



Inter-American Development Bank
Banco Interamericano de Desarrollo
Latin American Research Network
Red de Centros de Investigación
Research Network Working paper #R-418

Compromisos de Gestión, Rendición de Cuentas y Corrupción en los Hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social

Por

James Anthony Cercone*
Fabio Durán-Valverde*
Erlend Muñoz-Vargas*

***La Academia de Centroamérica--Instituto Latinoamericano
de Políticas Públicas**

Noviembre 2000

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

Cercone, James A., 1968-

Compromisos de gestión, rendición de cuentas y corrupción en los hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social / por James Anthony Cercone, Fabio Durán-Valverde, Erlend Muñoz-Vargas.

p. cm. (Research Network working paper ; R-418)
Includes bibliographical references.

1. Hospitals--Costa Rica--Business management. 2. Hospitals--Costa Rica--Accounting. 3. Hospitals--Costa Rica--Corrupt practices. 4. Caja Costarricense de Seguro Social--Corrupt practices. I. Durán Valverde, Fabio. II. Muñoz-Vargas, Erlend. III. Inter-American Development Bank. Research Dept. IV. Latin American Research Network. V. Title. VI. Series.

362.11 C862--dc21

82000

Banco Interamericano de Desarrollo
1300 New York Avenue, N.W.
Washington, D.C. 20577

Las opiniones y puntos de vista expresados en este documento son del autor y no reflejan necesariamente los del Banco Interamericano de Desarrollo.

Si desea obtener una lista de los documentos de trabajo del Departamento de Investigación, visite nuestra página Internet al: <http://www.iadb.org/res/32.htm>

Agradecimientos

Los autores quisieran agradecer a Miriam León-Solís y Tarina García-Concheso por su colaboración en el desarrollo del presente trabajo. Así también, al Doctor Rodolfo Piza Rocafort, Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social, por su decidido apoyo. Todos los errores y omisiones son responsabilidad de los autores.

Tabla de contenidos

1	INTRODUCCIÓN	7
2	MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL	10
2.1	ENFOQUES EN EL ESTUDIO DE LA CORRUPCIÓN	10
2.2	REFORMA HOSPITALARIA Y CORRUPCIÓN	12
3	OBJETIVOS E HIPÓTESIS	13
4	ASPECTOS METODOLÓGICOS	14
4.1	FUENTES DE INFORMACIÓN	15
4.2	CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS ENTREVISTADOS	17
5	SECTOR SALUD COSTARRICENSE Y SU REFORMA	18
5.1	ANTECEDENTES	18
5.2	LOS COMPROMISOS DE GESTIÓN: ALCANCE, RESPUESTA E IMPACTO	20
5.2.1	MARCO GENERAL	20
5.2.2	ASPECTOS OPERATIVOS DE LOS COMPROMISOS DE GESTIÓN	21
5.2.3	CONTENIDO Y ALCANCE	21
5.2.4	LA RESPUESTA ORGANIZACIONAL: EVALUACIONES DE 1997 Y 1998	25
5.2.5	EVALUANDO EL IMPACTO DEL COMPROMISO DE GESTIÓN	28
6	LA INCIDENCIA DE LA CORRUPCIÓN EN LA CCSS	29
6.1	LA CORRUPCIÓN EN EL SECTOR PÚBLICO COSTARRICENSE	29
6.2	LA CORRUPCIÓN EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE COSTA RICA	32
6.2.1	EL AUSENTISMO MÉDICO	34
6.2.2	USO DE INSTALACIONES Y COBROS INDEBIDOS	37
6.2.3	HURTO DE MATERIALES Y EQUIPO	40
7	COMPROMISOS DE GESTIÓN, RENDICIÓN DE CUENTAS Y CORRUPCIÓN	41
7.1	LOS COMPROMISOS DE GESTIÓN Y LA INCIDENCIA DE LA CORRUPCIÓN	41
7.2	LA CORRUPCIÓN Y LOS MECANISMOS DE SANCIÓN Y FISCALIZACIÓN	44
8	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE POLÍTICA	48
8.1	CONCLUSIONES	48
8.2	RECOMENDACIONES DE POLÍTICA	50
	BIBLIOGRAFÍA	52

Lista de cuadros estadísticos

	Página
Cuadro 1. Médicos, personal de enfermería y usuarios de los servicios, encuestados según hospital, con y sin compromiso de gestión	16
Cuadro 2. Principales características de los usuarios entrevistados	17
Cuadro 3. Nivel medio de corrupción en instalaciones costarricenses según opinión de usuarios, médicos y personal de enfermería	30
Cuadro 4. Ubicación comparativa de la percepción de la corrupción en la CCSS	31
Cuadro 5. Costa Rica: razones que favorecen la corrupción en el sector público	31
Cuadro 6. Percepción de incidencia de la corrupción según tipo de profesional	33
Cuadro 7. Niveles medios de corrupción para diferentes aspectos evaluados	33
Cuadro 8. Corrupción en hospitales respecto a otras áreas de la sociedad: opinión de usuarios	34
Cuadro 9. Razones de espera en citas por parte de usuarios	34
Cuadro 10. Frecuencia en prácticas de ausentismo, según tipo de profesional informante	35
Cuadro 11. Opinión sobre causas de conductas de ausentismo, según tipo de profesional	36
Cuadro 12. Frecuencia en el uso de instalaciones físicas y materiales, según tipo de profesional informante	37
Cuadro 13. Origen de prácticas de atención de pacientes privados en hospitales públicos	38
Cuadro 14. Origen de prácticas de referencia de pacientes a consultorios privados	39
Cuadro 15. Montos cobrados a usuarios por concepto de consultas médicas	40
Cuadro 16. Frecuencia de prácticas de hurto de materiales y equipo según tipo de profesional entrevistado	41
Cuadro 17. Percepción sobre incidencia de la corrupción por tipo de	

actos cometidos según tipo de gestión	42
Cuadro 18. Índice medio de corrupción según aspecto evaluado por tipo de profesional	43
Cuadro 19. Calificación de los mecanismos de vigilancia, control y sanción de ausentismo	45
Cuadro 20. Calificación media de mecanismos de fiscalización y sanción por médicos y personal de enfermería de hospitales con y sin compromiso de gestión, según aspecto evaluado	46
Cuadro 21. Opinión sobre porcentaje de médicos que atienden pacientes del consultorio privado en instalaciones del hospital	47

1 Introducción

El presente trabajo tiene como propósito presentar los principales resultados del análisis de la relación entre la existencia de mecanismos organizacionales tendientes a promover la transparencia y rendición de cuentas en los hospitales públicos de Costa Rica y el nivel de corrupción percibido por los profesionales en salud y los usuarios de los servicios. El estudio aporta mediciones que describen la percepción sobre la incidencia de la corrupción en los hospitales públicos, suministra cifras y análisis sobre los elementos que explican el fenómeno y analiza el impacto sobre la transparencia, rendición de cuentas y la corrupción, asociado a la implantación del Compromiso de Gestión en los hospitales públicos costarricenses.

Los resultados de esta investigación constituyen un insumo para apoyar el diseño de políticas públicas tendientes a combatir la corrupción hospitalaria, lo que aunado a la falta de estudios cuantitativos previos sobre la magnitud e implicaciones de la corrupción en las instituciones públicas de Costa Rica, coloca información de valiosa importancia frente a las autoridades institucionales del sector salud.

La corrupción—entendida como el abuso del poder público en beneficio privado—impone un costo social y constituye una barrera para el desarrollo de las naciones, corroe las instituciones públicas y provoca la pérdida de legitimidad y credibilidad del Estado frente a los ciudadanos. En un contexto caracterizado por el reconocimiento de que las prácticas corruptas están ampliamente difundidas en el sector salud, hoy día los sistemas nacionales de salud son objeto de importantes presiones para mejorar en los ámbitos del financiamiento, organización y gestión. En tanto se observa una tendencia muy marcada hacia el aumento de la inversión social en salud, pública y privada, que arroja mejoras significativas en los indicadores de salud, en general se percibe que los costarricenses se sienten insatisfechos respecto al funcionamiento del sector salud.

En Costa Rica, al igual que en muchos otros países, el proceso de reforma al sector salud surge como una respuesta a la necesidad de generar cambios en diversos ámbitos, que permitan adecuar el desempeño del sector a los requerimientos de una sociedad cada día más exigente. En la mayoría de los países en proceso de reformar su sistema de salud, los factores que motivan el cambio son similares: aumento de costos, bajos niveles de eficiencia en la producción de servicios, insatisfacción por parte de los ciudadanos y los empleados del sector, y reducciones en la eficacia general del sistema en relación con las necesidades de salud de la población. La mayoría de los reformadores coinciden en que los nuevos sistemas tenderán hacia una mayor descentralización y a basarse menos en procedimientos burocráticos; serán más empresariales, operarán mediante una red de contratos, estarán más orientados a los usuarios y contarán con cierto nivel de competencia entre proveedores de servicios y, en algunos casos, entre financiadores.

Se trata de un conjunto de elementos que pretenden introducir un mayor grado de transparencia y rendición de cuentas en la dinámica del funcionamiento de los sistemas de salud, bajo la hipótesis de que la carencia de dichos elementos limita la eficiencia de los servicios y la satisfacción de los usuarios. Al respecto, en los últimos años se ha generado una cantidad creciente de evidencia que coloca la corrupción como uno de los factores que limitan los niveles de eficiencia y satisfacción de un sistema de salud.

El fenómeno de la corrupción se produce mediante la interacción de fuerzas individuales y sociales; toma lugar cuando los individuos están motivados o tienen incentivos para actuar al margen de la ética en la función pública y a la vez existen oportunidades para cometer actos ilícitos en la administración de los recursos públicos. Por un lado, las motivaciones individuales surgen del conjunto de valores sociales e individuales y están en gran medida influenciadas por las instituciones prevalecientes en la sociedad: la familia, la iglesia, el sistema educativo, los medios de comunicación, etc. Por otra parte, las oportunidades para la corrupción están determinadas por factores tales como la estructura organizativa y los esquemas de gestión vigentes en las entidades públicas, pues en conjunto estos determinan la cantidad de recursos públicos disponibles, la discreción con que los funcionarios públicos disponen de ellos, los incentivos para el uso adecuado de dichos recursos y su control efectivo.

Una cantidad significativa de investigaciones académicas han contribuido a la comprensión de las causas y las consecuencias de la corrupción en el sector público. Las investigaciones de Bhagwati y Rose-Ackerman establecen un marco conceptual para analizar las formas en que se introducen distorsiones en la economía, producto de la corrupción. Asimismo, investigaciones recientes de Mauro (1996) han utilizado estudios y métodos empíricos para estimar el impacto de la corrupción sobre el desarrollo económico de varios países. Diversos artículos de Chong (1997 y 1998) plantean un marco conceptual para analizar el impacto de la corrupción sobre la eficiencia institucional, la pobreza y el desarrollo económico.

La mayoría de los estudios recientes siguen los trabajos iniciales de Becker y Stigler (1974), cuya aportación más significativa es introducir el enfoque de principal y agente (ver Rose-Ackerman, 1975, 1978; y Klitgaard, 1991). En este modelo se enfatiza la interacción entre el agente, el médico u otro profesional en salud, que acepta sobornos, y el principal, el paciente, para facilitar el acceso a un servicio. En este contexto, el término corrupción se utiliza para definir el conjunto de prácticas que implican el aprovechamiento ilícito de bienes o servicios de propiedad pública en beneficio del agente.

Independientemente del modelo teórico utilizado, un elemento clave es la formulación de las reglas del juego y los incentivos institucionales que enmarcan las actividades del agente. Diversos autores sostienen que un sistema institucional (leyes, normas e incentivos) mal diseñado puede generar oportunidades para la corrupción. La transparencia y la rendición de cuentas constituye un enfoque interesante para abordar el análisis de la forma en que se concretan las reglas del juego y los esquemas de incentivos. En este trabajo se postula que allí donde existan menores grados de transparencia y rendición de cuentas, existirán mayores oportunidades para realizar actos corruptos; por tanto, se pretende cambiar el énfasis del análisis, enfocándolo hacia la relación entre la corrupción y los instrumentos de la gestión diseñados para aumentar la transparencia y rendición de cuentas.

Un tema de interés para los formuladores de política es conocer cómo la introducción de instrumentos innovadores en la gestión pública puede contribuir a atenuar los niveles de corrupción, y por ende, mejorar la eficiencia, la eficacia y la calidad de los servicios públicos. El caso del sector salud es de particular interés, debido a la importancia que ocupa el mercado de salud en los países de América Latina. Estos países canalizan entre quince y veinte por ciento

del gasto público, y en promedio seis por ciento del PIB, como gasto del sector salud. Por tanto, las distorsiones que introduce la corrupción sobre la eficiencia o eficacia de los servicios de salud tienen un impacto muy significativo en la economía.

La reforma del sector salud en Costa Rica ofrece una interesante oportunidad para estudiar los efectos que sobre la corrupción provocan los nuevos instrumentos de control y dirección gerencial en proceso de implantación. Como parte de la reforma del sector, a partir del año 1997, la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) se empeñó en implantar una ambiciosa reforma sanitaria; mediante la introducción de “compromisos de gestión” entre la administración central de la CCSS y sus proveedores de servicios de salud. Mediante esta reforma se busca aumentar la transparencia y la rendición de cuentas de los hospitales públicos, con el objetivo de elevar la calidad, la eficiencia y la eficacia de los servicios de salud.

El estudio se realiza en el marco de la Red de Centros de Investigación del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Su motivación principal está en el análisis de las distintas formas y los niveles de corrupción, y en el impacto de la introducción de un instrumento contractual—el Compromiso de Gestión—sobre los niveles de corrupción percibidos en los hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social. Se estudia la percepción de los usuarios y personal de salud alrededor de cuatro aspectos: (a) el ausentismo médico; (b) el hurto de materiales y equipos y el uso de instalaciones públicas para fines privados; (c) el cobro indebido a los pacientes; y (d) la eficacia de los mecanismos de control y rendición de cuentas para reducir las distintas formas de corrupción hospitalaria.

El informe está dividido en ocho secciones, incluyendo la presente introducción. La sección dos contiene una breve exposición teórica y conceptual de los enfoques para el análisis del fenómeno de la corrupción y de la relación entre las intervenciones de reforma hospitalaria, sus dimensiones y la corrupción. Las secciones tercera y cuarta están dedicadas a establecer los objetivos del estudio y las hipótesis básicas, así como los aspectos metodológicos y fuentes de información. En la quinta sección se realiza una exposición de las características generales del sector salud costarricense, el proceso de reforma que impulsa la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), las características relevantes de los compromisos de gestión introducidos por dicha entidad en cuanto a su alcance y algunas consideraciones sobre la respuesta gerencial y el impacto del proceso. En la sexta sección se presentan los principales resultados en relación con la incidencia de la corrupción en el sector público costarricense y en los hospitales de la CCSS; como parte de esta sección se muestran algunos hallazgos respecto a la percepción del nivel de la corrupción por parte de los usuarios de servicios y personal de salud. En la séptima sección se presentan los resultados de análisis estadísticos sobre la incidencia del establecimiento de los compromisos de gestión en la percepción del fenómeno de la corrupción por parte del personal de salud; se derivan, además, algunas conclusiones sobre posibles determinantes de la corrupción y de su asociación con la existencia de mecanismos de control y rendición de cuentas en los hospitales administrados por la CCSS. Finalmente, la sección ocho incorpora las principales conclusiones del estudio, así como algunas recomendaciones de política dirigidas a potenciar los mecanismos para la reducción del fraude y la corrupción en los hospitales públicos de Costa Rica.

2 Marco Teórico-Conceptual

2.1 *Enfoques en el estudio de la corrupción*

Los estudios económicos sobre la corrupción son todavía limitados. Siguiendo a Becker y Stigler (1974), la mayoría de los estudios (e.g., Banfield, 1975; Rose-Ackerman, 1975, 1978; y Klitgaard, 1988, 1991), se centran en el modelo de corrupción basado en el enfoque de agente-principal. Este modelo plantea la relación entre el principal y el agente, un oficial, quien recibe sobornos de los individuos privados interesados en algún bien o servicio producido por el gobierno. Tales estudios examinan las formas de motivar al agente para que actúe con honestidad, ya sea mediante la fijación de salarios competitivos (Becker y Stigler, 1974) o el adoctrinamiento (Klitgaard, 1991). En otro tipo de estudios (Shleifer y Vishny, 1993) se toma el problema agente-principal como dado y se centran en las consecuencias de la corrupción sobre la asignación de recursos.

Desde la perspectiva legal, se argumenta que una forma de reducir la corrupción es reformar el sistema legal para incrementar las penas impuestas a quienes cometen actos corruptos. Una posición alternativa, aunque no excluyente, plantea que el problema de la corrupción descansa en los bajos salarios que reciben los burócratas en relación con los salarios que reciben los empleados del sector privado con responsabilidades comparables, de modo que se puede combatir la corrupción elevando los salarios de los servidores públicos.

Desde el punto de vista económico, la aproximación “natural” al problema de la corrupción se basa en el concepto de competencia; el argumento es que los sobornos son difíciles de sostener allí donde prevalecen condiciones de competencia perfecta. Rose-Ackerman (1978) sugiere que una forma de reducir la corrupción es introducir un mayor nivel de competencia en el nivel donde actúan los oficiales receptores de sobornos. Estudios empíricos (e.g., Ades y Di Tella, 1997) han abordado el problema desde la perspectiva del efecto de la estructura del mercado sobre el nivel de corrupción. Los resultados de estos estudios sugieren que un aumento en la competencia en el mercado de productos puede contribuir al control de la corrupción.

En el sector salud, una extensión del enfoque basado en la competencia plantea el problema en términos de la relación entre el grado de poder de negociación de los clientes (pacientes) y nivel de corrupción. El análisis del poder relativo de negociación del sobornador y el sobornado proporciona un marco para estudiar cómo los cambios en el poder relativo de negociación del sobornador (el paciente) afecta el tamaño y la incidencia del soborno. El poder relativo de negociación puede estar reflejado por variables tales como índice de ocupación hospitalaria, número de médicos como porcentaje del total del personal del hospital y otras variables de entorno tales como ubicación urbano-rural. La hipótesis implícita es que allí donde los demandantes de servicios de salud tienen claras opciones de escoger entre médicos públicos y privados (ambiente competitivo), el tamaño de los sobornos en comparación con situaciones de elección limitada o inexistente de proveedores de servicios hospitalarios, será relativamente más bajo.

Otro tipo de modelo (Cadot, 1987), más que considerar los efectos de las políticas represivas, o bien el concepto de competencia, se centra en la relación entre el poder de los servidores públicos y sus salarios. Los castigos contra la corrupción se hacen endógenos

mediante el supuesto de que cuando un oficial es denunciado perderá el ingreso futuro por salarios y sobornos; en este enfoque se supone que un servidor público corrupto trata de maximizar la utilidad esperada de sus ganancias totales, esto es, salarios más sobornos. Respecto al impacto de la corrupción sobre la eficiencia, se plantea que los sobornos o cobros indebidos por parte de los servidores públicos generan ineficiencia debido a que los burócratas causan retrasos en los trámites como una forma de atraer más sobornos, práctica que en el sector salud se manifiesta en la gestión de las listas de espera por parte de los médicos.

Van Rijckeghem y Weder (1997), siguiendo los planteamientos de Becker y Stigler (1974), proponen que el comportamiento corrupto se explica por el deseo de los servidores públicos de maximizar un flujo de ingresos esperados, de modo que intentarán balancear los beneficios del comportamiento corrupto con los castigos en caso de ser detectados y penalizados. El ingreso esperado es una función de la probabilidad de detección, del diferencial de salarios entre el sector público y privado y del monto del soborno; dicho ingreso esperado puede ser visto como un promedio ponderado del ingreso cuando la corrupción no es detectada y cuando es detectada. Cuando la corrupción no es detectada, el ingreso será igual al salario vigente más el monto del soborno, y cuando la corrupción es detectada el ingreso es igual al salario del sector privado menos el valor del castigo impuesto.

En la formulación de Van Rijckeghem y Weder la política salarial del gobierno tiene un efecto sobre la corrupción, debido a que los castigos incluyen la pérdida del empleo; sin embargo, el aumento de los salarios no necesariamente provoca una menor corrupción, dado que el gobierno tiene capacidad para manipular la probabilidad de detección y el nivel de los castigos impuestos. Además, cuando el nivel de los sobornos es alto o la probabilidad de detección y castigo es baja, este tipo de modelos predicen que el salario al cual la corrupción puede ser eliminada es alto, de modo que una política de altos salarios puede no ser costo-efectiva desde el punto de vista del gobierno; una conclusión similar surge de los estudios de Besley y McLaren (1993).

En la aproximación de Klitgaard (1988, 1991), los oficiales tendrán la oportunidad de beneficiarse por cometer actos corruptos como una función de su grado de monopolio sobre un servicio o actividad, de su poder de discreción para decidir el acceso al bien o servicio y del grado en que sus actividades están sometidas a rendición de cuentas. Una fórmula general incluye:

$$C = M + D - A$$

donde la corrupción (C) es igual al poder monopólico (M), más el grado de discrecionalidad del agente (D), menos rendición de cuentas o “accountability” (A).

Desde el punto de vista de los efectos de la corrupción sobre la economía, estudios recientes (e.g., Mauro, 1995), basados en medidas subjetivas de corrupción de tipo transversal entre países, muestran que la corrupción está negativamente asociada con la inversión privada y el crecimiento. En general, se puede afirmar que los distintos enfoques para el estudio de las causas y consecuencias de la corrupción, en mayor o menor medida hacen referencia a elementos relacionados con el marco institucional y organizativo, y a los esquemas de incentivos, de

conducta gerencial y de control público prevalentes en determinado contexto. Por tanto, un enfoque complementario para el estudio de la corrupción tiene que ver con el diseño de los procesos de reforma y el análisis del efecto esperado en la conducta gerencial y en los resultados finales del proceso en términos de eficiencia y calidad. La siguiente sección presenta una exposición conceptual en esa línea.

2.2. Reforma hospitalaria y corrupción

Los procesos de reforma hospitalaria constituyen un marco para el estudio de la corrupción y su relación con los mecanismos de control y rendición de cuentas que se derivan de determinado esquema organizativo y gerencial que impone la reforma. Un aspecto crítico se refiere al impacto que tienen dichos procesos de reforma sobre las prácticas gerenciales y sobre el nivel de corrupción hospitalaria.

Los trabajos de Over y Watanabe (1999) se orientan en la dirección de conceptualizar las dimensiones implícitas en los procesos de reforma hospitalaria y en determinar un conjunto de indicadores que pueden ser usados para juzgar si la reforma organizacional del hospital ha afectado su desempeño, y si así es, comprender la contribución de cada dimensión de la reforma al resultado general.

Over y Watanabe identifican tres dimensiones de la reforma hospitalaria: (i) la intervención organizacional, esto es, los cambios a los que es sometido el hospital; (ii) la respuesta, entendida como el cambio en el comportamiento de los gerentes, y (iii) el impacto, en términos del desempeño del hospital. En consecuencia, dado un conjunto de elementos de entorno, se identifican a su vez tres conjuntos de indicadores: un conjunto describe los aspectos organizacionales de la reforma, otro la respuesta de los gestores del hospital y un tercer conjunto que mide el impacto.

Como principales elementos del entorno externo de la reforma administrativa hospitalaria, Over y Watanabe mencionan: el grado de control gubernamental, las características del mercado y los mecanismos de financiamiento y sistemas de pago. Mediante este enfoque, la intervención puede abarcar áreas tales como: grado de delegación en la toma de decisiones, nivel de exposición al mercado, rendición de cuentas, definición y subsidio de las funciones sociales que desempeña el hospital. La respuesta en el comportamiento del hospital se clasifica en cinco áreas de la gestión: finanzas, mercadeo, recursos humanos, aprovisionamiento y estrategia gerencial. Por último, el impacto sobre el desempeño del hospital se clasifica en las siguientes áreas: eficiencia técnica, eficiencia en la asignación de recursos, calidad y equidad.

En el marco de la reforma hospitalaria, en este documento se conceptualiza el problema de la corrupción como la interacción de cuatro grupos de factores determinantes: entorno, comportamiento individual, organización, y nivel de riesgo y oportunidades para cometer actos corruptos. Entre los factores de entorno están el nivel de competencia, el esquema de financiamiento, las valoraciones sociales frente al problema de la corrupción, la cultura gerencial hospitalaria y los mecanismos de información y participación ciudadana.

En cuanto al comportamiento individual, se consideran las motivaciones e incentivos para cometer actos corruptos, el poder de negociación y el grado de discrecionalidad del agente. En

términos de la organización, se pueden citar la eficacia de los mecanismos de control y rendición de cuentas. Las oportunidades y riesgos percibidos, como factores determinantes, se asocian a la probabilidad de detección, la discrecionalidad del agente, la percepción relativa de impunidad en la aplicación de las normas jurídicas y la severidad de las sanciones. En condiciones óptimas, se esperaría que la reforma hospitalaria incida favorablemente, entre otras cosas, sobre dicho conjunto de factores, y por tanto, sobre el nivel de incidencia de la corrupción.

Más que en los factores determinantes de la corrupción, este estudio se concentra en un análisis desde la perspectiva del alcance de los cambios introducidos por la reforma hospitalaria—en particular mediante el Compromiso de Gestión—y su efecto sobre el comportamiento gerencial y sobre los indicadores de impacto.

3 Objetivos e hipótesis

El presente trabajo tiene tres objetivos fundamentales. Por un lado, derivar mediciones que permitan describir, en términos cuantitativos, la percepción sobre la incidencia de la corrupción en los hospitales públicos de Costa Rica. En segundo lugar, se intenta identificar los elementos claves en la explicación del fenómeno de la corrupción, desde el punto de vista de la percepción de los usuarios y del personal de salud.

Un tercer objetivo del trabajo tiene que ver con el análisis del impacto asociado a la introducción del compromiso de gestión, en términos de su eficacia para mejorar los mecanismos de control, fiscalización y la rendición de cuentas, y el grado en que estos mecanismos contribuyen a atenuar el problema de la corrupción y a elevar la eficiencia hospitalaria.

El estudio se concentra en el análisis de tres hipótesis básicas. Una primera hipótesis a constatar es si el modelo de compromisos de gestión recientemente introducido en algunos hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social genera cambios internos en la gestión que propician mayor transparencia y rendición de cuentas.

En estrecha relación con lo anterior, la segunda hipótesis que se plantea es si existe relación entre transparencia y rendición de cuentas, y nivel de corrupción percibida por los usuarios y el personal de salud; es decir, se pretende verificar si la falta de transparencia y rendición de cuentas genera situaciones que motivan la comisión de actos corruptos por parte de los empleados de los hospitales públicos. Se esperaría, por tanto, que en los hospitales “con compromiso de gestión” la corrupción percibida por el personal sea inferior respecto a los hospitales “sin compromiso”.

Como tercera hipótesis del estudio, se plantea si los índices de corrupción, y sus distintas manifestaciones observadas en los hospitales, están asociados a una baja satisfacción de los usuarios y a problemas de eficiencia en los servicios que estos centros ofrecen.

4 Aspectos metodológicos

Por diferentes razones, abordar el estudio empírico de la corrupción hospitalaria resulta una tarea compleja. La naturaleza de la corrupción hace que sea un fenómeno tal que quienes están involucrados en su práctica, por razones obvias, tratarán de ocultarlo o al menos minimizar el grado de conocimiento sobre su nivel de incidencia. Esto hace que frecuentemente la socialización de dicho conocimiento se base en apreciaciones cargadas de un matiz subjetivo y especulativo.

Dos vías a través de las cuales se puede abordar el estudio empírico de la corrupción son: mediante encuestas para medir percepción, y a través del uso de información proveniente de la propia gestión hospitalaria. Las mediciones basadas en percepción pueden acarrear distintos tipos de problemas. Por una parte, la percepción puede estar afectada por elementos exógenos y subjetivos, que dan pie a la conformación de consciencias de grupo cuyo contenido puede variar según el grupo informante, en función del papel que éste juegue en el proceso dentro del cual se desenvuelve la dinámica de las prácticas de corrupción, o bien por las características de un entorno laboral específico. Ligado a lo anterior, se pueden derivar dos clases de problemas: la manipulación de la respuesta por parte del informante—que puede ser consciente o inconsciente—y la renuencia a suministrar información, cuando ésta puede comprometer intereses individuales o de grupo; en ambos casos, se corre el riesgo de afrontar problemas de sesgo estadístico sistemático, y por tanto, obtener conclusiones estadísticamente no representativas de la situación real. En la presente investigación, la forma en que se ataca este problema es analizando percepción en forma separada para el personal de enfermería y para los médicos, pues ambos grupos asumen un papel diferente ante las prácticas de corrupción hospitalaria, situación que queda claramente reflejada en los resultados del trabajo.

Hay que agregar que las mediciones basadas en percepción no están libres de problemas de comparabilidad entre centros de salud, en la medida en que la percepción del personal de salud o de los usuarios de un centro hospitalario específico puede estar influenciada por características particulares (e.g., cultura, percepción sobre la eficacia de la gestión y de los mecanismos de control, etc.).

La otra vía de análisis, basada en variables e indicadores de resultados de gestión, corrige los problemas antes citados al proveer mediciones más objetivas, pero su alcance está condicionado por el contenido y calidad de los registros administrativos, y en general, por la eficacia con que funciona el control gerencial al interior de los centros hospitalarios. La información que se obtiene de los registros administrativos no siempre guarda una concordancia con los cometidos del control gerencial en cuanto al cumplimiento de los objetivos y metas sujetos a control.

Por otra parte, la utilización de información basada en registros administrativos para analizar corrupción conlleva el problema de que constituye una forma indirecta de medición, que no siempre arrojará luces precisas. Por ejemplo, en el caso hipotético de que se disponga de índices de productividad de las salas de cirugía y estos reflejaran una baja productividad, podría estar explicado tanto por problemas de ausentismo médico, como por otros problemas de gestión: falta de equipo quirúrgico y materiales en las salas de operación, inadecuados mecanismos de

programación de cirugías, etc. Otro ejemplo donde los mecanismos para medir corrupción sí podrían cumplir su cometido es el del control de cumplimiento de jornadas laborales, pero en los hospitales públicos de Costa Rica—al igual que en la mayoría de los países de la región—los médicos tradicionalmente se han enfrentado, con relativo éxito, a la puesta en vigencia de sistemas de registro y control del ausentismo.

Con base en los objetivos planteados en el presente estudio y teniendo en mente el tipo de problemas metodológicos citados, se recurre fundamentalmente al uso de encuestas para medir percepción sobre el grado incidencia y el origen de las prácticas de corrupción hospitalaria. Sin embargo, dado que interesa analizar la introducción de los compromisos de gestión y su impacto sobre la eficacia de los mecanismos de control y rendición de cuentas, la información basada en encuestas se complementa con alguna información arrojada por las evaluaciones de los compromisos de gestión practicadas en 1997.

En esta sección se proporcionan detalles sobre las fuentes de información, el diseño muestral, las entrevistas, el procesamiento de los datos y la construcción de variables e índices para el análisis. Se aportan detalles sobre los principales problemas y limitaciones afrontadas durante el curso de la investigación, que ponen en evidencia las dificultades prácticas anotadas anteriormente.

4.1 Fuentes de información

Este estudio se desarrolló mediante la aplicación de encuestas en seis hospitales públicos administrados por la CCSS, tres con Compromiso de Gestión y tres que operan con el modelo tradicional de gestión. La encuesta se realizó a los médicos y personal de enfermería que labora en cada hospital, así como a los usuarios de los servicios de hospitalización y consulta externa; su aplicación tuvo lugar durante el período diciembre 1998 a enero 1999, es decir, a dos años de haberse iniciado la introducción de los primeros compromisos.

Para la recolección de los datos se diseñaron cuestionarios para los siguientes grupos de informantes: (i) personal médico, (ii) personal de enfermería, (iii) usuarios de los servicios de hospitalización y de consulta externa, y (iv) directores de hospitales, administradores y jefes de enfermería. La prueba de los cuestionarios se practicó en centros no contemplados en la investigación, por medio de dos sesiones de grupo (*focus group*), una con médicos y otra con enfermeras.

Para la selección de la muestra originalmente se partió de un listado de médicos y personal de enfermería suministrado por la oficina de recursos humanos de cada hospital, pero se presentaron problemas tales como desactualización del listado, ausencia de los entrevistados al momento de aplicar el instrumento y desconfianza de los informantes para suministrar la información completa. Esto obligó a modificar el mecanismo de selección; se conversó con los diferentes directores de los hospitales para conocer la cantidad de personal en cada uno de los diferentes servicios y se distribuyó el total de entrevistas a realizar en función de la cantidad de personal por servicio.

Cabe señalar que este tipo de limitaciones reflejan, de primera entrada, problemas en los controles administrativos (e.g., ausencia de registro actualizado de personal) y síntomas de la

existencia de corrupción por ausentismo médico (ausencia de los entrevistados al momento de aplicar el instrumento de la encuesta), temas que se tratan con detalle en secciones posteriores del presente informe.

Por otra parte, aún después de haber cambiado el mecanismo de selección y la estrategia de recolección de los datos, muchos médicos y algún personal de enfermería se negó a contestar los cuestionarios, aduciendo falta de tiempo; a éstos, se les entregó el cuestionario para que lo cumplimentaran en su tiempo libre, pero fueron muy pocos los que lo devolvieron lleno.

Con respecto a la encuesta de usuarios, a los internados se les entrevistó en los salones de los hospitales y a los usuarios del servicio de consulta externa se les entrevistó mientras esperaban ser atendidos. Dado que fue significativa la cantidad de médicos que no quiso participar en la investigación, la muestra se convirtió en una muestra de voluntarios y por tanto no es aleatoria, lo que implica que no se puedan hacer inferencias a nivel de hospital para las respuestas de los médicos; sin embargo se cuenta con suficiente información para establecer comparaciones y obtener conclusiones entre los grupos de análisis definidos, esto es, hospitales con y sin Compromiso de Gestión y en forma separada para médicos y enfermeras. La distribución final de las encuestas realizadas se presenta en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Médicos, personal de enfermería y usuarios de los servicios encuestados según hospital, con y sin compromiso de gestión

Hospital	Personal		Usuarios	TOTAL
	Médicos	Enfermería		
Con Compromiso de Gestión	90	272	486	848
San Juan de Dios	40	213	188	441
San Vicente de Paul	20	26	149	195
Monseñor Sanabria	30	33	149	212
Sin Compromiso de Gestión	66	118	442	626
Guápiles	18	30	143	191
Max Peralta	16	33	164	213
San Rafael de Alajuela	32	55	135	222
TOTAL	156	390	928	1,474

Fuente: Encuestas a personal y usuarios.

La muestra efectiva de médicos representa un 4.9% del total de médicos que laboraban para la Caja en el año 1998, mientras que las enfermeras que completaron el cuestionario son alrededor del 21% del universo existente en ese mismo año.¹ Un problema práctico es que existe la posibilidad de que el grupo de personas que se negó a participar en la investigación pudiera ser el más o el menos corrupto en cada hospital, lo que podría implicar un sesgo sistemático de no respuesta, situación que invita a actuar con cautela al momento de analizar los datos.

¹ De acuerdo con cifras del Departamento de Estadística de la CCSS, en 1998 laboraban para la Caja 3,178 médicos y 1,860 enfermeras.

El estudio se complementa con datos de fuentes secundarias, tales como el Anuario Estadístico de la CCSS, los resultados de las evaluaciones de los compromisos de gestión y estudios específicos que reportan datos relevantes. Los datos se presentan y analizan en forma separada para hospitales que operan con y sin Compromiso de Gestión; además, se hace la separación por tipo de informante.

Para el análisis de los datos se utilizan estadísticas descriptivas y algunas pruebas paramétricas y no paramétricas, tales como la prueba Chi-cuadrado, la prueba de la mediana y la prueba Wald. La selección de cada prueba se realizó de acuerdo con el tipo de agrupación realizada así como en función de las hipótesis planteadas que se deseaban contrastar. Además, se utilizan pruebas de igualdad de medias e igualdad de proporciones para analizar la distribución de los niveles de corrupción señalados por los médicos y el personal de enfermería en los distintos hospitales. Utilizando el estadístico Chi-cuadrado, se analiza la asociación entre las diversas variables consideradas, tales como tipo de personal, tipo de hospital, nivel de corrupción percibido, eficacia de mecanismos de fiscalización, incidencia de la corrupción y consecuencias del ausentismo, entre otros. En todos los casos las pruebas de hipótesis se realizaron considerando un nivel de significancia del 5 por ciento ($\alpha = 5\%$).

4.2 Características de los usuarios entrevistados

Con el propósito de contar con un perfil general de la composición de los usuarios entrevistados, en el Cuadro 2 se presentan algunas características que describen su composición.

Cuadro 2. Principales características de los usuarios entrevistados (porcentajes)

Características de usuarios entrevistados	Proporción de usuarios
Mujeres	74.5
Amas de casa	52.3
Empleados (varias categorías de ingreso)	22.0
Con edades entre 14 y 34 años	50.0
Con 60 y más años de edad	6.6
Con nivel de escolaridad inferior o igual a primaria completa	56.5
Con ingreso mensual inferior a 30 mil colones por persona	53.2
Han utilizado el servicio de hospitalización de ese hospital	13.0
De visita esa vez en el hospital como usuario de consulta	48.3
De visita esa vez como usuario de hospitalización	26.1
Han visitado médico privado alguna vez en toda la vida	56.8
Acudió al servicio en autobús o a pie	56.5

Fuente: Encuesta a usuarios

Se puede afirmar que las encuestas a usuarios recogen la opinión de los grupos que con mayor frecuencia utilizan los servicios de salud del Seguro de Salud; nótese la elevada proporción de mujeres, y entre éstas, de amas de casa. Adicionalmente, resalta la proporción de entrevistados que alguna vez han visitado un médico privado (56,5%).

5 Sector salud costarricense y su reforma

5.1 Antecedentes

El sector salud costarricense está integrado por el Seguro de Salud, de cobertura nacional y administrado por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS); el Ministerio de Salud, con funciones en el ámbito de la rectoría y regulación, fundamentalmente; el Instituto Nacional de Seguros, que administra el programa de Riesgos del Trabajo; el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), en conjunto con las municipalidades en la provisión de agua potable; y la Universidad de Costa Rica en el ámbito de la docencia y formación profesional.

La CCSS, como principal institución gestora del sistema, realiza la administración del Seguro de Salud como parte de los programas generales de seguridad social que tiene a su cargo. Cubre una extensa gama de servicios que abarcan desde la gestión del primer nivel de atención en salud, hasta la administración de toda la red hospitalaria pública con que cuenta el país.

Aparte de la red pública de servicios de salud, existe alguna participación del sector privado en el suministro de servicios médicos, principalmente de tipo ambulatorio en el primer y segundo nivel de atención; respecto del tercer nivel, se puede afirmar que la cantidad y nivel resolutivo de los hospitales privados son bastante limitados, pero con tendencia expansiva. Por tanto, el sector salud costarricense se caracteriza fundamentalmente por su elevado componente público, así como por un nivel de cobertura prácticamente universal en cuanto a acceso.

No obstante esta situación, el sector salud y particularmente el Seguro de Salud, viene enfrentando un conjunto de problemas, que en el contexto de un entorno caracterizado por transformaciones demográficas, epidemiológicas, económicas y políticas, tienden a agudizarse a lo largo del tiempo. Entre ellos, destaca el notable crecimiento secular del gasto público en salud; éste representa cerca del 8 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB) y se estima que el gasto privado ronda el 2 por ciento del PIB, para un gasto total del 10 por ciento del PIB, aproximadamente. El gasto del Seguro de Salud pasó de representar un 2 por ciento del PIB en 1972, a un nivel cercano al 6 por ciento en 1997. Este fenómeno lamentablemente no parece verse compensado por una mejor percepción de los ciudadanos en la calidad de los servicios, lo que finalmente incide negativamente sobre los índices de satisfacción de los usuarios.

En cuanto al esquema de financiamiento de los programas públicos de salud en Costa Rica, la mayor parte de los ingresos provienen de contribuciones tripartitas sobre los salarios (cuotas) destinadas al Seguro de Salud y al programa de Riesgos del Trabajo que administra el Instituto Nacional de Seguros. En el caso del Ministerio de Salud, el financiamiento proviene de impuestos generales, aunque debe anotarse que dicha entidad posee una muy escasa participación en la gestión de la red pública asistencial de servicios de salud.

El Seguro de Salud recibe cerca del 85 por ciento del total de ingresos del sector, la mayor parte de ellos vía cuotas sobre los salarios, que suman un 15 por ciento de la planilla de asegurados directos activos. El Estado participa directamente en su financiamiento mediante dos modalidades: aporta un 0.25 por ciento de todos los salarios cotizables y suministra los recursos para la cobertura de la población en condiciones de marginalidad, mediante la modalidad de aseguramiento denominada “Seguro por Cuenta del Estado”.

Se pueden anotar algunas singularidades del sistema de salud costarricense en cuanto a su financiamiento. Primero, la participación del gasto privado es relativamente pequeña (se estima en no más del 2 por ciento del Producto Interno Bruto). Por otra parte, la oferta de servicios públicos está prácticamente centralizada en una sola entidad: la CCSS. Por último, dicha entidad utiliza un sistema de financiamiento y cobertura fundamentado principalmente en un esquema de seguro social, aunque con mecanismos dirigidos a proteger grupos específicos sin capacidad contributiva.

En cuanto a la cobertura, el aseguramiento es obligatorio para los trabajadores asalariados y para toda la población pensionada de los regímenes públicos, mientras que los trabajadores independientes tienen la opción de afiliarse mediante la modalidad de seguro voluntario. Hoy día casi la totalidad de la población rural recibe servicios de atención primaria, independientemente de su condición de aseguramiento. Producto de este proceso, la cobertura contributiva del Seguro de Salud alcanza hoy cerca del 90 por ciento de la población nacional, en tanto el acceso a la mayor parte de los servicios de salud es prácticamente universal.

La Caja Costarricense de Seguro Social es la institución de mayor tamaño que administra el Estado costarricense. Solo el Seguro de Salud, con un presupuesto equivalente al 6 por ciento del Producto Interno Bruto, utiliza los servicios de más de 29 mil empleados, administra los 29 hospitales públicos con que cuenta el país y gestiona los tres niveles de atención en salud mediante 96 áreas de salud. Todos estos elementos convierten a la CCSS, y particularmente al Seguro de Salud, en una organización sumamente compleja y de difícil manejo. Al igual que el resto de entidades públicas del país y de la región, tradicionalmente el enfoque de la organización y gestión han estado influenciados por un espíritu fuertemente centralista.

Uno de los objetivos prioritarios del Proyecto de Modernización vigente en la Caja Costarricense de Seguro Social consiste en dotar a los niveles regionales y locales, de mayor autonomía en la gestión, bajo un esquema de rendición de cuentas renovado. En los últimos años, se vienen generando esfuerzos importantes dirigidos a modificar el modelo de asignación de recursos y a establecer esquemas pseudo contractuales de gestión, los cuales se establecen entre la administración central de la CCSS y las unidades proveedoras de servicios; el instrumento utilizado se denomina “Compromiso de Gestión”.

5.2 *Los Compromisos de Gestión: alcance, respuesta e impacto*

5.2.1 *Marco general*

En el año 1996 la CCSS se empeñó en impulsar una reforma sanitaria que tiene como propósito aumentar la calidad y eficiencia de los servicios de salud y contener la expansión del gasto. El eje central de la reforma se basa en dos elementos clave: la introducción de relaciones contractuales entre la administración central de la CCSS y los proveedores de servicios de salud; y la implantación de un nuevo modelo de asignación de recursos.

Las reformas que se impulsan mediante los compromisos de gestión y el nuevo esquema de asignación de recursos, buscan no solo mejorar la calidad de la atención, sino también introducir mejoras en diferentes ámbitos de la gestión:

- Agilizar la toma de decisiones;
- Desconcentrar el riesgo en la toma de decisiones estratégicas y operativas, en los distintos niveles de la organización;
- Favorecer la transparencia en cuanto a las responsabilidades y objetivos pactados; y
- Promover la rendición de cuentas, con base en la negociación de objetivos específicos para cada centro y en el vínculo entre la transferencia de recursos y el cumplimiento de dichos objetivos.

Con la reforma, el instrumento contractual que guiará las relaciones entre la administración central de la CCSS y las unidades asistenciales se denomina *Compromiso de Gestión*. Este a su vez constituye el instrumento mediante el cual se busca la implantación del nuevo mecanismo de asignación de recursos, que gradualmente reemplazará el sistema de base histórica, por otro donde la transferencia de recursos se basa en la actividad hospitalaria, en el cumplimiento de metas de calidad y con énfasis en las necesidades de salud de la población, en lugar del actual modelo basado en la oferta.

Los compromisos de gestión se definen como un instrumento de relación con los centros públicos de salud que vincula las metas de actividad con el presupuesto asignado a cada centro. En términos operativos, se entienden como acuerdos firmados entre la administración central de la CCSS (financiador-comprador) y los hospitales y las áreas de salud (proveedores).

La introducción de los compromisos de gestión y del nuevo modelo de asignación de recursos, lleva implícita la separación de las funciones de financiamiento, asignación de recursos y provisión de servicios, con lo cual se pretende promover la cooperación y competencia entre los proveedores de servicios de salud. Los compromisos comprenden la evaluación de los resultados de las acciones o programas, lo que significa que se reducen gradualmente los controles administrativos *ex ante*, los cuales son reemplazados por evaluaciones *ex post*.

La implantación de los compromisos de gestión arranca en el año 1997, mediante un proyecto piloto que abarcó siete hospitales y cuatro áreas de salud. En noviembre de ese mismo año se iniciaron las negociaciones con nuevas unidades asistenciales y se extiende la firma de

compromisos de gestión a cinco hospitales más; durante los dos años siguientes se incorporaron nuevos establecimientos de salud al esquema de compromisos de gestión, con la meta de extenderlos a toda la red de servicios administrada por la CCSS.

5.2.2 Aspectos operativos de los compromisos de gestión

El proceso que conduce a la firma de un compromiso de gestión entre la administración central de la CCSS y las unidades asistenciales, se inicia con la selección de los hospitales y áreas de salud con las que se pretende introducir el instrumento. Para la firma de los primeros compromisos de gestión vigentes a partir de 1997, la CCSS seleccionó siete hospitales y cinco áreas de salud, para lo cual se utilizaron criterios de diversa índole, tales como capacidad de concertación política, complejidad, volumen de presupuesto y representatividad.

Una vez establecidas las intenciones de firmar el compromiso de gestión, se inicia un proceso de negociación. La administración superior de la CCSS, con el apoyo técnico de las instancias administrativas, definen las condiciones generales y objetivos estratégicos de los compromisos de gestión, pero cada compromiso se negocia individualmente con el centro asistencial, mediante una Comisión de Negociación nombrada por cada parte firmante.

Los compromisos de gestión se evalúan anualmente, con el fin de controlar su cumplimiento y de adaptarlos a las necesidades cambiantes en cuanto a objetivos. La evaluación contempla aspectos relacionados con el presupuesto, los objetivos de salud, la calidad y la satisfacción de los usuarios. Asimismo, se realizan evaluaciones parciales con periodicidad semestral y una evaluación final cada año. Esta actividad se basa en un plan de evaluación de cumplimiento. La primera evaluación del cumplimiento de metas y del impacto del Compromiso de Gestión se realizó en junio de 1997.

5.2.3. Contenido y alcance

Siguiendo la metodología propuesta por Over y Watanabe (1999), el alcance de la reforma que se persigue con la introducción de los compromisos de gestión puede evaluarse a la luz de tres dimensiones: (i) autonomía gerencial y rendición de cuentas; (ii) exposición al mercado (introducción de competencia); y (iii) sistema de pago a los proveedores. En esta sección se exponen los principales elementos que caracterizan el contenido y alcance de los compromisos de gestión introducidos por la CCSS en los ámbitos señalados.

Objetivos del compromiso de gestión

Para la implantación de los compromisos de gestión, la CCSS ha definido una estrategia guiada por criterios de gradualidad, en dos sentidos: en la incorporación paulatina de nuevos centros asistenciales y en el alcance de los objetivos y metas fijadas. Así por ejemplo, los primeros compromisos firmados tienen un fuerte énfasis en el desarrollo de los sistemas de información, pues se visualiza que a partir de este insumo que se podrá profundizar su alcance en etapas posteriores.

Entre otras particularidades, los compromisos incorporan características específicas de los establecimientos de salud en cuanto a población adscrita, recursos físicos y financieros y

oferta de servicios (casuística). En su contenido se distingue entre *cláusulas generales y específicas*. Las cláusulas generales comprenden: objetivos del contrato, condiciones de acceso a los servicios, derechos de los usuarios, promoción de la calidad, condiciones económicas generales, esquema de facturación de servicios, gestión de los ingresos extraordinarios, evaluación y control, vigencia y condiciones de renovación.

Las *cláusulas específicas*, con base en las cuales se sustenta la fijación de objetivos y metas específicas, los indicadores de desempeño, los criterios de evaluación y la asignación de recursos, incluyen cuatro ámbitos de la gestión:

- (i) Nivel de actividad contratada,
- (ii) Objetivos organizativos,
- (iii) Objetivos de calidad, y
- (iv) Objetivos asistenciales.

El diseño de los objetivos específicos, la selección de los indicadores de cumplimiento y su respectiva ponderación, responde a los criterios que en cada momento establece el financiador-comprador para la entidad proveedora que firma el compromiso de gestión.

Los objetivos específicos respecto al *nivel de actividad contratada* detallan las Unidades de Producción Hospitalaria (UPH)² pactadas para los servicios de hospitalización, atención ambulatoria, atención de urgencias, así como las tarifas y el Presupuesto por Producción resultante que le corresponde a cada hospital; dicho presupuesto se obtiene multiplicando las UPH pactadas por la tarifa vigente.

Los *objetivos organizativos* establecen las metas y actividades específicas y los indicadores de desempeño utilizados, dirigidos a mejorar la gestión del proveedor. En una primera etapa incluyen requerimientos tales como: capacitación de jefaturas, implantación de registros, desarrollo de sistemas de información (en distintas áreas), calidad de los datos y oportunidad en su suministro. Por ejemplo, en los compromisos de gestión firmados con los hospitales en 1997, se incluyeron objetivos organizativos tales como el desarrollo de sistemas automatizados para el manejo de citas, gestión de listas de espera, reingresos hospitalarios y referencia de pacientes del primer nivel, entre otros.

En cuanto a los *objetivos de calidad* se establecen metas tendientes a mejorar la calidad de los servicios y la atención del usuario. Específicamente, se consideran metas específicas respecto a prevención y control de la infección hospitalaria, protocolización de procesos de atención (por grupos clínicos); así también, para promover una mejor atención del usuario se establece la realización de encuestas de satisfacción, el establecimiento de programas de mejoramiento de la calidad, la creación de registros de cancelación de citas médicas, y el establecimiento de oficinas de información al usuario y de sistemas de quejas y reclamaciones.

Los *objetivos asistenciales* tienen que ver con la introducción de mejoras en el proceso de atención y en los resultados de salud; como por ejemplo, nivel de mortalidad hospitalaria, salud

² Esta es la denominación que recibe la unidad de medida de producción hospitalaria, aplicable a la producción de servicios en los distintos niveles de la red de atención.

materno-infantil, giro de camas, dispensación y aprovechamiento de medicamentos y tiempos de atención.

Condiciones económicas: sistema de pago

Las condiciones económicas de los compromisos de gestión incorporan la implantación del *Presupuesto por Producción*, el cual está en función de la actividad hospitalaria (medida a través de las UPHs) y de la tarifa vigente; pero durante las primeras etapas este esquema de asignación de recursos se aplica en forma paralela al presupuesto histórico. Uno de los mayores retos es, por lo tanto, abandonar el presupuesto histórico y sustituirlo por el de producción.

Del total del presupuesto histórico (asignación efectiva) los hospitales pueden destinar hasta un diez por ciento para constituir un *Fondo de Incentivos*, el cual tiene como propósito incentivar el aumento de la productividad, la calidad, la eficiencia y las innovaciones en la gestión.

Para cada período presupuestario, la alimentación del Fondo de Incentivos por parte del financiador-comprador, está condicionada al grado de cumplimiento del conjunto de objetivos específicos pactados, para lo cual se asignan ponderaciones relativas al cumplimiento de cada objetivo, que se evalúan con base en los indicadores definidos y en la información suministrada por el proveedor. Los usos a los que se pueden destinar los recursos del Fondo de Incentivos son: inversiones en activos menores de maquinaria y equipo, mejoras al inmueble, capacitación, becas, inversiones que contribuyan a mejorar la calidad de la atención, incentivos económicos y sociales para los trabajadores en función del desempeño; la decisión final sobre el destino de estos recursos la toma el proveedor con completa autonomía.

Un elemento adicional que se introduce con el compromiso de gestión es que la unidad proveedora puede generar ingresos extraordinarios mediante la venta de bienes y servicios a terceros, aunque el uso de los respectivos recursos está regulado en el compromiso de gestión, en función del cumplimiento de los objetivos específicos.

En el contexto del enfoque propuesto por Over y Watanabe (1999), la asignación de recursos a los hospitales basada en el Presupuesto por Producción, aunque en proceso de implantación, constituye un avance en el sentido de que establece las condiciones para evaluar el desempeño de los gerentes hospitalarios en el ámbito económico. El Fondo de Incentivos, por otra parte, representa un punto de partida para considerar, en un futuro, el establecimiento de incentivos al desempeño individual al interior del hospital.

Autonomía y rendición de cuentas

Hasta ahora el alcance de los compromisos de gestión en cuanto a autonomía gerencial y rendición de cuentas es limitado. Aunque el proceso tiende a brindar una mayor autonomía hospitalaria en la contratación de personal, las reformas no han implicado cambios en los esquemas vigentes de contratación, los cuales se enmarcan dentro del esquema tradicional de servicio público. El Director del centro hospitalario es quien responde ante la administración central de la CCSS, pero no existen mecanismos formales para sancionar el no cumplimiento de los compromisos firmados, excepto por la limitación al acceso al Fondo de Incentivos. Aunque

la Junta Directiva de la CCSS posee la facultad para remover a los directores de los hospitales, en términos jurídicos difícilmente ello se puede aplicar mediante despido, sino solo por transferencia a un puesto similar.³

Al interior de los centros hospitalarios, tampoco existen mecanismos para sancionar el no cumplimiento de los objetivos pactados a nivel de áreas de servicio; los jefes de servicio responden ante el Director del hospital, pero éste está imposibilitado para tomar medidas tales como suspensión o despido en caso de no cumplimiento; a lo sumo, puede aplicar medidas disciplinarias relacionadas con la comisión de actos indebidos (incluyendo acciones corruptas), pero no relacionados con el resultado de la gestión. No obstante, muchos directores han utilizado el Compromiso de Gestión como marco para pactar metas específicas con los jefes de sección, cuyos objetivos se convierten en la base de asignación de los incentivos del hospital. Hay que anotar que mediante la encuesta realizada a los directores y jefes de servicio de los hospitales con compromiso de gestión, se determinó que en una elevada proporción no se practican evaluaciones de desempeño del personal.

Por otra parte, el esquema de incentivos que se propicia mediante el establecimiento del Fondo de Incentivos, no premia el desempeño individual, ni siquiera a nivel de los directores de los hospitales, aunque no se descarta esta alternativa en una fase posterior del proceso. Por lo tanto, el tipo de incentivos previstos se relacionan básicamente con otros factores, tales como el mejoramiento de las condiciones de trabajo y otras formas de compensación no pecuniarias.

Una perspectiva desde la cual puede ser vista la rendición de cuentas y la calidad de la supervisión a la que están expuestos los gerentes hospitalarios, es la existencia de un cuerpo colegiado externo, tipo junta directiva, similar al que opera en las empresas privadas; así como la existencia de auditorías médicas externas. Mediante el Proyecto de Modernización de la CCSS fueron creadas las Juntas Hospitalarias, como órganos externos de definición de políticas, control y supervisión, de modo que su instauración y funcionamiento es aún incipiente. Respecto de las auditorías, los hospitales de la CCSS son sujetos de auditorías externas practicadas por personal de la administración central, lo cual puede ser visto como una limitación importante, pues usualmente las auditorías hospitalarias se realizan contra demanda y la administración central de la CCSS no tiene la capacidad para cubrir adecuadamente y en forma continua toda la red hospitalaria.

En relación con las sanciones impuestas a los médicos que cometen actos corruptos, la encuesta a directores y jefes de servicio arrojó resultados poco halagadores, pues menos de la mitad de los entrevistados señalaron el despido como medida disciplinaria, lo que evidentemente contribuye a mantener una percepción de impunidad del personal frente a los actos corruptos.

Exposición al mercado

Por exposición al mercado se entiende como el grado en que los hospitales pueden ser sometidos a las fuerzas del mercado, con el fin de propiciar los incentivos a la eficiencia provistos por éste.

³ Con la aprobación de la Ley de Descentralización en 1999, el nombramiento de los directores se limita a cinco años y se vincula la renovación de su contrato con el desempeño del hospital en el contexto del Compromiso de Gestión.

En Costa Rica, el tamaño tan reducido del sector privado en la oferta de servicios hospitalarios, impide optar por una exposición real de los hospitales públicos a las fuerzas del mercado como forma de introducir un mayor grado de competencia; excepto en lo que se refiere a la participación del sector privado en la provisión de algunos servicios médicos y de apoyo.

Aunque uno de los objetivos de la reforma es introducir elementos de competencia en la operación del sistema de salud, esto se visualiza mediante un esquema de “competencia gestionada” entre los centros hospitalarios públicos del Seguro de Salud, básicamente en lo que se refiere a facturación de servicios entre niveles de atención y entre hospitales. Sin embargo, en las primeras fases de los compromisos de gestión no han sido incorporados todavía este tipo de elementos; a futuro, es probable que la CCSS avance en esa dirección, pero se requiere agotar algunas fases, especialmente en lo que tiene que ver con el desarrollo de los sistemas de información que apoyarían la facturación de servicios.

Por lo tanto, se puede concluir que las posibilidades de avanzar hacia una exposición de los hospitales a las fuerzas del mercado, están restringidas por la prevalencia de una oferta de servicios fundamentalmente pública y en el contexto de la reforma se limitan a introducir un esquema de competencia gestionada.

5.2.4 La respuesta organizacional: Evaluaciones de 1997 y 1998

La respuesta de los hospitales ante los cambios que introduce la reforma, en términos del comportamiento gerencial, se refiere al conjunto de reglas y procedimientos, formales e informales, para la selección, uso y supervisión de los recursos en la forma más eficiente para alcanzar los objetivos de la organización.⁴

En esta sección se muestran los principales resultados de las evaluaciones a los compromisos de gestión como una manera de asociar los cambios que logran dichos contratos en las unidades proveedoras y la transparencia con que pretende funcionar el sistema público de salud. La respuesta de la organización puede evaluarse en términos de las siguientes dimensiones: sistemas de información, administración financiera, calidad de servicios y satisfacción de usuarios, administración de recursos humanos, aprovisionamiento y estrategia gerencial.

Como punto de partida para analizar la percepción del personal de salud de los hospitales respecto al impacto de la introducción de los compromisos de gestión, se presentan los principales resultados de las evaluaciones de los compromisos de gestión para los años 1997 y 1998. Cabe destacar que el escaso detalle contenido en los informes de las evaluaciones practicadas por la CCSS no permite una evaluación rigurosa y exhaustiva de la respuesta gerencial ante el cambio, por lo que se extraen aspectos centrales de carácter general.

Las evaluaciones están basadas en el nivel de cumplimiento de los objetivos organizativos, asistenciales y de calidad que se establecen en las cláusulas específicas de los compromisos. Cada uno de estos objetivos tiene una ponderación asignada en el respectivo compromiso y su evaluación se realiza sumando los puntajes asignados a los indicadores que

⁴ Over y Watanabe (1999).

componen cada grupo de objetivos. Para tales efectos, se aplica un formulario específico para cada hospital, que es cumplimentado por una comisión evaluadora integrada por funcionarios de la administración central de la CCSS. La información es recolectada por la comisión directamente en el establecimiento de salud y es discutida con los funcionarios encargados y con el Director del hospital. Posteriormente, el grado de cumplimiento de cada aspecto evaluado se verifica contra la existencia de registros, documentos e informes internos; en ausencia de documentación que respalde los resultados, el cumplimiento se considera no satisfecho.

La primera evaluación se realizó al finalizar el primer semestre de 1997. Como observaciones generales, el informe de evaluación indica que en todos los hospitales predominó una actitud positiva respecto al proceso de evaluación y que se evidencia la conformación de equipos de apoyo al proceso de implantación de los compromisos de gestión, aunque en algunos hospitales en mayor medida que en otros. El informe refiere al *“nacimiento de una nueva cultura de gestión”* y al desarrollo de visión diferente del proceso de cambio, lo cual se complementa con una divulgación progresiva de los compromisos de gestión al interior de los hospitales que participan.

Como parte del presente estudio, se analizó la divulgación de los compromisos de gestión y sus resultados al personal; la información extraída de la encuesta aplicada a los directores y jefes de servicio de los hospitales con compromiso de gestión indica que los resultados de las evaluaciones siempre son divulgados al personal hospitalario, con un 80% de respuestas afirmativas, lo cual parece reforzar la idea de que los compromisos de gestión están creando una nueva cultura gerencial.

Específicamente, el grado de cumplimiento de los objetivos específicos fue irregular, con variaciones que van desde 98.3% para el Hospital Nacional de Niños, hasta un 65.3% para el Hospital Calderón Guardia. El informe de evaluación aclara que las diferencias pueden estar explicadas más por elementos cualitativos que cuantitativos, pues *“existen una serie de aspectos no evaluados que hacen que un hospital tenga mejores resultados que otros, lo cual no necesariamente significa que sea más eficiente.”* Otro aspecto que se destaca es que el *“cumplimiento medianamente satisfactorio”* de los compromisos durante este período podría estar explicado por la falta de cumplimiento de los compromisos adquiridos por la administración central de la CCSS, que mostró un índice promedio de cumplimiento del 68% y particularmente bajo (25%) en una área crítica como es el apoyo en sistemas de información (por parte de la Dirección de Informática).

Para el año 1998 se dispone de una única evaluación anual, para las 14 áreas de salud, 4 cooperativas de salud y 10 hospitales que participaron en el proceso; en conjunto, estas unidades abarcan el 34% del gasto en salud de ese año. La evaluación fue realizada por la recién creada Dirección de Compra de Servicios de Salud, instaurada por la CCSS como parte del proceso de cambio. El Informe señala que *“El compromiso de gestión de 1998 tuvo como propósito crear una plataforma de organización interna de los servicios y de registro de información, que le permitiera a los establecimientos de salud ser más eficientes en su gestión mediante un conocimiento más cercano de su realidad y de su capacidad de producción.”*

En función del conjunto de objetivos específicos establecidos para 1998, el informe de evaluación de ese año indica que se han dado avances en el desarrollo de los sistemas y procesos institucionales. Aunque dicho informe señala que en todos los hospitales con compromiso de gestión se observa un incremento gradual de su actividad, los principales indicadores de producción (e.g., egresos hospitalarios, estancias y estancia media) no parecen apoyar esa aseveración.

El cumplimiento por objetivos específicos indica que dos hospitales cumplieron el 100% de lo pactado en los objetivos organizativos; le siguen cuatro hospitales con un nivel superior al 80%; el resto se ubica por debajo del 75%. En cuanto a los objetivos de calidad, cinco hospitales alcanzaron un cumplimiento del 100%, dos hospitales con porcentajes cercanos al 60% y el resto quedó por encima del 70%. En cuanto a los objetivos asistenciales, cuatro hospitales cumplieron el 100% de los objetivos pactados, otros cuatro superaron el 90%, un hospital obtuvo 83% y uno menos del 70%.

La evaluación de 1998 concluye que *“Analizando los resultados en forma conjunta, se logra observar que los porcentajes de cumplimiento de lo pactado en el compromiso de gestión son altos en su mayoría y que hay que poner atención en aquellos que presentan porcentajes por debajo de un 70%.”* Por otra parte, se indica que a pesar de ser de cumplimiento obligatorio, los objetivos de organización fueron logrados en un 100% solo por dos hospitales *“...lo que evidencia limitaciones en aspectos básicos como el registro y calidad de la información. Debido a esto la mayoría no logró acceder al fondo de incentivos, lo que puede haber generado decepción ante el esfuerzo realizado.”* Con respecto a los objetivos de calidad, se indica que las áreas de salud y hospitales que contaban con experiencia previa en la firma de compromisos de gestión lograron un mayor grado de cumplimiento, *“...por lo cual se podría suponer que en los aspectos de calidad la variable tiempo o experiencia tienen un peso a considerar.”*

¿Denotan estas evaluaciones cambios en el comportamiento gerencial? Para responder esta pregunta se puede analizar la respuesta organizacional en tres etapas. En una primera etapa se introducen los instrumentos que conformarían la base para mejorar el control gerencial: el Compromiso de Gestión, las nuevas reglas en la asignación de recursos y los sistemas de información para el control gerencial (o el mejoramiento de su cobertura y calidad). Una segunda etapa conllevaría a la utilización efectiva de dichos instrumentos; mientras que la tercera etapa comprendería la consolidación de las relaciones contractuales contenidas en el Compromiso de Gestión, incluyendo la plena instauración del nuevo esquema de asignación de recursos.

De acuerdo con lo anterior, los resultados de las evaluaciones dan cuenta de cambios asociables a la primera etapa del proceso, lo que se manifiesta en la capacidad de la organización para difundir y asimilar los nuevos instrumentos, y que se refleja en un porcentaje relativamente elevado de cumplimiento de los *objetivos organizativos* y de *calidad* contenidos en el Compromiso de Gestión.

5.2.5 *Evaluando el impacto del Compromiso de Gestión*

En el enfoque de Over y Watanabe (1999), el propósito de evaluar el impacto de la reforma es determinar si el desempeño del hospital ha mejorado, con base en la consideración de cuatro dimensiones: eficiencia técnica, eficiencia en la asignación, calidad y equidad.

Una forma de evaluar la eficiencia técnica es analizar si la reforma hace que los hospitales generen un mayor nivel de producción con no más recursos que los existentes previamente a la introducción de los cambios. Para evaluar el impacto en producción, se analizaron cifras de actividad hospitalaria durante el período 1995-1998 para los siete hospitales que firmaron compromiso de gestión en el año 1997, con el propósito de validar posibles mejoras en esta área y su relación con la introducción de los nuevos instrumentos de gestión (compromisos y asignación de recursos).

Se analizaron los egresos hospitalarios, estancias, estancia media y porcentaje de ocupación de camas. El resultado del análisis es que no existe regularidad en el comportamiento de estas variables, que arroje indicios de aumentos en la producción hospitalaria o reducciones en la estancia media a partir de 1997. Estos datos fueron complementados con información sobre el gasto en términos reales de los siete hospitales considerados; el resultado es que el gasto real de cada uno de dichos establecimientos creció entre 1996 y 1998, con un crecimiento global real del 6.7 por ciento.⁵ En conjunto, los datos de producción y gasto hospitalario no reflejan aumentos en la eficiencia técnica de los hospitales con Compromiso de Gestión durante 1997 y 1998.

Por eficiencia en la asignación se entiende la producción de la mezcla correcta de producto, usando la mezcla correcta de insumos. En términos de evaluación, se trata de un objetivo complejo y controvertido, pues en el caso de los hospitales públicos la mezcla correcta de producto estará en función de las preferencias sociales (e.g., recursos para trasplante de órganos versus recursos para actividades y tratamientos preventivos). En relación con la mezcla óptima de insumos, involucra el estudio de la calificación del personal y la selección de tecnología médica, en comparación con el nivel resolutivo del hospital; aspectos no contemplados hasta ahora en los sistemas de información de la CCSS.

En cuanto al análisis de impacto en calidad, se analizaron los indicadores de mortalidad hospitalaria para el periodo 1995-1998, para los hospitales que firmaron el compromiso de gestión en 1997. En este caso, se observan reducciones en la tasa de mortalidad intrahospitalaria en cuatro de los siete hospitales evaluados, pero dicho indicador empeoró o mantuvo un nivel similar en los otros tres hospitales.

Se debe anotar que uno de los mayores logros de la introducción de los compromisos de gestión es la creación de mecanismos para resolver las inquietudes y reclamos por parte de los usuarios, lo que a futuro podría incidir favorablemente en el aumento en la calidad de la atención. Por medio de la encuesta aplicada a los directores y jefes de servicio se pudo constatar que en todos los hospitales donde opera el compromiso de gestión, el cuerpo gerencial indica que

⁵ Las cifras de gastos fueron suministradas por la Unidad Ejecutora del Proyecto de Modernización de la CCSS y luego deflatadas con el Índice de Precios Implícito del Seguro de Salud.

sí existen tales mecanismos, en contraste con una baja respuesta favorable en el caso de los hospitales donde no se había instaurado el Compromiso.

En relación con el impacto sobre la equidad, dos formas de abordar su estudio es mediante el análisis de mejoras en el acceso a los servicios por parte de la población pobre y la reducción de los cobros indebidos a pacientes (“side-payments”). En cuanto a acceso, en el caso de Costa Rica las personas pobres tienen garantizado el acceso a los servicios de salud mediante la modalidad de Seguro por Cuenta del Estado, lo que en teoría hace inútil un análisis en esa dirección, a lo cual hay que agregar que los sistemas de información de los hospitales no registran información de esa índole. Respecto a los cobros indebidos a pacientes, el problema se analiza en un capítulo posterior de este trabajo, pero en forma preliminar puede afirmarse que la introducción de los compromisos de gestión no ha causado cambios favorables en la percepción de los usuarios y del personal de salud respecto a la reducción de este problema.

6 La Incidencia de la Corrupción en la CCSS

En esta sección se presentan los principales resultados de las mediciones sobre las formas e incidencia de la corrupción en seis hospitales públicos de Costa Rica. En todos los casos se presentan resultados separados según tipo de profesional (médicos y enfermeras), así como el tipo de gestión (con compromiso y sin compromiso), atendiendo a la necesidad de extraer índices de percepción comparativa en función del papel desempeñado en el proceso de servicio y de la posición de los entrevistados en relación con su exposición al fenómeno de la corrupción.

6.1 *La corrupción en el sector público costarricense*

Como punto de partida para estudiar la corrupción en los hospitales públicos, se estudia la percepción que posee el personal de salud entrevistado (médicos y personal de enfermería) y los usuarios de los servicios, sobre la extensión de la incidencia de la corrupción en el sector público. Los resultados se presentan en el Cuadro 3.

Cuadro 3. Nivel medio de corrupción en instituciones costarricenses según opinión de usuarios, médicos y personal de enfermería. (según calificaciones en escala de 0 a 10)*

Institución	Usuarios Médicos Enfermeras		
Instituciones Educativas Privadas	5.3	5.1	6.2
Ministerio de Educación	5.4	5.7	6.5
Ministerio de Salud	5.4	5.3	6.7
Medios de comunicación	5.6	6.1	5.8
Caja Costarricense Seguro Social	6.1	6.8	7.6
Corte Suprema de Justicia	6.2	6.0	7.2
Bancos Estatales	6.3	6.8	7.6
Ministerio Obras Públicas y Transp.	6.7	8.0	7.9
Certificado Abono Tributario	7.0	9.2	8.6
Presidencia de la República	7.2	6.6	8.2
Policía de Tránsito	7.6	8.5	8.4
Número de respuestas	482	125	348
Porcentaje de no respuesta	48.0	19.8	10.7

* Donde cero significa que no existe corrupción y diez que es muy alta.

Fuente: Encuestas a personal y usuarios.

Tanto desde el punto de vista de los usuarios como del personal de salud, las instituciones que se perciben con mayor grado de corrupción son la Policía de Tránsito, la Presidencia de la República, los Certificados de Abono Tributario⁶ y el Ministerio de Obras Públicas y Transportes. En forma independiente del informante, las instituciones donde se percibe menor corrupción son los centros educativos privados, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud y los medios de comunicación.

La calificación del grado de corrupción en la CCSS no es tan desfavorable en comparación con otras instituciones, pues aparece con puntajes intermedios en la escala: los usuarios le asignan una calificación media de 6.1, los médicos 6.8 y las enfermeras 7.6. Es importante destacar que, en general, el grupo que asigna calificaciones más drásticas (percepción de mayor corrupción) a todas las instituciones, es el de los profesionales en enfermería. En este caso, la CCSS aparece con una calificación más desfavorable en comparación con la opinión de usuarios y médicos.

Para contar con una idea más precisa de la posición comparativa de la percepción del grado de corrupción en la CCSS en relación con otras entidades, se elaboró un índice que muestra dicha posición en términos de: índice medio de corrupción, institución percibida como menos corrupta e institución percibida como más corrupta. Los resultados se muestran en el Cuadro 4.

⁶ Se trata de un incentivo fiscal dirigido a empresas exportadoras.

Cuadro 4. Ubicación comparativa de la percepción de la Corrupción en la CCSS: (índice base 100)

Posición relativa de la CCSS con respecto a:	Usuarios	Médicos	Enfermeras
Institución menos corrupta	114	133	131
Índice medio (promedio simple)	98	101	104
Institución más corrupta	81	74	89
Número de respuestas	482	125	348
Porcentaje de no respuesta	48.0	19.8	10.7

Fuente: Encuesta a personal y usuarios

Para los usuarios el índice medio de corrupción percibida en la Caja Costarricense de Seguro Social es 14 por ciento más elevado que el de la institución percibida como menos corrupta (centros educativos privados), 19 por ciento menor que el de la más corrupta (Policía de Tránsito), y 2 por ciento inferior que la calificación promedio asignada a todas las instituciones contempladas en la pregunta. El principal resultado es que los tres grupos de informantes asignan a la CCSS un nivel de percepción de corrupción muy cercano al promedio de las restantes instituciones.

Acerca de las razones que indican los profesionales en salud entrevistados para la presencia de la corrupción en el sector público, en el Cuadro 5 se presenta información relevante.

Cuadro 5. Costa Rica: razones que favorecen la corrupción en el sector público (porcentaje de respuestas positivas)

Razones	Médicos	Enfermeras	Usuarios
Excesivas y complejas regulaciones	30.8	16.4	8.3
Debilidad de las leyes	51.3	71.3	41.3
Falta de profesionalismo	36.5	52.3	38.6
Bajos salarios	57.1	40.3	35.7
Malos ejemplos de los líderes	61.5	68.7	35.3
Pobreza	16.7	26.4	35.3
Falta de educación	19.9	23.6	23.3
Interferencia política	61.5	44.9	12.9
Insuficientes reformas económicas	7.1	14.6	3.1
Excesivos impuestos	24.4	27.4	4.4
Falta de motivación en el trabajo	44.9	44.9	-
Número de respuestas	153	384	652
Porcentaje de no respuesta	1.9	1.5	29.7

Fuente: Encuestas a personal y usuarios

Las principales causas mencionadas por el personal de salud, se refieren a debilidad en las leyes, bajos salarios, malos ejemplos de los líderes, falta de profesionalismo e interferencia

política. En el caso de los médicos, las tres primeras causas mencionadas son, en orden de importancia, la interferencia política (61.5 por ciento de respuesta), los malos ejemplos de los líderes (61.5 por ciento) y los bajos salarios existentes en el sector público (57.1 por ciento); mientras que para el personal de enfermería las tres principales razones para la extensión de la corrupción en el sector público son: debilidad de las leyes (71.3 por ciento), malos ejemplos de los líderes (68.7 por ciento) y la falta de profesionalismo (52.3 por ciento).

En relación con estos resultados, es importante referirse a dos aspectos concretos. En primer lugar, a diferencia del profesional en enfermería, para los profesionales médicos el tema salarial aparece como un punto importante en la explicación del fenómeno de la corrupción, resultado que no es casual, en virtud de que históricamente para el gremio médico la reivindicaciones salariales han estado presentes como factor de peso en sus aspiraciones de grupo.

En segundo término, los factores de índole político parecen jugar un papel importante en la explicación de los actos de corrupción en el sector público. Por un lado, los malos ejemplos de los líderes pueden considerarse como elemento generador de cierta justificación para realizar actos corruptos para el resto de la población, lo cual podría caracterizarse como una forma de “socialización” del fenómeno que tiende a favorecerlo y perpetuarlo. Otro tipo de factores se relacionan con la intromisión política en la gestión de las instituciones públicas, fenómeno altamente extendido en nuestro medio y motivo de debate público continuo, de modo que no es casual que aparezca este elemento entre las principales razones señaladas para la existencia de actos de corrupción en el sector público.

Por otra parte, la percepción de los usuarios respecto a los factores que favorecen la corrupción en el sector público, tienden a favorecer el tema de la debilidad en las leyes (41.3 por ciento), seguido por la falta de profesionalismo (38.6 por ciento), y por los bajos salarios y los malos ejemplos de los líderes (ambos con porcentajes cercanos al 35 por ciento).

6.2 *La corrupción en los hospitales públicos de Costa Rica*

Para los efectos del presente trabajo, se han estudiado tres tipos de actos de corrupción: el ausentismo, los cobros indebidos y el hurto de materiales y equipo.

Un aspecto que vale la pena indicar el hecho de que en este caso particular, se recurre a las opiniones de una porción de los informantes—a saber, el personal médico—que son el sujeto principal de estudio en un tema donde su condición profesional y moral se ve cuestionada; evidentemente, éste constituye un factor de riesgo en la presente investigación, que no por casualidad se manifestó en el elevado índice de no respuesta por parte de dicho grupo.

Dentro del grupo de informantes que completaron el cuestionario, total o parcialmente, se derivan índices de percepción de incidencia de la corrupción hospitalaria de magnitudes significativas. A juzgar por los elevados índices de respuestas

Cuadro 6. Percepción de incidencia de la corrupción según tipo de profesional (porcentaje de respuestas afirmativas)

Tipo de actos	Médicos	Enfermeras
Evidencia de ausentismo	79.5	97.8
Cobros indebidos	85.4	90.1
Hurto de equipo y materiales	71.2	82.9
Número de respuestas	113	328
Porcentaje de no respuesta	27.5	15.8

Fuente: Encuesta a personal

positivas, el ausentismo médico, los cobros indebidos a pacientes y el hurto de materiales y equipo, son percibidos por la gran mayoría de los médicos y enfermeras informantes, como actos ampliamente difundidos en los hospitales públicos donde laboran.

Un aspecto que llama la atención, pero no del todo inesperado, es que casi en todas las preguntas donde se compromete directamente la posición de los médicos respecto a su papel como participantes en actos de corrupción, los índices de percepción de corrupción resultan regularmente más bajos en opinión de los médicos que los resultantes de la opinión de las enfermeras.

Así por ejemplo, mientras que casi el 100 por ciento de las enfermeras menciona que sí existe evidencia de ausentismo por parte del personal médico, el mismo índice resultante de la opinión de los médicos, aunque también elevado, es ligeramente inferior al 80 por ciento. Una situación similar se observa en relación con la valoración de los actos de cobro indebido y hurto de material y equipo.

La encuesta también recopiló información sobre la percepción del nivel de otros actos de corrupción (Cuadro 7); se presenta el índice medio de percepción de corrupción en una escala de 0 a 10, donde 0 indica que “no existe corrupción” y 10 que “la corrupción es muy alta”.

Cuadro 7. Índices medios de corrupción para diferentes aspectos evaluados (escala de 0 a 10)

Aspecto calificado	Médicos	Enfermeras
Obtención de turnos para operar	3.6	6.7
Utilización de salas de operación	3.9	7.1
Prescripción de medicamentos	2.8	6.2
Exámenes de laboratorio	2.9	5.9
Listas de espera	4.2	7.5
Exámenes especiales	2.7	6.4
Cobros indebidos	3.9	7.2
Contratación de personal	3.1	5.6
Recargo pacientes consulta privada	3.5	7.1
Número de respuestas	107	282
Porcentaje de no respuesta	31.4	27.6

* Cero significa que no existe corrupción y diez que es muy alta.

Fuente: Encuestas a personal.

Nuevamente, la percepción de los profesionales en enfermería difiere en forma notable de la de los médicos para todos los aspectos evaluados en la encuesta. Se presentan diferencias de dos tipos: en el nivel de corrupción asignado y en la importancia relativa otorgada a cada aspecto en comparación con los demás. Para los médicos, los índices de corrupción en los aspectos evaluados son relativamente bajos y alcanzan un puntaje máximo de 4.2 para el tema de las listas

de espera. Para las enfermeras, el menor puntaje medio es de 5.6, asociado a contratación de personal, en tanto que el tema de la administración de listas de espera ocupa el valor máximo con 7.5 puntos, seguido por el de cobros indebidos con una calificación media de 7.2 puntos.

La corrupción en los hospitales, vista desde la perspectiva de los usuarios, no aparece con una magnitud mayor respecto a la de otras áreas de la sociedad. En el Cuadro 8 se observa que el 58.5 por ciento de los usuarios manifiesta que la corrupción hospitalaria es igual o menor que en otras áreas de la sociedad, con una concentración importante hacia la percepción de que comparativamente es menor (36.7 por ciento).

Cuadro 8.
Corrupción en hospitales respecto a otras áreas de la sociedad: opinión de usuarios.

Nivel	%
Total	100.0
Mayor	5.3
Igual	21.8
Menor	36.7
No respondieron	36.2
Número de respuestas	592

Fuente: Encuestas a usuarios

6.2.1 El ausentismo médico

Se califican como formas de ausentismo las que tienen que ver con ausencia completa del médico durante la jornada, llegada tardía y abandono temprano de labores. Cerca del 80 por ciento de los médicos y del 98 por ciento de las enfermeras, señalan que hay evidencia de ausentismo médico. El análisis de la percepción del ausentismo médico en función de la edad, señala que la evidencia de ausentismo no guarda un patrón regular por edad, lo que se interpreta en el sentido de que la antigüedad en el puesto no influye en la valoración sobre la incidencia del ausentismo.

Cuadro 9.
Razones de espera en citas por parte de los usuarios (porcentajes)

Razón	%
Total	100.0
El médico llegó tarde	57.6
El médico se fue antes	3.2
El médico se ausentó	2.8
El médico no llegó	3.0
Su expediente se perdió	2.1
Otro motivo	31.4
Número de respuestas	907
Porcentaje de no respuesta	2.26

Fuente: Encuestas a usuarios

Las prácticas de ausentismo médico se convierten en una de las principales causas de ineficiencia hospitalaria, especialmente porque generan demoras en el flujo de servicio, que afectan directamente a los usuarios. Mediante la encuesta dirigida a usuarios, se determinó que un 60 por ciento de los entrevistados ha sufrido problemas de tiempos de espera. El Cuadro 9 resume información sobre las causas de espera en las citas, señaladas por los usuarios.

Entre los motivos de espera, el 57.6 por ciento de los usuarios que debieron esperar señalan como principal causa la llegada tardía del médico, pero en general, casi un 67 por ciento de las causas de espera en la consulta están explicadas por problemas de ausentismo médico.

Por otra parte, la percepción del personal de salud sobre la frecuencia con que se presenta esta forma de corrupción, arroja resultados muy significativos. Alrededor del 85 por ciento de los médicos y enfermeras señalan que las prácticas de ausentismo se presentan “a diario” o una o dos veces por semana, según consta en el Cuadro 10).

Cuadro 10.
Frecuencia en prácticas de ausentismo
según tipo de profesional informante
(porcentajes)

Frecuencia	Médicos	Enfermeras
A diario	64.0	63.9
Una o dos veces por semana	23.0	20.1
Una o dos veces por mes	6.0	5.3
Ocasionalmente en el año	7.0	10.7
Número de respuestas	100	338
Porcentaje de no respuesta	35.8	13.3

Fuente: Encuestas a personal

En función de estos resultados, existe suficiente evidencia para afirmar que las prácticas de ausentismo médico en los hospitales públicos no son un problema ocasional, sino que por el contrario el problema posee un carácter cotidiano. En efecto, solo un 7 por ciento de los médicos y un 10.7 por ciento de las enfermeras, señalan que dicha práctica es ocasional durante el año.

El análisis de la opinión del personal de salud acerca de los factores que provocan el ausentismo, indica que por parte de los médicos los factores más importantes son, en orden de importancia, los bajos salarios, la tolerancia de los directores, la excesiva carga laboral y la falta de motivación; es decir, para este grupo el origen del problema se centra principalmente en aspectos ligados a la motivación, incluido el exceso de trabajo. Por su parte, las enfermeras ligan el problema a factores relacionados principalmente con la falta de evaluación y control: jornadas simultáneas en varios centros médicos, falta de controles, tolerancia de los directores y falta de evaluación del desempeño.

Con base en estos resultados, es importante destacar algunos puntos. Primero, mientras que para los médicos los bajos salarios representan la principal causa de ausentismo, para las enfermeras representa la causa menos importante (37.2 por ciento frente a 6.9 por ciento, respectivamente). Segundo, al contrario de una suposición bastante extendida en nuestro medio, la opinión del personal de salud es que la forma de contratación de los médicos no ocupa un lugar importante en la explicación del ausentismo: para enfermeras y médicos este factor ocupa la penúltima posición en importancia relativa (Cuadro 11).

Cuadro 11. Opinión sobre causas de conductas de ausentismo según tipo de profesional (porcentajes de respuestas afirmativas)

Causas señaladas	Médicos	Enfermeras
Bajos salarios	37.2	6.9
Guardias muy prolongadas	11.5	16.4
Excesiva carga laboral	31.4	16.2
Sector público no da utilidad	25.0	17.7
Falta evaluación de desempeño	26.9	49.2
No sentirse parte de la organización.	25.6	13.8
Directores toleran actitudes	34.0	65.6
Por costumbre	20.5	32.3
Falta motivación	30.8	11.5
Médicos trabajan en varios lugares	25.6	68.7
Falta de controles	17.4	66.1
Forma de contratación	16.7	11.0
Número de respuestas	153	385
Porcentaje de no respuesta	1.9	1.2

Fuente: Encuestas a personal.

En tercer lugar, que tanto los médicos como las enfermeras (principalmente este último grupo) colocan la falta de evaluación del desempeño, la tolerancia de los directores y la falta de controles, como causas de ausentismo médico, lo cual tiende a evidenciar ausencia de adecuados mecanismos de rendición de cuentas. Precisamente, se trata de un problema que se pretende atacar con la implantación de los compromisos de gestión.

Por último, cabe anotar que como parte del estudio se intenta determinar el impacto de la existencia o no de los mecanismos de control y sanción sobre determinadas variables, entre ellas el nivel de ausentismo. El índice de calificación de los mecanismos de vigilancia, control y sanción del ausentismo resultó relativamente bajo, tanto por parte del personal de enfermería como de los médicos, con valores de 3.6 y 4.1, respectivamente (medidos en una escala de cero a diez), donde cero indicaría que son inexistentes y 10 que son excelentes; además, con base en la prueba Chi cuadrado, la diferencia en opiniones según tipo de profesional resultó estadísticamente significativa.

Una evidencia que respalda la no existencia de mecanismos de sanción del ausentismo es que no hay antecedentes en la CCSS de la apertura de procesos de despido al personal médico, asociados con problemas de ausentismo.⁷

⁷ Esta afirmación se basa en consultas a funcionarios de larga trayectoria en la Dirección Jurídica de la CCSS, quienes afirman no tener conocimiento de antecedentes de procesos de sanción de esa índole.

6.2.2 Uso de instalaciones y cobros indebidos

Una segunda área de análisis es el uso de instalaciones y cobros indebidos a pacientes por parte del personal médico. Los cobros indebidos están asociados directamente con dos tipos de conductas de los médicos, presentes en el medio costarricense: i) uso de materiales e instalaciones físicas de los hospitales públicos para atender usuarios referidos desde la consulta privada, con acceso más expedito a los servicios del hospital, y ii) derivación de usuarios de hospitales públicos a la consulta privada.

Una de las implicaciones más importantes de la existencia de cobros indebidos a pacientes es que reducen el acceso a los servicios de salud de la población de más bajos ingresos, y por tanto, constituyen un obstáculo para potenciar los objetivos de equidad que se persiguen mediante la reforma sanitaria.

Cuadro 12. Frecuencia en el uso de instalaciones físicas y materiales, según tipo de profesional informante (porcentajes)

Frecuencia	Médicos	Enfermeras
A diario	20.6	47.6
Al menos una vez por semana	35.1	37.5
Al menos una vez al mes	16.5	10.7
Casi nunca	18.6	2.5
Nunca	9.3	1.6
Número de respuestas	97	317
Porcentaje de no respuesta	37.8	18.7

Fuente: Encuestas a personal

Como se anota en el Cuadro 6, el 85.4 y el 90.1 por ciento de los médicos y personal de enfermería, respectivamente, indicaron que existen evidencias de la presencia de cobros indebidos a los usuarios por parte de los médicos.

El análisis de la información proporciona evidencia en el sentido de que la opinión sobre percepción de cobros indebidos no está asociada

mediante un patrón definido, según la edad del profesional informante, médico o enfermera, resultado que es extendible a la antigüedad en el puesto, y por tanto, asociable al grado de institucionalización de dicha práctica entre el personal de mayor edad.

La estimación brindada por el personal de salud sobre el porcentaje de médicos que utilizan las instalaciones de los hospitales públicos para atender pacientes privados, varía considerablemente según el tipo de profesional. Para las enfermeras, en promedio, casi la mitad de los médicos (47.4 por ciento) realizan este tipo de práctica, mientras que los médicos estiman que entre sus colegas un 22.4 por ciento las realizan. Como resultado importante, se anota que las diferencias en opinión por tipo de profesional resultaron estadísticamente significativas.

Acerca de la frecuencia con que los médicos utilizan las instalaciones y materiales públicos para atender pacientes privados, más de la mitad de los profesionales médicos (55.7 por ciento) que respondieron el cuestionario opinan que el fenómeno se presenta a diario o al menos una vez por semana, en tanto que el mismo índice para las opiniones de las enfermeras es del 85.1 por ciento. Por otra parte, para el 27.9 por ciento de los médicos este tipo de actos no se presenta casi nunca o nunca, pero solo un 4.1 por ciento de las enfermeras opina lo mismo. Esta amplia diferencia en opinión podría interpretarse como un reflejo del distinto grado en que los dos tipos de profesionales están “expuestos” a realizar ese tipo de actos, lo que en el caso de los médicos implica un sentido de auto percepción, individual o grupal, completamente diferente, y que puede interpretarse como un factor explicativo de la institucionalización de este problema

dentro del personal médico, como un medio para justificar los beneficios asociados al *status quo* (véase el Cuadro 12).

Al respecto, el estudio indagó sobre el origen de este tipo de prácticas. De acuerdo con los resultados presentados en el Cuadro 13, la percepción sobre los orígenes de esa conducta también confirma diferencias importantes según el tipo de profesional entrevistado.

En el caso de los médicos, las principales razones señaladas para la atención de pacientes privados en los hospitales públicos se refieren a “solicitudes del paciente”, al deseo del médico de colaborar con el paciente, a la falta de un

“servicio de pensión”⁸ y al deseo de reducir tiempos de espera. Aunque para el personal de enfermería la solicitud del paciente aparece como primera causa mencionada, no solo es inferior el grado en que esta causa se considera un factor explicativo importante en el caso de las enfermeras, sino que las restantes razones difieren en importancia relativa; así, para las enfermeras son factores importantes el que los médicos no dispongan del material y equipo en sus consultorios privados, la necesidad de reducir tiempos de espera, la amistad del paciente con el médico, la falta de un servicio personalizado en el hospital y la propia costumbre.

Cuadro 13. Origen de prácticas de atención de pacientes privados en hospitales públicos (porcentaje de respuestas afirmativas)

Origen de prácticas	Médicos	Enfermeras
El paciente lo solicita	59.0	41.5
Médico desea colaborar con paciente	39.7	16.7
Médico no dispone de mat. y equipo	19.2	39.7
Reducir tiempos de espera	26.3	31.0
Problemas de tecnología	9.0	5.6
Por costumbre	8.3	22.8
Falta de un servicio de pensión	36.5	16.4
Falta servicio personalizado	19.2	27.9
Amistad con el médico	17.9	30.0
Número de respuestas	140	359
Porcentaje de no respuesta	10.2	7.9

Fuente: Encuestas a personal

⁸ En Costa Rica, el término “servicio de pensión” hace referencia a una modalidad de atención hospitalaria reglamentariamente aceptada, que consiste en que paciente, el médico y la administración acuerdan pagos para brindar atención individualizada y preferente dentro del hospital.

Respecto a la práctica de referir pacientes a la consulta privada, para ambos tipos de profesionales las razones más importantes que la explican se asocian con la solicitud del paciente, la necesidad de los médicos de aumentar sus ingresos, las dificultades del sistema para una atención oportuna y la mejor calidad de atención que ofrecen los médicos en el consultorio privado (Cuadro 14). No obstante, aquí también la importancia relativa de estos factores varía según el informante: para las enfermeras, la principal motivación que poseen los médicos para realizar este tipo de prácticas está relacionada con la necesidad de aumentar sus ingresos, mientras que desde el punto de vista de los médicos las solicitudes de los pacientes son la principal causa (ésta es señalada como tercera causa por parte del profesional de enfermería).

Cuadro 14. Origen de prácticas de referencia de pacientes a consultorios privados (porcentaje de respuestas afirmativas)

Origen de prácticas	Médicos	Enfermeras
El paciente lo solicita	48.1	36.7
El médico busca aumentar ingresos	35.9	59.2
Sistema no permite atención oportuna	32.7	32.6
Por costumbre	3.8	13.1
Médico ofrece mejor calidad atención	26.3	40.5
Falta de material y equipo adecuado	7.1	6.7
Atención más ágil en el cons. privado	17.3	29.7
Número de respuestas	108	331
Porcentaje de no respuesta	30.7	15.1

Fuente: Encuestas a personal

En todo caso, una interrogante que cabe plantearse es acerca de los factores que están asociados a que el mismo paciente sea quien solicite, ya sea ser atendido en instalaciones de los hospitales o bien ser referido a la consulta privada. Evidentemente, hay razones de peso para suponer que esta conducta de los usuarios está motivada por factores exógenos a su control pero relacionados con asimetría de información, oportunidad de acceso, percepción de mejor calidad, e inducción por parte del médico; es decir, una conducta explicada en gran parte por el resto de los factores

señalados por los propios profesionales de salud.

En relación con el tema de los cobros informales e indebidos efectuados a los pacientes, un 3.6 por ciento de los usuarios entrevistados manifestaron haber sido objeto de algún cobro para ser atendido en el hospital. Clasificando por “tipo de seguro”, entre los usuarios que fueron objeto alguna vez de un cobro, solo en el caso de los asegurados por cuenta propia (seguro voluntario) se observa que la proporción de personas objeto de cobro es mayor, pues un 6.6 por ciento manifestaron haber estado en esa situación. La proporción de usuarios que manifiestan haber pagado por la atención es relativamente baja en comparación con los resultados del Cuadro 12, donde se evidenciaban los cobros indebidos como una práctica cotidiana, situación que podría estar explicada al menos por tres factores: primero, que la pregunta en el cuestionario haya sido planteada en forma incorrecta; segundo, que los usuarios entrevistados se niegan a reconocer la realización de pagos indebidos; y en tercer lugar, que debido a la desinformación, los pagos indebidos sean considerados como “naturales” por parte de los pacientes. Trabajos futuros deberían profundizar en este tema para aclarar este resultado aparentemente contradictorio.

Por otra parte, que dicha proporción sea mayor en el caso de los asegurados voluntarios, refleja el hecho de que se trata de un grupo cuya condición de asegurado queda al descubierto

con mayor frecuencia que los afiliados asalariados, por lo que sufren una mayor exposición al problema de los cobros indebidos.

Por otra parte, con base en la información de usuarios se puede afirmar que no existe evidencia de relación alguna entre condición de “objeto de cobro alguna vez”, por nivel de escolaridad e ingreso. Se trata de un resultado relevante, que indica que por parte de los médicos no existen conductas de selección de pacientes sujetos de cobro basadas en su condición socioeconómica.

Sobre el monto de los pagos efectuados por los usuarios objetos de cobro, el Cuadro 15 resume información por rangos de monto; el resultado más importante que se deriva es que cerca de la mitad de los usuarios pagaron montos iguales o inferiores a los 10,000 colones (aproximadamente US\$35), con una concentración importante entre 5,000 y 10,000 colones (31 por ciento), rango donde presumiblemente se encuentra el precio del mercado privado de las consultas de especialidades médicas.

Cuadro 15. Montos cobrados a usuarios por concepto de consultas médicas

Monto cobrado	Porcentaje	Acumulado
Menos de 5,000 colones	21	21
5,000 a menos de 10,000	31	52
10,000 a menos de 20,000	10	62
20,000 a menos de 40,000	10	72
40,000 a menos de 80,000	17	90
80,000 y más colones	10	100
Número de respuestas		29

Fuente: Encuesta a usuarios

Otro aspecto interesante es que las personas que han sido objeto de cobro por concepto de acceso a servicios médicos en el hospital, perciben que el pago del servicio no implicó ninguna mejora en la atención; de hecho, en una escala de cero a diez, el índice medio de mejora en el servicio asociado al pago es apenas de 4.7, con un coeficiente de variación bastante elevado y ligeramente superior al 80 por ciento.

6.2.3 Hurto de materiales y equipo

Los resultados de las encuestas a los médicos y enfermeras, ponen de relieve que el hurto de materiales y equipo por parte del personal de los hospitales públicos es una práctica relativamente reconocida y probablemente bastante extendida. Un 71 por ciento de los médicos y un 83 por ciento del personal de enfermería señalaron tener conocimiento de la existencia de este problema en los hospitales donde laboran.

Respecto de la percepción del personal entrevistado sobre la frecuencia en que se

Cuadro 16.
Frecuencia de prácticas de hurto de materiales y equipo según tipo de profesional entrevistado (porcentajes)

Frecuencia	Médicos	Enfermeras
<u>Total</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>
Mucha	14.7	22.3
Regular	41.3	57.1
Poca	44.0	20.6
Número de respuestas	142	366
Porcentaje de no resp.	8.9	6.1

Fuente: Encuesta a personal.

presenta el problema del hurto de materiales y equipo, son notorias las diferencias en las respuestas entre médicos y enfermeras. El 85.3 por ciento de los médicos perciben que la frecuencia de los hurtos es “regular” o “poca”, con una concentración hacia la categoría “poca”, mientras que el 79.4 por ciento del personal de enfermería señala que dicha frecuencia es “mucho” o “regular”, con una concentración en esta última categoría (Cuadro 16).

Las medidas propuestas por el personal entrevistado para evitar el hurto de materiales y equipo, se enfocan en acciones de mayor control (vigilancia y revisión al salir de los establecimientos), más que en medidas de tipo disciplinario (sanciones). Cabe resaltar que una gran proporción de las enfermeras (55.7 por ciento) señala como medida propuesta la revisión de todo el personal al salir de las instalaciones, pues es sabido que no todo el personal de los hospitales debe someterse a este tipo de control.⁹

7 Compromisos de gestión, rendición de cuentas y corrupción

En esta sección se analizan los resultados de las encuestas en relación con las hipótesis sobre el impacto de los compromisos de gestión. En primer lugar, se estudia el impacto de la introducción de dicho instrumento sobre la incidencia de la corrupción. En segundo término, se evalúan los resultados en torno al efecto de los compromisos de gestión sobre la transparencia y rendición de cuentas.

Antes de abordar los resultados, es importante destacar el corto tiempo de vigencia de los compromisos de gestión, situación que en gran medida puede reflejar su alcance todavía limitado; como se podrá observar, el principal hallazgo de este análisis es que pese a ello los compromisos de gestión parecen estar actuando en la dirección correcta, fundamentalmente en el ámbito de la respuesta gerencial.

7.1 Los compromisos de gestión y la incidencia de la corrupción

Como tema fundamental del presente estudio, se examina la relación entre el nivel de corrupción percibido y la existencia o no de compromisos de gestión. Con tal propósito, se construyeron índices de percepción de corrupción para un conjunto de tipos de actos corruptos y se realizaron pruebas estadísticas no paramétricas para determinar la influencia de la incorporación de los compromisos de gestión.

⁹ En el año 1997, la propuesta de instauración de un servicio de vigilancia privada en el hospital nacional, Calderón Guardia, con el propósito de introducir la revisión obligatoria a todo el personal, fue rechazada por el gremio médico mediante amenaza de huelga.

Con ese objetivo, en esta sección se introduce como variable de análisis la existencia o no de compromiso de gestión, al mismo tiempo que se mantiene el control por tipo de informante. Un primer resultado es que el índice de calificación de los mecanismos de vigilancia, control y sanción del *ausentismo* resulta ser más elevado para los hospitales con Compromiso de Gestión (con un valor medio de 3.8) en comparación con aquellos que no han instaurado esa modalidad de gestión (3.6). Se observa que aunque la calificación asignada a la eficacia de tales mecanismos para combatir el ausentismo es relativamente baja, la diferencia por modalidad de gestión (con compromiso/sin compromiso) es estadísticamente significativa; por lo tanto, con base en las opiniones de los médicos y enfermeras existe evidencia estadística para afirmar que la instauración de compromisos de gestión provoca mejoras en la percepción del personal de salud sobre la existencia de mecanismos de control, vigilancia y sanción del ausentismo.

Como parte del análisis del impacto de la introducción de los compromisos de gestión sobre los niveles de corrupción percibida, se realizaron también pruebas estadísticas para verificar si el nuevo esquema de gestión ha provocado cambios en la percepción del personal de salud en cuanto a la incidencia de los diferentes tipos de actos corruptos estudiados.

De acuerdo con los resultados del Cuadro 17, en los hospitales donde sí existe compromiso de gestión se nota una percepción de las prácticas de ausentismo médico y de cobros indebidos, en un grado inferior en comparación con los hospitales donde no se instauró ese instrumento de gestión; sin embargo, las diferencias en percepción son muy leves y no significativas estadísticamente (con base en la prueba estadística de igualdad de medias).

Cuadro 17. Percepción sobre incidencia de la corrupción por tipo de actos cometidos según tipo de gestión
(porcentajes de respuestas afirmativas)

Tipo de actos	Médicos		Personal de enfermería	
	Compromiso de gestión		Compromiso de gestión	
	Si	No	Si	No
Ausentismo médico	78.8	80.3	97.6	98.4
Cobros indebidos a usuarios	84.2	87.5	89.5	92.2
Hurto de equipo y materiales	81.4	58.2*	84.4	81.3
Número de repuestas	113		328	
Porcentaje de no respuesta	27.5		15.8	

*Diferencia significativa al 5%.
Fuente: Encuestas a personal

En el caso del hurto de materiales y equipos, los médicos que laboran en los hospitales donde existe compromiso de gestión perciben que ese problema es mayor, respecto a los que trabajan en hospitales donde no hay compromiso de gestión, con significancia estadística; no así en el caso de las enfermeras.

La información anterior fue complementada con mediciones del índice de corrupción asignado por el personal de salud entrevistado, a nueve diferentes tipos de actos corruptos; los resultados se presentan en el Cuadro 18. A partir de esta información, se pueden extraer las siguientes conclusiones. Primero, que independientemente de la modalidad de gestión (con compromiso/sin compromiso), los índices medios de corrupción asignados por las enfermeras siempre resultan muy superiores a los de los médicos, para todos y cada uno de los nueve tipos de actos corruptos considerados.

En segundo lugar, que desde el punto de vista de los médicos, solo la prescripción de medicamentos, exámenes de laboratorio y el recargo de pacientes privados, muestran índices de corrupción inferiores cuando existe el compromiso de gestión; sin embargo, en ningún caso las diferencias por modalidad de gestión resultó estadísticamente significativa. Desde la perspectiva de las enfermeras, solo el problema de los cobros indebidos es percibido con un menor índice para quienes laboran en hospitales con compromiso de gestión; en el resto de los casos, el índice de corrupción es mayor cuando existe compromiso de gestión, y además, cuatro de los nueve aspectos resultaron estadísticamente significativos en cuanto a diferencias en el índice (según lo muestran los datos marcados con asterisco en el Cuadro 18).

Cuadro 18. Índice medio de corrupción según aspecto evaluado por tipo de profesional (medido en escala de 0 a 10)

Aspecto	Médicos			Enfermeras		
	Compromiso gestión		Diferencia	Compromiso gestión		Diferencia
	Si	No		Si	No	
Obtención de turnos	3.8	3.4	0.4	6.8	6.5	0.3
Utilización salas de operaciones	4.2	3.4	0.8	7.3	6.8	0.5
Prescripción de medicamentos	2.6	3.0	-0.4	6.5	5.4	1.1*
Exámenes de laboratorio	2.7	3.2	-0.5	6.2	5.0	1.2*
Listas de espera	4.3	4.0	0.3	7.6	7.1	0.5
Exámenes especiales	3.0	2.3	0.7	6.6	5.7	0.9*
Cobros indebidos	4.1	3.5	0.6	7.1	7.3	-0.2
Contratación de personal	3.4	2.6	0.8	5.8	5.0	0.8*
Recargo pacientes cons. privada	3.3	3.7	-0.4	7.1	7.2	-0.1
Número de respuestas	107			282		
Porcentaje de no respuesta	31.4			27.6		

*diferencias significativas

Fuente: Encuestas a personal

Una tercera conclusión es que los actos corruptos relacionados con la “utilización de salas de operaciones”, el “manejo de listas de espera” y “cobros indebidos”, recibieron los mayores puntajes en el índice de corrupción, tanto por parte de los médicos como del personal de enfermería. Este último grupo también asignó puntajes medios elevados para los problemas de “recargo con pacientes de consulta privada” y “obtención de turnos para operar”. Nótese que los tipos de actos que recibieron puntajes más bajos se relacionan, precisamente, con prácticas donde están limitadas las posibilidades del médico de obtener alguna compensación económica (e.g., medicamentos, exámenes y contratación de personal), resultado que favorece el cumplimiento de

la hipótesis de que a mayor discreción del agente, mayores oportunidades para cometer actos corruptos.

Dada la importancia del estudio de la introducción de los compromisos de gestión dentro de los objetivos del presente estudio, se realizaron análisis estadísticos más detallados, controlando por esta variable y por hospital. Se encontró que la variabilidad en los puntajes asignados por los médicos es, en general, bastante elevada, e indica mucha heterogeneidad en las respuestas, mientras que los puntajes asignados por el personal de enfermería son estadísticamente mucho más homogéneos.

En general, se observa una variabilidad bastante elevada en la asignación de puntajes de corrupción para la gran mayoría de los tipos de actos estudiados, tanto por modalidad de gestión (con y sin compromiso) como por tipo de profesional de salud. Dado este problema, se calcularon las medianas para el índice de corrupción asignado a cada tipo de acto corrupto, en forma independiente para cada hospital, y únicamente para el personal de enfermería (el grupo con índices de corrupción menos variables y más elevados); posteriormente se calculó un promedio aritmético de las medianas, según la existencia o no de compromiso de gestión. Mediante este análisis, basado en los valores de las medianas y en cálculos individuales por hospital, se obtiene como resultado que en dos de los nueve aspectos evaluados (turnos para operar y utilización de salas de operaciones) la mediana del índice de corrupción es igual entre hospitales con y sin compromiso de gestión; mientras que en otros dos aspectos evaluados (exámenes especiales y cobros indebidos) la mediana del índice de corrupción resultó significativamente más baja para el grupo de hospitales con compromiso de gestión.

Debido a la complejidad metodológica del estudio, los resultados expuestos deben interpretarse cuidadosamente, debido a que se podría estar cumpliendo la hipótesis de que el personal de los hospitales donde se ha instaurado el Compromiso de Gestión haya desarrollado una actitud más crítica acerca de la incidencia de la corrupción, en comparación con el personal de los restantes hospitales. Por otra parte, debe tenerse en cuenta que aunque la selección de los hospitales donde se implantaron compromisos de gestión obedeció a criterios como volumen de presupuesto, ubicación geográfica, etc., y que no se relacionan con una evaluación previa de la capacidad de gestión del hospital, existe la posibilidad de que los hospitales seleccionados son a su vez los que presentaban un mayor nivel de corrupción antes de introducir los compromisos de gestión; ante la posibilidad de “sesgo de selección”, los resultados de la comparación entre hospitales con y sin compromiso de gestión no reflejarían esa situación.¹⁰ Estas consideraciones son válidas para los análisis presentados en la sección siguiente.

7.2 *La corrupción y los mecanismos de sanción y fiscalización*

La “transparencia” en el desarrollo de las actividades hospitalarias, así como la “rendición de cuentas” del personal bajo cuya responsabilidad se realiza la gestión de recursos, se presentan como factores que ocupan un lugar central en la explicación del fenómeno de la corrupción hospitalaria y en la determinación de los niveles de eficiencia y de satisfacción de usuarios.

¹⁰ Hay que anotar que los instrumentos de la encuesta no incluyeron preguntas para evaluar percepción en función de “antes y después” de la introducción de los compromisos de gestión.

Esta sección muestra resultados acerca de la percepción del personal médico y de enfermería, sobre la existencia de mecanismos en la CCSS para la vigilancia, control y sanción de las prácticas corruptas. La idea es contrastar la primera hipótesis planteada en este estudio: si el modelo de compromisos de gestión genera cambios en la gestión hospitalaria que propician mayor transparencia y rendición de cuentas.

Los resultados se separan en función del tipo de “profesional informante” y de la existencia o no de “compromisos de gestión” en el hospital; la medición, separando por esta última variable, permite obtener conclusiones acerca del impacto percibido por los médicos y enfermeras, asociado a la incorporación de compromisos de gestión como modalidad administrativa y de financiamiento, que hipotéticamente debería causar mejorías en los mecanismos de control, fiscalización y sanción, y en la gestión general de los hospitales.

Para tales efectos, en primera instancia se elaboró un índice que mide la calificación otorgada por los profesionales médicos y de enfermería, a los mecanismos existentes en el hospital para la vigilancia, el control y la sanción de los actos de corrupción referentes al “ausentismo”; es decir, en este caso se toma el ausentismo como variable de referencia para medir el grado de corrupción percibido. Dicho índice se mide en una escala de cero a diez, donde cero indica que no existen mecanismos y diez indica que los mecanismos son excelentes. El Cuadro 19 resume estos resultados.

Un primer aspecto a destacar son los bajos índices de calificación asignados por los médicos y enfermeras a la eficacia de los mecanismos de control, de fiscalización y de sanción vigentes en el centro hospitalario donde laboran. La calificación más elevada fue asignada por los médicos, pero ésta apenas alcanza 4.1 puntos (en escala de 0 a 10).

En segundo lugar, se observa que independientemente del tipo de profesional, las calificaciones en presencia de “compromiso de gestión” son superiores que cuando no se aplica esa modalidad de gestión en el hospital. Además, cabe anotar que las diferencias en calificación según esta variable resultaron estadísticamente significativas ($p < .0000$). Es decir, existe suficiente evidencia para afirmar que la implantación del compromiso de gestión tiende a elevar la percepción sobre la eficacia de los mecanismos de control, fiscalización y sanción del “ausentismo” vigentes en el hospital.

En tercer lugar, las diferencias en opinión según tipo de profesional también resultaron estadísticamente significativas, lo cual indica que los médicos perciben en mayor grado que el personal de enfermería, que los mecanismos analizados son más eficaces, independientemente de si en el hospital se aplica o no la modalidad de compromiso de gestión.

Cuadro 19.
Calificación de los mecanismos de vigilancia, control y sanción del ausentismo

Tipo gestión y profesional	Calificación
<u>Con compromiso de gestión</u>	<u>3.8</u>
<u>Sin compromiso de gestión</u>	<u>3.5</u>
Médicos:	4.1
Con compromiso de gestión	4.3
Sin compromiso de gestión	3.7
Enfermeras:	3.6
Con compromiso de gestión	3.7
Sin compromiso de gestión	3.5
Número de respuestas, Médicos/Enferm.	144 / 358
Porcentaje de no respuesta Méd/Enf.	7.6 / 8.2

Fuente: Encuestas a personal

Siguiendo el análisis de la eficacia de los mecanismos de control, de fiscalización y de sanción existentes, también se indagó sobre la calificación asignada, en una escala de 0 a 10, a la eficacia de otros mecanismos específicos:

- i) tipo de sanción impuesta;
- ii) eficacia de mecanismos para evitar actos corruptos;
- iii) las acciones del ente encargado de fiscalizar la ejecución de la normativa y reglamentos para sancionar la corrupción;
- iv) el empeño por parte de la dirección médica del hospital en dar a conocer al personal los objetivos y la misión del hospital; y
- v) los mecanismos formales existentes en el hospital por medio de los cuales se resuelven las inquietudes de los usuarios de los servicios médicos.

En el Cuadro 20 se muestra un resumen de los resultados, los cuales distinguen por tipo de profesional y según existencia o no de compromiso de gestión. En general, se observa que no existe una buena percepción sobre la eficacia de los mecanismos de control, de fiscalización y de sanción estudiados, independientemente del tipo de profesional informante y de la existencia o no de compromisos de gestión. En términos de nivel, estos resultados no difieren notablemente en relación con la valoración de los mismos mecanismos en el caso del ausentismo.

Cuadro 20.
Calificación media de mecanismos de fiscalización y sanción en hospitales con y sin compromiso de gestión, según aspecto evaluado (valores en escala de 1 a 10)

Aspecto evaluado	Médicos		Personal de enfermería	
	Hospitales con compromiso	Hospitales sin compromiso	Hospitales con compromiso	Hospitales sin compromiso
Tipo de sanción impuesta al médico que incurre en una falta considerada deshonesto o corrupta.	4.8	4.0	2.7	2.1
Eficacia de los mecanismos de fiscalización para evitar actos corruptos	3.2	2.9	2.6	2.0
Las acciones del ente encargado de fiscalizar la ejecución de la normativa y reglamentos para sancionar la corrupción	4.1	3.4	2.9	2.3
El empeño por parte de la dirección médica en brindar al personal los objetivos y la misión del hospital.	5.5	4.9	4.1	3.8
Los mecanismos formales existentes en el hospital por medio de los cuales se resuelven las inquietudes de los usuarios de los servicios médicos	4.9	4.8	3.6	3.2
Número de respuestas	110		315	
Porcentaje de no respuesta	29.4		19.2	

Fuente: Encuesta a personal

Aunque no muy favorables, las mejores calificaciones están asociadas al empeño por parte de la dirección médica del hospital en comunicar al personal los objetivos y misión del hospital, así como a la existencia de mecanismos formales para que los usuarios resuelvan sus inquietudes. Nótese que se trata, en ambos casos, de factores asociados al grado de información percibida por el personal y los usuarios, más que a prácticas contraloras, fiscalizadoras y sancionatorias.

Se puede observar, además, que en promedio las enfermeras otorgan calificaciones más bajas a la eficacia de todos los mecanismos, que las asignadas por los médicos. En adición, las calificaciones asignadas por los profesionales, tanto médicos como de enfermería, que laboran en hospitales donde existe compromiso de gestión, son más elevadas que las otorgadas por aquellos donde no existe compromiso de gestión.

Acerca de la significancia estadística de las diferencias de opinión según tipo de profesional y existencia o no de compromiso de gestión, la prueba de bondad de ajuste basada en el Chi-cuadrado arrojó diferencias estadísticamente significativas para los siguientes tres casos:

- i) tipo de sanción impuesta: según tipo de profesional;
- ii) empeño por parte de la dirección del hospital: según tipo de profesional; y
- iii) mecanismos formales para resolver inquietudes de usuarios: según tipo de profesional y existencia o no de compromiso de gestión.

Se puede afirmar, por lo tanto, que estadísticamente la existencia o no de compromiso de gestión se manifiesta exclusivamente como factor favorable cuando se evalúan los mecanismos para canalizar las inquietudes de los usuarios.¹¹

Desde el punto de vista de los “usuarios”, un tema relacionado es el conocimiento que poseen sobre los mecanismos por medio de los cuales se resuelven sus inquietudes; el 35.7 por ciento de los usuarios señalaron conocerlos y el 30.7 por ciento dijeron haberlos utilizado o conocer a alguien que los ha utilizado. La calificación asignada a la utilidad de tales mecanismos, valorados en una escala de cero a diez, fue de 6.7 puntos. Estos resultados parecen apoyar la percepción favorable de los médicos y personal de enfermería, pues como se señaló, las calificaciones asignadas por ellos a este aspecto (mecanismos para resolver inquietudes) resultaron entre las mayores en comparación con los otros mecanismos evaluados.

Por último, con el propósito de contar con una variable *proxy* de la percepción de la incidencia de la corrupción según modalidad de

Cuadro 21.
Opinión sobre porcentaje de médicos que atienden pacientes del consultorio privado en instalaciones del hospital.

Tipo de gestión y profesional	Porcentaje
Médicos:	22.4
Con Compromiso de Gestión	20.6
Sin Compromiso de Gestión	25.4
Enfermeras:	47.4
Con Compromiso de Gestión	50.0
Sin Compromiso de Gestión	41.3
Número de respuestas Méd. / Enferm.	94 / 285
Porcentaje no respuesta Méd. / Enferm	39.7 / 26.9

Fuente: Encuesta a personal

¹¹ Las pruebas de hipótesis fueron significativas al 5%.

gestión (con compromiso y sin compromiso), se preguntó acerca del porcentaje de médicos que atienden pacientes del consultorio privado en las instalaciones del hospital y se procesó la información según la existencia o no de compromiso de gestión. Esto permite contar con una idea del impacto de la implantación de ese instrumento de gestión sobre este tipo de prácticas de corrupción (Cuadro 21).

Como se había señalado, las enfermeras poseen una percepción muy diferente a la de los médicos, acerca del porcentaje de éstos que utilizan las instalaciones del hospital para atender pacientes del consultorio privado. Sobre este aspecto en particular, es notoria la existencia de opiniones contradictorias entre médicos y enfermeras. En tanto que los médicos que laboran en hospitales donde hay compromiso de gestión tienden a percibir un menor grado de prácticas de atención de pacientes privados en el hospital, respecto a aquellos que laboran en hospitales sin compromiso de gestión, la opinión del personal de enfermería es a la inversa: la introducción de compromisos de gestión en los hospitales en donde laboran no ha favorecido la percepción de una menor presencia de la práctica de atender pacientes privados en el consultorio del hospital público.

Debe anotarse que las diferencias de opinión sobre este tema, según tipo de profesional y según existencia o no de Compromiso de Gestión, sí resultaron estadísticamente significativas.

8 Conclusiones y Recomendaciones de Política

8.1 Conclusiones

El presente estudio proporciona evidencias en tres direcciones. En primer lugar, que en Costa Rica existe conciencia pública respecto a la magnitud del problema de la corrupción; los tres grupos estudiados perciben la existencia de elevados niveles de corrupción en el sector público costarricense, especialmente notable por parte de los profesionales en salud.

En la valoración por parte de los usuarios, la Caja Costarricense de Seguro Social aparece ubicada en un nivel intermedio de corrupción respecto a otras entidades del sector público, en tanto que los profesionales en salud perciben que aunque la Caja no es la entidad más corrupta, se ubica con niveles más elevados de corrupción que el promedio. A juzgar por las opiniones de los mismos profesionales en salud, la corrupción aparece como un problema de grandes dimensiones al interior de dicha entidad.

Otro tipo de evidencia suministrada por el estudio tiene que ver con las diferencias en percepción entre los profesionales médicos y de enfermería. Aunque los distintos tipos de corrupción estudiados son percibidos por la gran mayoría de los médicos y personal de enfermería como actos ampliamente difundidos en los hospitales públicos donde laboran, destacan dos diferencias notables: primero, con alto grado de regularidad los niveles de corrupción percibidos por el personal de enfermería son muy superiores a los percibidos por los médicos, lo cual constituye un resultado no del todo inesperado, que refleja consciencias de grupo distintas respecto al papel asumido frente a las prácticas de corrupción. En gran medida esta situación puede estar explicada porque los médicos, y no las enfermeras, son quienes forman parte del objeto del estudio y porque gran parte del problema se origina directamente en las prácticas del médico en su calidad de “agente”. Durante la investigación ello se reflejó en la

significativa proporción de médicos que mostraron renuencia a cumplimentar los cuestionarios, en contraste con una elevada tasa de participación por parte del personal de enfermería. En segundo término, existen percepciones radicalmente diferentes en relación con los orígenes del problema entre uno y otro grupo de profesionales; los médicos asocian las causas de los actos corruptos fundamentalmente a problemas de incentivos (bajos salarios, jornadas extensas, entre otras razones), en tanto que las enfermeras colocan en primer plano causas relacionadas con la falta de controles, sanciones y mecanismos de rendición de cuentas.

Un tercer tipo de resultados apuntan hacia la importancia relativa de los mecanismos de vigilancia, de control y de sanción vigentes en los hospitales públicos, como medio para elevar la transparencia y eficiencia hospitalaria, así como para reducir la corrupción en el sector. Puede afirmarse que en general, los profesionales en salud otorgan muy bajas calificaciones a la vigencia y eficacia de tales mecanismos en los hospitales de la CCSS. La implantación de compromisos de gestión entre la administración central de la CCSS y los hospitales, intenta introducir un marco de actuación gerencial guiado por una nueva lógica respecto al control y rendición de cuentas; pero presenta resultados que aunque interesantes y orientados en la dirección correcta, son todavía bastante modestos.

Existen dos elementos que deben tomarse en cuenta para explicar los limitados logros de los compromisos de gestión. Primero, que su introducción es relativamente reciente (la encuesta se realizó a dos años de haberse iniciado su implantación), de ahí que pueda considerarse pretencioso esperar resultados mucho más notorios en el corto plazo en relación con un problema que aparte de complejo posee raíces estructurales de muy diversa índole; la experiencia internacional relacionada con la reforma a la gestión hospitalaria pública suministra información que favorece este punto de vista. En segundo lugar, el alcance de los compromisos de gestión en cuanto a la puesta en práctica de mecanismos de rendición de cuentas y sanciones, es aún limitado, pues de hecho los esquemas de contratación de personal no han experimentado cambio alguno—excepto una mayor desconcentración administrativa hacia los proveedores—y las cláusulas de dicho instrumento no incorporan penalizaciones por el incumplimiento de los compromisos.

En resumen, las evidencias presentadas en este trabajo ponen de relieve elevados índices de corrupción percibidos en la gestión de los hospitales públicos, los que en todos los casos difieren según el tipo de informante (usuarios, médicos y enfermeras). Adicionalmente, los resultados no son concluyentes en el sentido de que los compromisos de gestión, como instrumento de reforma hospitalaria, hayan generado cambios significativos en el establecimiento de mecanismos para elevar la transparencia y rendición de cuentas.

Sin embargo, debe anotarse que las evaluaciones realizadas por la CCSS dan cuenta de la existencia de mejoras cualitativas y cuantitativas en algunas áreas de la gestión, que a futuro podrían contribuir a mejorar la transparencia y rendición de cuentas: tal es el caso de los avances logrados en los sistemas de información relacionados con el control de citas, listas de espera y otros registros de apoyo al control gerencial.

Los resultados del presente estudio sientan las bases para emprender futuras investigaciones sobre el mismo tema, las cuales podrían realizarse en el contexto de un mayor

grado de avance en la reforma hospitalaria costarricense, en particular, con la consolidación de los compromisos de gestión y del nuevo esquema de asignación de recursos.

8.2 Recomendaciones de política

Existen muchas cosas que todavía se desconocen acerca del origen de la corrupción y de su relación con la gobernabilidad y el marco organizativo hospitalario, pero la magnitud del problema indica que las posibles soluciones deben ser coincidentes en cuanto a sus objetivos y alcances, que probablemente tomarán largo tiempo y que el progreso en la lucha contra la corrupción es dificultoso e irregular.

En términos de la formulación de políticas dirigidas a reducir el nivel de corrupción en el sector salud costarricense, es claro que las autoridades sanitarias enfrentan un reto de grandes dimensiones, no solo en términos de su complejidad técnica, sino también a causa de los factores políticos subyacentes. La lucha contra la corrupción no figura explícitamente como un objetivo de la reforma del sector salud, pero se asume que los nuevos mecanismos de gestión y rendición de cuentas que introducen los compromisos de gestión constituyen instrumentos que coadyuvarán a reducir los niveles de corrupción.

A partir de los resultados de este trabajo, en conjunto con la experiencia internacional generada alrededor del tema, se pueden identificar líneas estratégicas en tres áreas de intervención, a saber: (i) control, fiscalización y rendición de cuentas; (ii) compulsión; y (iii) competencia, papel y poder de los usuarios.

Respecto del *control y fiscalización*, los compromisos de gestión representan un instrumento innovador interesante, pero su eficacia para provocar mejoras sensibles en esos ámbitos está condicionada por la profundidad que se logre dar a las relaciones contractuales que los sustentan, así como por la capacidad de la administración central de la CCSS para desarrollar procesos eficaces de evaluación y control del cumplimiento de los compromisos de gestión y para efectuar un apoyo efectivo al proceso de cambio.

La consolidación de adecuados esquemas de fiscalización y control deberá agotar primero una etapa que implica el desarrollo de los sistemas de información que los apoyarán; aunque los compromisos de gestión que se han firmado hasta ahora apuntan en esa dirección, los resultados son aún limitados e insuficientes. La CCSS no ha desarrollado todavía capacidad plena para convertirse en un eficaz comprador de servicios. Al respecto, una de las principales críticas al desempeño de la administración central de la CCSS, por parte de los proveedores, es el escaso apoyo recibido en ciertas áreas críticas del proceso.

Los ciudadanos están demandando un sector público mucho más capaz para responder por sus actuaciones y de incorporar a la sociedad civil en el proceso de toma de decisiones y en el control público. En ese sentido, la opción de extender las juntas hospitalarias a todos los establecimientos de la red de servicios de salud constituye un acierto, pero la eficacia de las juntas dependerá del papel contralor que efectivamente logren asumir.

En relación con la *compulsión*, la CCSS deberá realizar un esfuerzo importante para mejorar los mecanismos de detección y control de los actos corruptos, reducir la protección a los funcionarios que los realizan, así como para introducir elementos de penalización de dichos actos en los compromisos de gestión. En esa línea, la CCSS debería considerar la conveniencia de fortalecer el sistema de auditorías médicas, procurando que sean realizadas por participantes externos, no institucionales, y que se conciban como una parte normal del funcionamiento de los hospitales; en las condiciones actuales, la administración central de la CCSS no tiene suficiente capacidad para realizar esta función en forma exhaustiva y continua. Debe reconocerse que se trata de condiciones necesarias pero no suficientes para atacar eficazmente el problema, habida cuenta de los factores políticos involucrados, particularmente en lo que concierne al poder del gremio médico costarricense frente a posibles acciones de la entidad en ese sentido; si se considera la experiencia histórica nacional, éste parece ser un escollo al que deberá buscársele una salida políticamente viable.

Aunque dificultosa, otra opción que debe considerar la CCSS es introducir modificaciones sustanciales a los esquemas de contratación de personal, ligando los esquemas de promoción y remuneración con la productividad—un aspecto donde el Fondo de Incentivos puede jugar un papel importante—y abriendo espacios para la aplicación de sanciones en caso de incumplimiento de los compromisos, especialmente en los niveles gerenciales de los hospitales y de la administración central.

La tercer área estratégica de acción, relacionada con *competencia, papel y poder de los usuarios*, surge de considerar el problema de la corrupción como un equilibrio en el poder de “negociación” entre el profesional médico (el agente) y el usuario (el principal); o en un plano más general, entre los usuarios y “el sistema”. Con base en este marco de referencia, las posibles acciones tienen que ver con:

- (i) el aumento de la competencia entre gestores, procurando conformar un marco donde los usuarios tengan un mayor poder de elección entre proveedores;
- (ii) información al usuario tendiente a fortalecer su posición como demandante del servicio y en carácter de ciudadano contralor;
- (iii) mejoras en el acceso y oportunidad de los servicios (v.g. simplificación de citas médicas y trámites), que se manifestarían en un aumento del poder del usuario frente al médico y al sistema, fundamentalmente para atacar el problema de las referencias hacia y desde los servicios médicos privados; y
- (iv) mejoras en el control de gestión de agendas médicas y la estandarización y puesta en práctica de protocolos de servicio, así como todos aquellos mecanismos que coadyuven a brindar una mayor protección al usuario.

Bibliografía

Alatas, S.H. 1980. *The Sociology of Corruption: The Nature, Funcion, Causes, and Prevention of Corruption*. Singapore: Time Books.

Altman, David, Cutler, David y Zeckhauser, Richard. 1998. "Adverse selection and adverse retention". *American Economic Review*. 88 (2): 122-126.

Asilis, C. 1994. "On corruption and capital accumulation". IMF Working Paper WP/94/86 Washington, DC, Estados Unidos: Fondo Monetario Internacional.

Bardhan, P. 1997. "Corruption and Development: A Review of Issues". *Journal of Economics Literature*. 35: 13201-1346.

Becker, G.S. and Stigler, G.J. 1974. "Law Enforcement, Malfeasance, and the Compensation of Enforcers". *Journal of Legal Studies*. 3 (1): 1-19.

Cadot, O. 1987. "Corruption as a Gamble". *Journal of Public Economics*. 33: 223-244.

Caja Costarricense de Seguro Social. *Anuario Estadístico 1997*. Presidencia Ejecutiva.

Castro, C.V., Sáenz, L.B. 1998. *La reforma del Sistema Nacional de Salud*. San José, Costa Rica: Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica.

Chong, A. and Calderón, C. 1998. "Institutional Quality and Poverty Measures in a Cross-Section of Countries". Working Paper. College Park, MD, Estados Unidos: University of Maryland, IRIS Center. De próxima publicación.

----. 1997. "Empirical Tests on the Causality Between Institutional Measures and Economic Growth". College Park, MD, Estados Unidos: University of Maryland, IRIS Center. Manuscrito no publicado.

Coolidge, J. and Rose-Ackerman, S. 1997. "High-level rent-seeking and corruption in African regimes: Theory and cases". World Bank Policy Research Working Paper 1780.

Deming, W.E. 1986. *Out of Crisis*. Cambridge, Estados Unidos: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study.

Eichner, M. 1998. "The demand for medical care: What people pay does matter". *American Economic Review*. 88 (2): 117-121.

Glied, S. 1998. "Payment heterogeneity, physician practice and access to care". *American Economic Review*. 88 (2): 127-131.

- Gould, D. J. y Amaro-Reyes, J.A. 1983. "The Effects of Corruption on Administrative Performance". Work Bank Staff Working Paper 580. Washington, DC, Estados Unidos: Banco Mundial.
- Gray, C. y Kaufmann, D. 1998. "Corrupción y desarrollo". *Revista Finanzas y Desarrollo*. 35 (1): 7.
- Harris, M. y Raviv, A. 1978. "Some Results on Incentive Contracts with Applications to Education and Employment, Health Insurance, and Law Enforcement". *American Economic Review*. 68 (1): pp. 20-30.
- Klitgaard, R. 1988. *Controlling Corruption*. Berkeley y Los Angeles, Estados Unidos: University of California Press.
- . 1998. "La cooperación internacional contra la corrupción". *Revista Finanzas y Desarrollo*. 35 (1): 3.
- Kutzin, J. 1996. "How health insurance affects the delivery of health care in developing countries". World Bank Policy Research Working Paper 852. Washington, DC, Estados Unidos: Banco Mundial.
- Liu, F.T. 1985. "An Equilibrium Queuing Model of Bribery". *Journal of Political Economy*. 93 (4): 760-781.
- . 1996. "Three Aspects of Corruption". *Contemporary Economic Policy*. 14 (3): 26-29.
- Mauro, P. 1996. "The effects of corruption on growth, investment and government expenditure". IMF Working Paper WP/96/98. Washington, DC, Estados Unidos: International Monetary Fund.
- Mauro, P. 1998. "La corrupción: Causas, consecuencias y un programa para intensificar la investigación". *Revista Finanzas y Desarrollo*. 35 (1): 11.
- Mbaku, J. M. 1998. "Corruption and Rent Seeking". En: S. Borner y M. Paldam, editores. *The Political Dimension of Economic Growth*. London, Reino Unido: Macmillan Press Limited.
- McAleer, M., Pagan, A. y Volker, P. 1985. "What Will Take the Con Out of Econometrics?". *American Economic Review*. 75 (3): 293-307.
- Over, M. and Watanabe, N. 1999. *Evaluating the impact of Organizational Reforms in Hospitals*. Washington, DC: Banco Mundial. Documento mimeografiado.
- Palmier, L. 1983. "Bureaucratic Corruption and Its Remedies". En: M. Clark, editor. *Corruption: Causes, Consequences, and Control*. New York, Estados Unidos: St. Martin's Press.
- Pauly, M.V. 1994. *Doctors and their workshops: economic models of physician behavior*. Chicago, Estados Unidos: University of Chicago Press/National Bureau of Economic Research.

Rose-Ackerman, S. 1978. *Corruption: A study in political economy*. New York, Estados Unidos: Academic Press.

----. 1997. "Corruption and Development". Trabajo preparado para la Conferencia Annual del Banco Mundial sobre la Economía del Desarrollo, Washington, DC, Estados Unidos.

----. 1975. "The Economics of Corruption". *Journal of Public Economics*. 4 (2): 187-203.

Schiavo-Campo, S., de Tommaso, G. y Mukherjee, A. 1997. "An International Statistical Survey of Government Employment and Wages". Washington, DC, Estados Unidos: Banco Mundial. Documento mimeografiado.

Schleifer A. y Vishny, R.W. 1993. "Corruption". *Quarterly Journal of Economics*. 108: 599-618.

Shahid Alam, M. 1997. "Corruption and countervailing actions in Pakistan". International Economic Association. En: S. Borner y M. Paldam, editores. *Round-table Conference—Political dimension of Economic Growth*. IEA Conference Volume Series, Number 119. New York, Estados Unidos: Macmillan Press/St. Martin's Press.

Tanzi, V. 1994. "Corruption, governmental activities and markets". IMF Working Paper WP/94/99. Washington, DC, Estados Unidos: International Monetary Fund.

Tanzi, V. and Hamid, D. 1997. "Corruption, Public Investment, and growth". International Monetary Fund Working Paper WP/97/139. Washington, DC, Estados Unidos: International Monetary Fund.

Tanzi, Vito. (1998). "Corruption around the world: Causes, consequences, scope and cure". IMF Working Paper WP/98/63. Washington, DC, Estados Unidos: International Monetary Fund.

Van Rijckeghem, C. y Weder, B. 1997 "Corruption and the rate of temptation: Do low wages in the civil service cause corruption?" IMF Working Paper WP/97/73. Washington, DC, Estados Unidos: International Monetary Fund.

World Competitiveness Report. (varios números). Institute for Management Development, Lausanne; Political and Economic Risk Consultancy Ltd., Hong Kong; Peter Neumann, DRI/McGraw-Hill Global Risk Service; and Political Risk Services, East Syracuse, New York.