

Resignación ante la corrupción: lo que los datos nos dicen

Instituto de Análisis y Gestión · Marzo 2026

En marzo de 2026, el Instituto de Análisis y Gestión y ProEtica organizaron el webinar "¿Resignación ante la corrupción? Rompiendo el efecto cadena". La sesión incluyó la presentación de Midori de Habich sobre el efecto cadena de la corrupción y un panel moderado por Flor Philipps, con la participación de Susana Wong, Oscar Ugarte (exministro de Salud) y José Luis Gargurevich (Proética). El evento exploró por qué la resignación ciudadana ante la corrupción no es apatía sino una respuesta aprendida, y qué intervenciones pueden romper esa cadena. Este blog parte de esa conversación.

Mensajes centrales

La resignación ante la corrupción no es apatía: es lo que aprende alguien que ha pagado coimas en varios sectores y comprobó que denunciar no sirve. Cambiarla exige cambiar ese resultado, no el discurso.

El problema no está solo en el funcionario corrupto ni en el ciudadano resignado. Está en la estructura: donde el acceso a atención depende de decisiones discrecionales con beneficio concreto y consecuencia casi nula.

Una intervención exitosa en salud que deja intactas las coimas en otros sectores, como por ejemplo trámites o tránsito, podría reducir algo la corrupción sectorial sin reducir resignación ciudadana. La cadena sigue operando por otras rutas.

En salud, mejorar la calidad del servicio no es un objetivo paralelo a combatir la corrupción --- es su mecanismo principal. Donde el acceso es directo y predecible, no hay nada que vender.

01

Una respuesta aprendida

Cuando alguien paga una coima porque "así funciona", el error más común es leerlo como pasividad o complicidad. En realidad, es la conclusión de alguien que ha acumulado suficiente evidencia propia: ha pagado antes en trámites, en tránsito, en el colegio, y ha comprobado que el pago abre puertas y la denuncia no produce resultados. La resignación no es un estado de ánimo que haya que corregir con campañas --- es una inferencia que solo se contradice con hechos.

Esto desplaza el problema. No es sólo el funcionario corrupto, aunque exista. No es solo el ciudadano resignado, aunque la resignación sea real. Es la estructura que hace que ambos se comporten como se comportan: un sistema donde acceder a atención puede depender de decisiones discrecionales, y donde abusar de esa posición tiene costo bajo y beneficio concreto.

02

Lo que los datos parecen decir — y lo que dicen

A primera vista, los datos sugieren que la coima en salud es el problema central: quienes la pagaron muestran 77.4% de resignación, frente a 65.1% en quienes no. Una diferencia de 12 puntos que parece confirmar la intuición. Sin embargo, una vez que se toma en cuenta en cuántos sectores ha pagado cada persona, el efecto de la coima en salud desaparece. Lo que parecía un problema de salud es en realidad un problema de cadena.

El resultado más robusto y significativo es el de la longitud de cadena: el patrón es consistente: 59.5% de probabilidad de resignación con una coima, 65.1% con dos, 80.1% con tres o más. El efecto se acumula. La gente no se resigna por la naturaleza de un sector --- se resigna por saturación.

03

La corrupción llena el espacio que el sistema deja vacío

Así, la corrupción en salud no es una anomalía en un sistema que funciona. Ocurre donde el sistema promete acceso y no lo entrega, y alguien se beneficia y vende lo que el sistema formal no provee. A esto se suma la escasez ficticia: equipos que "se malogran" y no se reparan, medicamentos que "no hay" y aparecen cuando la junta de usuarios va a verificar. No es solo ineficiencia --- es la creación deliberada de condiciones de escasez que generan oportunidades de renta. Remover al actor que lo hace sin cerrar esa brecha solo libera el espacio para el siguiente. El incentivo permanece intacto.

Por eso la secuencia importa. La fiscalización y la denuncia son herramientas útiles para consolidar lo que una reforma estructural ya logró, no para sustituirla. Los datos del estudio son consistentes con esto: la confianza en instituciones anticorrupción no se asoció estadísticamente con menor resignación. Los ciudadanos ya probaron esa vía y registraron el resultado.

04

El problema no respeta compartimentos ministeriales

La pregunta operativa no es cuántas denuncias se presentaron. Es dónde existe todavía una decisión personal sobre un recurso escaso, y quién paga el costo de esa decisión. Eso es lo que la cadena de coimas mide: no corrupción por sector, sino el efecto acumulado de brechas discrecionales a lo largo de la vida de una persona. Cada coima adicional en cualquier sector aumenta la probabilidad de resignarse en el siguiente.

Eso tiene una implicación incómoda: una intervención exitosa en salud que deja intactas las coimas en trámites o educación puede reducir corrupción sectorial sin mover la aguja en resignación ciudadana. La cadena sigue operando por otras rutas. El problema no respeta la lógica de ministerios con presupuestos y métricas separadas --- y las soluciones tampoco.

05

En salud, la calidad del servicio es política anticorrupción

En salud hay una condición que no existe en otros sectores: cuando el servicio funciona bien, la corrupción pierde su razón de ser. A diferencia de obras públicas, donde es posible extraer renta y entregar igual el producto, en salud la calidad y la corrupción son incompatibles en la práctica. No hay favor que vender donde el acceso es fluido y predecible.

Fortalecer el primer nivel de atención reduce la congestión hospitalaria y con ella las oportunidades de cobrar por acceso preferente. Digitalizar la asignación de citas, camas y medicamentos elimina la decisión humana que tiene precio: cuando la asignación es automática y trazable, no hay nada que vender.

La política anticorrupción en salud se decide entonces en los puntos de contacto cotidianos -- la ventanilla, el consultorio, la farmacia. Cada interacción con el sistema es una oportunidad para producir un resultado distinto al que la experiencia acumulada predice. La vía no es solo construir más canales de denuncia, sino producir resultados visibles desde los que ya existen.

06

Por dónde seguir

El camino no empieza necesariamente en grandes decretos de reforma. Empieza en la próxima interacción de un ciudadano con una ventanilla de salud, con un trámite, con una cita médica. Cada vez que esa interacción no requiere pagar, la cadena se acorta un eslabón. Y con ella, la probabilidad de que alguien decida que denunciar vale la pena.

Perú tiene experiencias que demuestran que esto es posible. Tiene gestores que han logrado resultados concretos dentro de las mismas restricciones institucionales. Lo que falta no es el diagnóstico --- ese, los datos ya lo proveen. Lo que falta es tratar cada punto de contacto como una oportunidad de política pública y confianza ciudadana, no como un trámite administrativo más.