



Revista Colombiana de Obstetricia y
Ginecología

ISSN: 0034-7434

rcog@fecolsog.org

Federación Colombiana de Asociaciones de
Obstetricia y Ginecología
Colombia

Manrique-Villanueva, Lina; Eslava-Schmalbach, Javier

AUSCULTANDO LA CORRUPCIÓN EN LA SALUD: DEFINICIÓN Y CAUSAS. ¿QUÉ ESTÁ EN
JUEGO?

Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 62, núm. 4, octubre-diciembre, 2011, pp. 308-
314

Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195222507004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

AUSCULTANDO LA CORRUPCIÓN EN LA SALUD: DEFINICIÓN Y CAUSAS. ¿QUÉ ESTÁ EN JUEGO?

Auscultating corruption in the health sector: definition and causes. What is it on the table?

Lina Manrique-Villanueva, Mg, Ph.D.(C) Javier Eslava-Schmalbach, M.D., M.Sc., PhD***

Recibido: julio 8/11 – Aceptado: diciembre 16/11

RESUMEN

Introducción: el deseo de recibir tratos favorables o preferenciales transgrediendo las normas y la ley origina comportamientos corruptos. El hecho de sobreponer el interés particular sobre el general incide en la sociedad, excluyendo a un porcentaje significativo de la población, que ve afectados sus derechos constitucionales. Este artículo reflexiona sobre el concepto de corrupción y revisa los actores del sistema de salud en Colombia, invitando a una mirada interdisciplinaria, capaz de una lectura crítica de la información que presentan los medios de comunicación.

Objetivo: hacer una reflexión sobre: 1) qué es la corrupción, 2) cuáles son sus causas, 3) cómo incide en el sistema de salud colombiano y 4) discutir la necesidad de una reforma profunda en la formación de los valores culturales que orienten hacia la valoración de la honradez y la transparencia.

Materiales y métodos: a partir de una revisión de fuentes secundarias, el artículo de reflexión

señala cómo la corrupción afecta la salud pública. Se busca una aproximación conceptual a la noción de corrupción desde el punto de vista económico, político y cultural. Concluye, desde la perspectiva de la salud pública, con la necesidad de reformas profundas al sistema y de la formación de los profesionales de la salud como ciudadanos participativos con competencias para una lectura crítica de medios.

Resultados: se postulan tres premisas que, desde nuestro punto de vista, deben ser documentadas desde la academia: primera, la corrupción es universal; segunda, la corrupción ha penetrado en el sistema de salud, y, tercera, ha permeado de una manera más marcada debido al sistema de mercado sin regulación.

Conclusiones: la reforma al sistema de salud debe garantizar cero corrupción en el sector, acceso real a la provisión de servicios de buena calidad, con una mirada intersectorial que entienda el papel de los determinantes en salud en la perpetuación de la enfermedad y de la pobreza, y que tenga como meta de control los resultados bajo condiciones de equidad a corto plazo.

Palabras clave: prestación de atención en salud, economía, financiación gubernamental, seguro de salud, robo.

* Doctoranda en Estudios Políticos y Relaciones Internacionales, Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales. IEPRI - Universidad Nacional de Colombia. Bogotá (Colombia).

** Profesor Titular, Director, Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá (Colombia).

SUMMARY

Introduction: the desire to receive favorable or preferential treatment, infringing standards and the law, leads to corrupt behavior. The fact of placing particular interests above those of the general public affects society, excluding a significant percentage of the population and affecting their constitutional rights. This article provides reflection about the concept of corruption and reviews actors from the Colombian healthcare system, inviting an interdisciplinary look at the matter thereby leading to a critical reading of the information presented by the mass media.

Objective: reflecting on what is corruption, what are its causes, how does it affect the Colombian healthcare system and discussing the need for far-reaching reform regarding the formation of cultural values thereby orientating people towards valuing honesty and transparency.

Materials and methods: this reflection article points out how corruption affects public health by reviewing secondary sources. A conceptual approach is sought regarding the notion of corruption from economic, political and cultural points of view and concludes from the perspective of public health, the need for sweeping healthcare system reforms and training of healthcare professionals as participatory citizens having the necessary skills for a critical reading of the media.

Results: three premises are postulated which should be documented by the academic world: corruption is universal, it has penetrated the healthcare system and it has markedly permeated the unregulated market system.

Conclusions: healthcare system reform should ensure absolutely no corruption in the sector, real access to quality service provision, having an inter-sector approach understanding the role of healthcare determinants in the perpetuation of disease and poverty, aimed at controlling short-term results in conditions of equality.

Key words: healthcare delivery, economics, government finance, healthcare insurance, theft.

INTRODUCCIÓN

En los últimos meses, Colombia ha sido testigo de lo que los medios han presentado como corrupción en el sector salud, bajo el nombre de “carrusel de la salud”. El presidente de la República, Juan Manuel Santos, anunció que el desfalco ascendía a cerca de 30 mil millones de pesos,¹ pero luego se explicó a la opinión pública que esta cifra era la punta del *iceberg* de varios billones de pesos que se perdieron o se quedaron en manos de los corruptos.² El fenómeno es complejo y se considera de interés por tener una perspectiva interdisciplinaria que diversifica la mirada a este fenómeno que exige de los ciudadanos y profesionales de la salud una actitud crítica, deliberativa y tendiente a ejercer el control ciudadano necesario a favor del gremio y los pacientes.

Las actuaciones de corrupción son explicadas por los legos como “codicia” y por algunos economistas como “maximización de la utilidad”, bajo una perspectiva “eficiente” en condiciones de ineficiencia estatal, o como parte de los gastos de inversión que se requieren cuando se planifica estratégicamente, en el microcosteo.³ No obstante, la corrupción puede ser considerada desde varias perspectivas: como un problema económico, político, cultural y de salud pública. A continuación desarrollaremos la reflexión sobre estas facetas.

La corrupción como problema económico

La corrupción es uno de los problemas que más afecta a los países en vías de desarrollo. Según Susan Rose-Ackerman “la distribución de los beneficios y costes (sic) que controla el Estado se hallan generalmente bajo el control de funcionarios públicos que poseen un poder discrecional. Las personas y las empresas privadas que desean un trato favorable pueden estar dispuestas a pagar para obtenerlos. Los pagos son corruptos si se hacen ilegalmente a funcionarios públicos con la finalidad de obtener un beneficio o de evitar un coste. La corrupción es un síntoma de que algo no ha funcionado bien en la gestión del Estado. Las instituciones diseñadas para gobernar

la interrelación entre los ciudadanos y el Estado se utilizan, en vez de ello, para el enriquecimiento personal y para proporcionar beneficios a los corruptos. El mecanismo de precios, que con tanta frecuencia es una fuente de eficacia económica y un elemento que contribuye al crecimiento, puede, en forma de soborno, socavar la legitimidad y la eficacia del gobierno”.⁴

Los estudios de Transparencia Internacional han indicado que a mayor corrupción mayor pobreza.⁵ Sin embargo, Colombia no es el país más corrupto de la región. Países como Haití, México, Venezuela y Argentina han resultado escalafonados como más corruptos que el nuestro.⁶ Sin embargo, un índice de corrupción no es reflejo real de la cantidad de transacciones corruptas o de la cantidad de dinero involucrada en esas transacciones, debido a que no hay un registro de las mismas, por el contrario, las transacciones corruptas buscan ser soterradas y secretas.

Al revisar el índice de percepción de corrupción de Transparencia Internacional, que califica con un valor de 0 la mayor percepción de corrupción y 10 la menor percepción de corrupción, se observa que Colombia partió de un puntaje de 2,2/10 en 1998. En 2006 el país obtuvo una puntuación de 3,9/10, en 2007 y se ha mantenido los últimos 5 años con una baja calificación que ha variado de 3,8 (2007) a 3,4 (2011). Este último puntaje ubica al país en el puesto 80 entre 183 países evaluados.⁶ Esta evaluación marca un nuevo reto para la sociedad y el Gobierno Nacional, que incluyó al IPC como único indicador de seguimiento incluido en el capítulo de Buen Gobierno y Lucha Contra la Corrupción del Plan Nacional de Desarrollo. Sin embargo, la meta fijada por el Gobierno a 2014 es alcanzar una calificación de 4,0, de esta manera, a corto plazo se espera una pequeña mejoría en una calificación considerada poco deseable en materia de corrupción.⁵

La corrupción puede estar en el sector público o en el privado. Sus consecuencias en el ámbito económico están documentadas por estudios internacionales como los que realiza el Banco

Mundial; pero también por organizaciones no gubernamentales (ONG) y movimientos sociales, los cuales se ven afectados por las decisiones que se toman en el sector de la salud.⁷

Conforme con la situación de corrupción denunciada por los medios masivos de comunicación, cabe preguntarse: ¿dónde están los millones de pagos que se autorizaron a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las cuales funcionan como intermediarias en el sistema colombiano?

A este respecto, Guerra de Macedo comentó: “Este hecho lo menciono para otra vez venir sobre uno de los puntos importantes del profundo cambio que es necesario introducir en las prácticas, y por qué no decirlo, en la teoría de la salud, que es la importancia de la participación, de la descentralización, de la democratización en la organización de las acciones sectoriales y más allá del sector”.⁸

El acceso a información clara sobre el sistema de salud es importante para que la ciudadanía pueda ejercer su deber de control ciudadano. En este sentido, nos preguntamos por qué hasta ahora estalla el escándalo de corrupción en el sector salud, cuando el tema estaba sobre la mesa desde hace mucho tiempo. Incluso generó revuelo cuando se declaró la llamada “emergencia social”, con el Decreto 4975 del 23 de diciembre de 2009, en ese entonces, momento de transición electoral.

La corrupción como problema político

Mientras los profesionales de la salud luchan por conservar la vida de los individuos, en Colombia, la realidad del conflicto armado hace que los recursos de la salud sean desviados a grupos ilegales de derecha e izquierda que tienen la capacidad de intimidar y minar a la población en una incursión armada. Mientras la ciencia tiene la función de proteger la vida; la criminalidad acaba con ella, como mecanismo de presión. En el libro “Y refundaron la patria” se describe en algunos apartados cómo los dineros de la salud llegaron incluso a manos de paramilitares. “El Bloque Central Bolívar usufructuó

también los recursos de las loterías y la salud, pero tuvo una mayor vinculación a los recursos de la minería”.⁹ En este sentido, la periodista Martha Elvira Soto, de la Unidad de Investigaciones de El Tiempo, publicó que “El portafolio de negocios legales permeados por los actores armados ilegales incluye también a algunas de las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS)”.¹⁰

La corrupción ha sido abordada en el país por los medios masivos de comunicación como noticias efímeras que aparecen a diario en los noticieros, la prensa, la radio y la Internet. Por otro lado, después de las denuncias, el sistema judicial asume los casos pero no se cuenta con indicadores para medir el índice de impunidad.

Excepcionalmente, algunos mandos medios van a prisión, pero los cerebros de la corrupción pasan incólumes. Solo en los últimos años se empieza a fortalecer una cultura de la rendición de cuentas y de los señalamientos a aquellos políticos que se vieron atraídos por el crimen para ir en contra de los intereses de la población en general.

A este respecto, Hernán Ibarra reseña en el libro “Clientelismo, corrupción y criminalidad organizada” que: «distanciándose de las posturas clásicas de Almond y Verba que conceptuaron como cultura política las actitudes y orientaciones de los individuos ante la política, Caciagli, propone un acercamiento que considera a la cultura política como una red de relaciones. Por eso no se trata solo de opinión. Así, para este autor, la cultura política se sostiene “en ideas y valores, en símbolos y normas, en mitos y ritos compartidos por una comunidad que forjan una mentalidad. Se expresa en comportamientos concretos y reiterados, en redes de estructuras materiales o psicológicas que elaboran y transmiten esa cultura, que no es un abanico de creencias, sino un código simbólico que adquiere sentido en un contexto social y que guía y condiciona el pensar, el actuar y el sentir de los actores políticos”. (Caciagli, 1996: 14)».¹¹

El dilema se construye a partir de la tolerancia por parte de la sociedad hacia la corrupción, es

decir, una falta de autorregulación, y por otro lado, como un problema cultural que se presenta tanto en países colonizadores como en los colonizados.

Siguiendo a Mario Caciagli, “mientras que el clientelismo ocurre de manera vertical, la corrupción sucede de manera, más o menos, horizontal. [...] La corrupción tiene una causalidad de largo y corto plazo que, entre otros factores, se halla en la intervención estatal, la crisis de los partidos y el nuevo espíritu de los políticos profesionales. La descentralización del Estado, finalmente, multiplica los espacios susceptibles de prácticas corruptas. [...] De modo que la corrupción, al ser una manera de actuar, es el medio y no la sustancia de una cultura política”.¹¹

En otros escenarios se han enunciado algunas “ventajas” de una corrupción centralizada, en vez de descentralizada: “en sistemas donde la corrupción es centralizada y monopólica, se aduce que puede aumentar el Producto Interno Bruto y mejorar la eficiencia de las transacciones, mientras que la corrupción bajo un esquema de descentralización y caos institucional puede tener un efecto negativo”.^{3,12} Vale la pena recordar que la corrupción, la pobreza y las inequidades en salud están altamente correlacionadas.¹³⁻¹⁵

La corrupción como problema cultural

Frente a la creación de la sede Tumaco de la Universidad Nacional hace unos meses, el rector de la Universidad Nacional de Colombia, Moisés Wasserman decía lo siguiente: “El modelo de éxito en esta zona del país casi siempre ha sido inmoral. Tiene éxito el que consigue plata como sea y usualmente esa es una mala forma. La Universidad va a ser el contraejemplo, va a demostrar que es posible el éxito en el marco moral”.¹⁶

Esta declaración sintetiza de manera muy interesante lo que sucede no solo en Tumaco sino en muchos rincones del país. Si al que obra mal le va bien; y al que obra bien, le va mal, ¿para qué actuar bien? Este mensaje equívoco caló en varias generaciones de niños, niñas y jóvenes que crecieron

estimulados por historias de narcotráfico. La corrupción busca la “maximización de la utilidad”, sin tener en cuenta el impacto de las acciones corruptas. Frente a esta situación se ha hablado de reformas. Por ejemplo, se parte de una premisa de “funcionarios mejor remunerados son menos proclives al soborno”. No obstante, la historia también ha mostrado que funcionarios muy bien remunerados realizaron actos de corrupción.

Se esperaría que en un mundo éticamente relacionado, la suma de valores individuales debería privilegiar en últimas el bien-estar del colectivo. Sin embargo, los valores individuales favorecen cultural, política y/o económicamente la apropiación de los recursos de la salud, de tal manera que los recursos nunca serán suficientes ni eficientes en la provisión de los servicios de salud para la población.

La corrupción como problema de salud pública

Hasta aquí ha sido evidente que la corrupción tiene varias aristas asociadas con los fenómenos que vive el país. Esas mismas aristas que son explicativas de la corrupción que ha afectado al país, tanto en instituciones públicas y privadas, en muchos ámbitos (vías, minería, comunicaciones, inteligencia del estado, campañas y partidos políticos, etc.), lo son también de la corrupción en salud, en la que todos los actores han resultado implicados.¹⁷ Ejemplos de corrupción dentro del sistema de salud se han dado en otras latitudes. Lo describen en los profesionales de la salud que reciben pagos extra por parte de los pacientes,¹⁸⁻²⁰ en la industria farmacéutica,^{21,22} en el gobierno,²³⁻²⁷ y en los hospitales.^{28,29}

Las implicaciones culturales, económicas y políticas son un condicionante de la corrupción en la salud y, evidentemente, en la medida en que los recursos se desvían hacia los particulares, el bien-estar de la población se disminuye de manera general, entendido como bien-estar en sentido amplio y que en inglés se ha usado como “*well being*”, frente a bienestar en sentido restringido y que hace parte de las concepciones utilitaristas de bienestar

como satisfacción de las necesidades o placer, y que en inglés se ha usado como “*welfare*”, de acuerdo con Nussbaum y Amartya Sen.³⁰

Se pueden postular entonces, tres premisas: primera, la corrupción es universal; segunda, ha penetrado en el sistema de salud, y, tercera, ha permeado de una manera más marcada y con más facilidad debido al sistema de mercado sin una regulación adecuada.

Sin embargo, lo encontrado hasta ahora en Colombia y el mundo es un grupo de actores que favorecen sus intereses individuales por encima de los de la población general, intereses individuales que han sido contruidos a través de la generación de conflictos de interés en su relación con otros actores del mismo sistema y que ostentan el poder económico, como la industria farmacéutica, las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), los proveedores, o el mismo Gobierno, como ocurrió con los responsables del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), localizado dentro del Ministerio de la Protección Social.²⁸

La ley 100 de 1993 en Colombia aumentó los recursos con los que contaba el sistema de salud antes de su promulgación. Sin embargo, el aumento de los mismos se ha dado en mayor proporción en la cobertura que en el acceso real a los servicios alcanzado. De esta manera los resultados en salud no han sido los esperados. De ahí se deduce que los recursos no han llegado a los usuarios del sistema debido a la corrupción. Este fenómeno ha sido causa de muertes maternas, muertes infantiles y muertes por enfermedades crónicas que habrían podido ser evitadas, si se hubieran hecho las inversiones indicadas con los recursos disponibles. En otras palabras, los que se han apropiado de estos recursos son los responsables directos de estas muertes. De tal manera que el país ha perdido no solo el dinero que no se sabe dónde está, sino las vidas de los sujetos que no tuvieron acceso a los tratamientos oportunos o a las actividades de promoción y prevención, para evitar dichos desenlaces en salud.

Ejemplos de estas relaciones entre corrupción y estados de salud ya han sido documentados previamente.^{13,14,31}

CONCLUSIONES

Al igual que lo sugieren otros autores en otros contextos, el país necesita una reforma profunda de su sistema de salud,^{32,33} con mecanismos de control eficaces y con una formación de muchas generaciones que conduzca a una modificación gradual de las prácticas sociales. Esta reforma debe garantizar cero corrupción en la salud, acceso real a la provisión de servicios de buena calidad, con una mirada intersectorial que entienda el papel de los determinantes en salud en la perpetuación de la enfermedad y de la pobreza, y que tenga como meta de control los resultados en salud bajo condiciones de equidad. En otras palabras, una reforma adecuada debe comprometerse a mejorar las condiciones de salud general de toda la población, como una meta a lograr a corto plazo.

Sin duda, la corrupción como fenómeno político es una invitación a la academia a proponer un *corpus* teórico que intente explicar el fenómeno desde el contexto local: el secreto, lo ilícito, la violación de la norma y el intercambio de dinero están presentes en la corrupción; al sistema educativo, para replantear la formación que se está dando a las generaciones que ocuparán cargos públicos y privados en los años venideros, y a las familias, como núcleos de la sociedad, según la Constitución Política de Colombia.

REFERENCIAS

1. Bueno L. Corrupción sigue ahogando a Colombia. El Universal de Cartagena [Internet]. 2011 May 6 [Visitado 2011 Jul 8]. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.co/cartagena/nacional/corruccion-sigue-ahogando-colombia-22881>.
2. Redacción El País. Corrupción ‘contagió’ al sector de la salud en Colombia. El País de Cali [Internet]. 2011 Jun. Visitado 2011 Jul 8. Disponible en: <http://www.elpais.com.co/elpais/colombia/escandalo-corrupcion-afectaria-minproteccion>.
3. Fisman R. Corruption You Can Count On. Wall Street Journal 2010(Abril 3): W3.
4. Rose-Ackerman S, Colodrón A. La Corrupción y los gobiernos: causas, consecuencias y reforma. 1ª Edición. Madrid: Siglo XXI de España; 2001.
5. Transparency International. 2010 Corruption perception index. Visitado 2011 Jul 8. Disponible en: http://www.transparency.org/policy_research/surveys_indices/cpi/2010
6. Corporación Transparencia por Colombia. Capítulo Transparencia Internacional. La percepción de corrupción en Colombia no disminuye en medio de escándalos de contratación y avances en medidas anticorrupción. Visitado 2011 Jul 8. Disponible en: <http://www.transparenciacolombia.org.co/NOTICIAS/tabid/134/ctl/Details/mid/755/ItemID/355/language/es-ES/Default.aspx>
7. El Banco Mundial. Datos. Washington, D.C.: El Banco Mundial; 2011; Visitado 2011 Jul 8. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/>
8. Torres Tovar M. El reto por desarrollar una salud pública en contraposición a una salud privada. Rev Cubana Salud Pública 2007;33:(4).
9. López C. Y refundaron la patria. De cómo mafiosos y políticos reconfiguraron el Estado Colombiano. Bogotá: Ed Random House Mondadori; 2010.
10. Soto M. AUC S.A. El holding paraco. Ojos azules. En: Soto M, Hernández S, Gómez I, González E, Jiménez O, editors. El poder para qué? Las plantaciones de palma africana, los regímenes del terror, el cartel de la gasolina, empresas e inversiones, cultivos de coca. Bogotá: Intermedio Editores; 2007. p. 17.
11. Ibarra H. Reseña de “Clientelismo, corrupción y criminalidad organizada”. Iconos, Revista de Ciencias Sociales 2002;15:156-8.
12. Mironov M. Bad Corruption, good corruption and growth. Chicago: Graduate School of Business, University of Chicago; 2005. Visitado 2011 Jul 8. Disponible en <http://www.mironov.fm/research/corruption.pdf>
13. Esrava-Schmalbach J, Alfonso H, Oliveros H, Gaitan H, Agudelo C. A new Inequity-in-Health Index based on Millennium Development Goals: methodology and validation. J Clin Epidemiol 2008;61:142-50.
14. Holmberg S, Rothstein B. Corruption kills. Sweeden: The Quality of Government Institute, Department of Political Science, University of Gothenburg; 2009.

15. Valérian F. The Very Questionable Case For Good Corruption. Blog of the Task Force on Financial Integrity and Economic Development. Washington: Task Force on Financial Integrity and Economic Development; 2010.
16. Wasserman M. Sede Tumaco ya no es la casita en el aire. *UN Periódico*. 2011 Feb. 24
17. *Revista Semana*. Recobros en salud, un desfalco anunciado. 2011 May 3.
18. Cockcroft A, Andersson N, Paredes-Solis S, Caldwell D, Mitchell S, Milne D, et al. An inter-country comparison of unofficial payments: results of a health sector social audit in the Baltic States. *BMC Health Serv Res* 2008;8:15.
19. Liaropoulos L, Siskou O, Kaitelidou D, Theodorou M, Katostaras T. Informal payments in public hospitals in Greece. *Health Policy* 2008;87:72-81.
20. Stringhini S, Thomas S, Bidwell P, Mtui T, Mwisongo A. Understanding informal payments in health care: motivation of health workers in Tanzania. *Hum Resour Health* 2009;7:53.
21. Cohen JC, Mrazek M, Hawkins L. Tackling corruption in the pharmaceutical systems worldwide with courage and conviction. *Clin Pharmacol Ther* 2007;81:445-9.
22. Garuba HA, Kohler JC, Huisman AM. Transparency in Nigeria's public pharmaceutical sector: perceptions from policy makers. *Global Health* 2009;5:14.
23. Adano U. The health worker recruitment and deployment process in Kenya: an emergency hiring program. *Hum Resour Health* 2008;6:19.
24. Lejars M. Health system in Afghanistan: problems and institutional perspectives. *Med Trop (Mars)* 2008;68:463-7.
25. Mataria A, Khatib R, Donaldson C, Bossert T, Hunter DJ, Alsayed F, et al. The health-care system: an assessment and reform agenda. *Lancet* 2009;373:1207-17.
26. Rispel LC, de Sousa CA, Molomo BG. Can social inclusion policies reduce health inequalities in sub-Saharan Africa?--A rapid policy appraisal. *J Health Popul Nutr* 2009;27:492-504.
27. Sakyi EK. A retrospective content analysis of studies on factors constraining the implementation of health sector reform in Ghana. *Int J Health Plann Manage* 2008;23:259-85.
28. Asante AD, Zwi AB, Ho MT. Getting by on credit: how district health managers in Ghana cope with the untimely release of funds. *BMC Health Serv Res* 2006;6:105.
29. Hakenberg OW. The bought patient : The ethical value of per capita flat rates from a medical viewpoint. *Urologe A* 2009;48:858-60.
30. Nussbaum M, Senn A. *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica; 2002. Visitado 2011 Jul 8. Disponible en: http://www.escuelapnud.org/biblioteca/wiki/index.php/Bienestar/_/Bien-estar
31. Holmberg S, Rothstein B. Dying of corruption. *Health Econ Policy Law* 2011;6:529-47.
32. Meneu R, Ortun V. Transparency and good healthcare governance: an aid to overcoming the crisis. *Gac Sanit* 2011;25:333-8.
33. Nishtar S. The Gateway Paper-context and configuration of the proposed health reforms in Pakistan. *J Pak Med Assoc* 2006;56:S2-13.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.