard Business School Pres, Boston, 1985.

BARDHAN, Pranab: “Corruption and Development: A Review of Issues”, *Journal of Economic Literature*. Setiembre, 1997, Vol. XXXV.

GRAY, Cheryl W. y Daniel KAUFMANN: “Corrupción y desarrollo”, en *Finanzas y Desarrollo*. Marzo, 1998

GRAY, Clive: “Civil Service Compensation in Indonesia”, *Bulletin of Indonesian Economic studies*. Marzo, 1979, Vol. 15, pp. 85-113.

Centro de Estudios de la Realidad Peruana. *Analizando la corrupción en el Perú*. Lima, 1997.

DI TELLA, Rafael. “Volver a Sarmiento: Una propuesta para mejorar la eficiencia del gasto social basada en la competencia”, mimeo, Fundación Mediterránea.

Instituto APOYO. *Task Forces, Agenda para la primera década*. Gabriel Ortiz de Zevallos y Pierina Pollarolo (eds.), Lima, 2000.

KEPPEL K., S. TAFFEL y P. PLACEK: “Source of hospital payment for deliveries in the United States, 1980”. Presentación en la Annual Meeting of American Public Health Association, Montreal, Canadá, 1982.

KLITGAARD, Robert: “Combatiendo la corrupción. Información e incentivos”, *Nueva Sociedad*, No.145, 1990a.

———: *Controlando la corrupción*. University of California Press, California, 1990b.

KRUEGER, Anne: “The Political Economy of the Rent-Seeking Society”, *The American Economic Review*, junio, 1974.

MAURO, Paolo: *Why Worry About Corruption*. Fondo Monetario Internacional, Washington D.C., 1997.

MOODY-STUART, George: *The Costs of Grand Corruption*. Center for International Private Enterprise, Washington D.C., 1996.

MOSQUEIRA Medina, Edgardo: “El rol de las instituciones en la lucha contra la corrupción”, *Contribuciones No.4*, 1995.

NORTH, Douglass: *Structure and Change in Economic History*. Nueva York, 1981.

———: *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*. Fondo de Cultura Económica, México, 1993.

———: *El marco institucional para el desarrollo económico*. Instituto APOYO, Banco Interandino, Lima, 1995.

OCAMPO Moreno, Luis: *En defensa propia. Cómo salir de la corrupción*. Editorial Sudamericana, Buenos Aires, 1993.

———: “Gerencia y Corrupción. El caso del Instituto Nacional de Reaseguros (IndeR)”, *Nueva Sociedad 145*, 1996.

PLESKOVIC, Boris y Joseph E. STIGLITZ (Eds): *Annual World Bank Conference on Development Economics 1997*. Banco Mundial, Washington D.C., 1998.

PRATS, Joan y Julia COMPANY: “Barcelona Governance Project”, julio, 1996.

PRATT, John W. y Richard ZECKHAUSER: “Principals and Agents: an Overview”, en Pratt y Zeckhauser (eds.) *Principals and agents: The structure of business*. Harvard Business School Press, Boston, 1985.

Presidential Commission of Inquiry Against Corruption: “Service Delivery Survey: Corruption in the Police, Judiciary Revenue and Lands Service”, Gobierno de Tanzania, Dar es Salaam, julio, 1996.

ROSE-ACKERMAN, Susan: “Reforming Public Bureaucracy through Economic Incentives?”, *Journal of Law, Economics and Organization*, 1986, Vol.2, No.1.

———: “Corruption and Development”, en Pleskovic, Boris y Joseph E. Stiglitz (Edits), *Annual World Bank Conference on Development Economics 1997*. Banco Interamericano de Desarrollo/Banco Mundial, Washington D.C., 1998, pp. 35–57.

SANTANA, Isidoro. “Seguridad Social y planes privados prepagos en la República Dominicana”, en Savedoff, William (comp.), *La Organización marca la diferencia: Educación y salud en América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo, Washington D.C., 1998.

SAVEDOFF, William: “Los servicios sociales vistos con nuevos lentes”, en Savedoff, William (comp.), *La Organización marca la diferencia: Educación y salud en América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo, Washington D.C., 1998.

SHELEIFER, Andrei y Robert W. VISHNY “Corruption”, *The Quarterly Journal of Economics*. Agosto 1993.

TANZI, Vito y Hamid DAVOODI: *Roads to Nowhere: How Corruption in Public Investment Hurts Growth*. Fondo Monetario Internacional, Washington D.C., 1997.

Transparency International Bangladesh: *Survey on Corruption in Bangladesh*. Dhaka, Bangladesh, 1996.

TUSSING Dale y Martha WOJTOWYCZ: “The Cesarean Decision in New York State. Economic and Noneconomic Aspects”, *Medical Care*. 1992, Vol 30, No. 6.

———: “The Effect of Physicians Characteristics on Clinical Behavior: Cesarean Sections in New York State”, *Social Science Medical*. 1993, Vol. 37, No. 10, pp. 1251–1260.

WALSH, James: “A World War on Bribery”, *Time*. 22 junio, 1998.

WOUTERS, Annemarie: *Incentivos para mejorar la prestación de los servicios de salud: métodos alternativos de pago a los proveedores*. Partnerships for Health Reform (PHR), Abt. Associates, Maryland, 1998.