



Mujeres cumplimentando una hoja de seguimiento y evaluación participativa en una aldea del distrito de Bhor, en el estado de Maharashtra de la India (2011). Oxfam / Cecile Unternaehrer

EXIGIR CUENTAS

La gobernanza democrática en el corazón de la financiación para el desarrollo

Un Gobierno que no rinde cuentas es un lastre para el desarrollo. Impide que las personas ejerzan sus derechos y que tengan acceso a la atención sanitaria, la educación y otros servicios básicos necesarios para salir de la pobreza. En el mejor de los casos, una gobernanza deficiente redundará en una gestión inadecuada de los fondos públicos; en el peor de los casos genera corrupción. Las experiencias de Sierra Leona y la India con sendas reformas en el sector de la salud demuestran cómo el activismo de la ciudadanía, junto con las reformas democráticas, pueden mejorar tanto la propia prestación de los servicios como los resultados en salud. El objetivo primordial de la financiación para el desarrollo debe ser mejorar la transparencia, la participación y la rendición de cuentas, y los donantes deben apoyar los esfuerzos de las organizaciones comunitarias por influir en el Gobierno y por hacer partícipes a la ciudadanía a la hora de exigir sus derechos.

RESUMEN

El derecho de la ciudadanía a exigir cuentas a los cargos públicos está en el corazón de la gobernanza democrática. Cuando no hay escrutinio ciudadano y el poder de asignación de los recursos públicos queda en manos de unos cuantos encargados de la toma de decisiones, es muy fácil que esos recursos se desvíen de su legítimo fin y sean aprovechados para el lucro personal. Este tipo de corrupción niega a las personas la atención sanitaria, la educación y los demás servicios públicos a los que tienen derecho y que les proporcionarían un medio para salir de la pobreza.

En este informe se pretende demostrar que si se potencia la capacidad de la ciudadanía para influir en el Gobierno es posible reducir las oportunidades para la mala gestión y la corrupción, y que el consiguiente cambio en el poder desde unos grupos de élite marginales hacia grupos más representativos de la sociedad civil es fundamental para lograr el desarrollo sostenible.

Las experiencias recientes de Sierra Leona y la India demuestran la forma en que una mayor rendición de cuentas puede mejorar drásticamente la prestación de los servicios públicos y reducir a la vez los incentivos y las oportunidades para el desvío de recursos. En ambos casos, las reformas de gobernanza democrática que fomentaron la participación ciudadana en el seguimiento y la evaluación de la prestación de servicios sanitarios redundaron en una mejora de la gestión y de los resultados en salud. Las ONG y los donantes trabajaron con agencias gubernamentales para probar distintos enfoques, debatir los resultados, preparar argumentos de respaldo y potenciar los conocimientos. Mediante el diálogo sobre políticas y la incidencia, se logró que unas partes interesadas en principio reacias acabaran adoptando enfoques nuevos y más abiertos.

A lo largo del proceso, las partes interesadas experimentaron una profunda transformación en cuanto a su actitud. La ciudadanía logró una mejor concienciación sobre sus derechos y exigieron más oportunidades de participación y mejores resultados de desarrollo. Por su parte, las autoridades reconocieron que debían aportar más información, crear nuevas oportunidades para la participación pública, y recibir comentarios respecto de su rendimiento. La institucionalización de estos procesos lograría controlar la corrupción.

Los ejemplos de Sierra Leona y la India destacan la importancia de trabajar simultáneamente en distintos aspectos de la gobernanza democrática. Sin sanciones efectivas, cualquier exigencia sobre rendición de cuentas será en vano. Sin una mayor difusión de la información, la participación ciudadana quedará en un mero gesto. Sin un escrutinio continuado, las actitudes no cambiarán. Pero si todos estos elementos están presentes, la ciudadanía activa se acostumbrará a expresar sus preocupaciones y comenzarán a esperar que las personas en el poder respondan y que se apliquen sanciones por mala gestión.

No es sencillo llevar este proceso a la práctica. Los avances regulares pueden verse seguidos de reveses repentinos, y el progreso irregular

llevar a logros inesperados. Ni los “encargados de la toma de decisiones”, ni la “ciudadanía” ni ningún otro grupo de interés son homogéneos, y las negociaciones entre ellos serán siempre un trabajo en curso.

No obstante, las experiencias de Sierra Leona y la India son extremadamente alentadoras, y sugieren nuevas formas para lograr una ayuda efectiva en la lucha contra la mala gestión y la corrupción.

El apoyo que los donantes prestan a iniciativas anticorrupción ad hoc suele dejar de lado esta visión más amplia. Pese a que los donantes no deben convertirse en actores de la política nacional, sí deben desempeñar el legítimo papel de alentar un contrato social de mayor fuerza entre la ciudadanía y el Estado –un contrato que estaría caracterizado por la participación ciudadana y la transparencia y la rendición de cuentas del Gobierno– y un marco en base a derechos para el desarrollo.

En este informe se sostiene que los donantes deben potenciar la capacidad de la ciudadanía, y en especial de los grupos más pobres y marginados, para exigir cuentas a los funcionarios públicos, en parte mediante el fomento de la opinión pública como fuerza democrática y como elemento disuasorio frente a la corrupción. Al mismo tiempo, los donantes deben utilizar su influencia técnica y económica para fomentar la institucionalización de procedimientos que alienten la transparencia, la participación y la rendición de cuentas.

Las áreas principales para la inversión de donantes podrían abarcar el fortalecimiento de vínculos entre las organizaciones de la sociedad civil, la mejora de la efectividad de su trabajo con funcionarios públicos, y la recogida de datos y testimonios para alimentar los debates a nivel nacional. Los donantes podrían participar como gestores de los conocimientos y como moderadores, ofreciendo ayuda a las distintas partes interesadas (como por ejemplo periodistas o abogados) y fomentando la creación de grupos de interés para reunir voces diversas en los diálogos sobre políticas.

La finalidad de la ayuda debe ser la consecución de cambios duraderos en la mentalidad tanto de la ciudadanía como de las autoridades, y que suponen objetivos a más largo plazo de lo que los donantes suelen considerar hoy en día. En 2005, tan solo un 15% del total de la ayuda oficial al desarrollo (AOD) iba orientada al fortalecimiento del Gobierno y de las organizaciones de la sociedad civil. Desde entonces, esa proporción ha ido disminuyendo, hasta alcanzar tan solo un 11,6% del total de la AOD en 2010.¹ Además, el objetivo de la mayoría de los programas financiados era mejorar la gestión de los fondos de ayuda o de los informes a donantes, en lugar de potenciar la rendición de cuentas de los Gobiernos ante su ciudadanía.

Donantes, Gobiernos y sociedad civil deben estudiar la posibilidad de utilizar la Alianza Mundial para una Cooperación al Desarrollo Eficaz, creada en el Foro de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda celebrado en Busan en 2011, para poner la gobernanza democrática en el corazón de la financiación para el desarrollo.²

RECOMENDACIONES

- Para lograr un impacto amplio y duradero en la corrupción, los donantes deben apoyar la integración de procedimientos de gobernanza democrática en las instituciones, así como la potenciación de una opinión pública informada para exigir cuentas a los encargados de la toma de decisiones.
- Los donantes deben incrementar la ayuda aportada en forma de ayuda presupuestaria para mejorar los procesos de rendición de cuentas a nivel nacional y potenciar el contrato social entre la ciudadanía y el Estado.
- Tanto Gobiernos nacionales como donantes deben reconocer el imprescindible papel de la ciudadanía activa en la gobernanza democrática, y deben trabajar hacia la consecución de un entorno propicio para las organizaciones de la sociedad civil y fomentar así una toma de decisiones participativa.
- Los donantes deben emplear su capacidad como mediadores para reunir a una serie diversa de partes interesadas de los países en desarrollo en orden a facilitar el diálogo y la construcción de alianzas.
- Los donantes deben invertir en el fortalecimiento de los órganos judiciales y parlamentarios que ejercen el control sobre el poder ejecutivo.
- Los donantes deben apoyar la consecución de unos sistemas de recogida de datos e informes públicos mejorados, e incorporar este objetivo en el programa de desarrollo post 2015.

1 INTRODUCCIÓN

Un Gobierno que no rinde cuentas es un lastre para el desarrollo. Impide que las personas ejerzan sus derechos y tengan acceso a los servicios básicos. En el mejor de los casos, una gobernanza deficiente lleva a una gestión inadecuada de los fondos públicos; en el peor de los casos genera corrupción.³ Cuando no hay escrutinio ciudadano y el poder de asignación de los recursos públicos queda en manos de unos cuantos encargados de la toma de decisiones a los que no se les exigen cuentas, es muy fácil que esos recursos se vean desviados de su legítimo fin y sean utilizados para lucro personal. Como consecuencia de ello, las personas no reciben la atención sanitaria, la educación y los demás servicios públicos a los que tienen derecho y que les proporcionarían un medio para salir de la pobreza.

La transparencia,⁴ la participación⁵ y la rendición de cuentas⁶ están en el corazón de la gobernanza democrática. Son la clave para que la ciudadanía influya en las prioridades del Gobierno y la asignación de los recursos públicos. Si se potencia la capacidad de la ciudadanía para influir en el Gobierno, se reducen las oportunidades para la gestión inadecuada y la corrupción, a la vez que se mejoran los servicios públicos y los resultados de desarrollo. El consiguiente cambio en el poder desde unos grupos de élite marginales hacia grupos y aliados más representativos de la sociedad civil es un paso fundamental para lograr el desarrollo sostenible y la reducción de la pobreza.

2 PUNTOS DE ENTRADA PARA LA FINANCIACIÓN AL DESARROLLO

Si se ha de lograr una solución duradera a la corrupción, los donantes deben apoyar la institucionalización de procedimientos que mejoren la transparencia, la participación y la rendición de cuentas. Al mismo tiempo, deben promover el activismo ciudadano eficaz como herramienta para exigir cuentas a los cargos públicos. El apoyo a la consolidación de la opinión pública como factor político en las decisiones gubernamentales es fundamental para mejorar la rendición de cuentas ante el público en general.

Los donantes pueden apoyar directamente las actividades de extensión de las organizaciones de la sociedad civil para potenciar la participación comunitaria en la toma de decisiones por parte del Gobierno. Para ayudar a fomentar una agregación de la demanda de mayor transparencia, participación y rendición de cuentas, la financiación al desarrollo aportada por los donantes debe utilizarse para potenciar los vínculos tanto entre comunidades, como entre comunidades y representantes gubernamentales. También puede utilizarse para fortalecer ONG locales, nacionales e internacionales, así como instituciones académicas, periodistas, organismos técnicos y demás partes interesadas.

La financiación al desarrollo puede utilizarse para generar información y datos que permitan a las partes interesadas influir en el diseño de políticas. También puede servir para fortalecer organismos institucionales, como parlamentos y órganos judiciales, que son fuente de control y compensación para la ciudadanía.

La ayuda técnica podría ayudar al sector público a ser más receptivo ante las exigencias de la ciudadanía, y a la vez ayudar a las ONG y las organizaciones comunitarias a lograr las capacidades analíticas y la información que precisan para influir en la toma de decisiones por parte de los Gobiernos.

Para potenciar la influencia de la opinión pública, la ayuda puede emplearse también para lograr unos medios de comunicación más activos, mediante el apoyo a la formación de periodistas y campañas de concienciación a gran escala, así como la creación de mecanismos para la protección de denunciantes. Los donantes pueden, a su vez, hacer públicos los datos de que disponen con el fin de movilizar a la opinión pública.

Para hacer frente a estas prioridades, los donantes deberán realizar una nueva evaluación de la manera en que se canalizan las ayudas. Los calendarios aplicados a proyectos y programas suelen abarcar entre uno

y tres años, un plazo excesivamente corto si se trata de cambiar la mentalidad de la ciudadanía o cargos públicos. Los donantes deben estudiar la posibilidad de fijar objetivos a más largo plazo, que permitan la adaptación a contextos en evolución y cambios en capacidades y actitudes. Las partes interesadas locales que participen en esta labor tendrían así una ayuda prolongada que les permitiría planificar su trabajo de manera estratégica.

Para las agencias donantes, estos nuevos objetivos y calendarios precisarán nuevos criterios de desempeño capaces de medir factores tales como la participación, la inclusividad y el estado de derecho. Los criterios de buena gobernanza que se utilizan actualmente para medir la situación en un país dado, podrían servir de base para definir criterios que midan la aportación y el impacto del donante.

Los donantes deben reconocer asimismo que la rendición de cuentas del Gobierno de un determinado país frente a donantes externos puede obstaculizar la rendición de cuentas en el propio país, sobre todo si la ayuda se canaliza al margen de los presupuestos nacionales. En Sierra Leona, por ejemplo, y antes de la introducción de las reformas que se describen más adelante, los donantes exigían una contabilidad financiera independiente para cada proyecto, dificultando con ello la supervisión del gasto. Las reformas consolidaron las 120 cuentas distintas que existían y varios donantes accedieron a utilizar los procesos nacionales de seguimiento y auditoría.

La aportación de la ayuda como apoyo presupuestario general avanzaría aún más la rendición de cuentas nacional, pues permitiría a los parlamentos ejercer una mejor labor de control y a los Gobiernos beneficiarios gestionar y gastar la ayuda según sus prioridades de desarrollo.

Un verdadero cambio en las dinámicas sociales y los procesos políticos implica a muchas partes interesadas distintas. En la actualidad, el apoyo de donantes se centra sobre todo en los Gobiernos. Esto deja de lado a una diversidad de actores y las interacciones complejas entre ellos. El sistema judicial, los medios de comunicación, los parlamentos, los grupos de cooperativas y las ONG locales pueden desempeñar funciones clave y necesitan la ayuda técnica y financiera que los donantes pueden aportar.

A través del diálogo sobre políticas, los donantes también pueden destacar aspectos que muchas veces quedan olvidados, como la igualdad de género, la inclusión social y los derechos sobre la tierra. Pueden hacer que aspectos que a corto plazo parecen de una importancia secundaria pero que a medio o largo plazo son de una importancia crítica, como por ejemplo la sostenibilidad ambiental, se mantengan sobre la mesa. Una combinación de apoyo presupuestario, basado en una mejora del control en la gestión de la ayuda, y un diálogo sobre políticas inclusivo, en el cual participan todas las partes interesadas pertinentes, tendrá seguramente un mayor impacto general para la gobernanza democrática y la corrupción que las iniciativas anticorrupción ad hoc.

Los esfuerzos de donantes y Gobiernos por reforzar la rendición de cuentas a nivel nacional también pueden sentar las bases de una estrategia para acabar con los lazos de dependencia de la ayuda. Los donantes pueden ayudar a fortalecer las capacidades de grupos de contribuyentes que trabajan para mejorar la concienciación pública, a la vez que se potencian las capacidades administrativas del Estado. Esta actuación puede redundar en una mayor demanda de transparencia en torno a la recaudación de impuestos y el gasto público, y así ejercer presión para lograr unos sistemas impositivos nacionales más justos, una mayor recaudación impositiva y la asignación de una mayor partida de gasto a fines sociales.

En 2005, tan solo un 15% del total de la ayuda oficial al desarrollo (AOD) iba orientada al fortalecimiento del Gobierno y de las organizaciones de la sociedad civil en los países en desarrollo. Desde entonces, esa proporción ha ido disminuyendo, hasta alcanzar tan solo un 11,6% del total de la AOD en 2010.⁷ Además, el objetivo de la mayoría de los programas financiados era mejorar la gestión de los fondos de ayuda o de los informes a donantes, en lugar de la rendición de cuentas de los Gobiernos ante la ciudadanía.

La comunidad donante debe desempeñar una función vital, y es evidente que puede hacer más. La Alianza Mundial para una Cooperación al Desarrollo Eficaz, creada en el Foro de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda celebrado en Busan en 2011, proporciona a donantes, Gobiernos y la sociedad civil un marco para poner la gobernanza democrática en el corazón de la financiación al desarrollo.

3 LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN EN EL SECTOR DE LA SALUD

Tanto Sierra Leona como la India han utilizado incentivos positivos para mejorar la gobernanza democrática en los últimos años. En Sierra Leona, los donantes trabajaron con el Gobierno para diseñar una iniciativa de atención sanitaria materno infantil que hiciera frente a la mala gestión y la corrupción en el sector de la salud, y que a la vez mejorara los resultados en salud. En la India, un programa de ampliación de los servicios públicos de salud abarcó el seguimiento exhaustivo por parte de comunidades movilizadas por organizaciones de la sociedad civil. Ambas iniciativas potenciaron la participación ciudadana, así como la transparencia y la rendición de cuentas del Gobierno, y de paso transformaron la actitud del personal de atención sanitaria y los enfoques tanto de ONG como del Gobierno.

En Sierra Leona, el Gobierno respondió ante las peticiones de los donantes de una mayor eficacia en la gestión del sector salud, con reformas en sus procedimientos de recursos humanos, administración financiera y adquisiciones. La Comisión de Lucha contra la Corrupción (ACC, por sus siglas en inglés) del Gobierno participó desde el principio, mejorando la rendición de cuentas mediante la creación de un mecanismo de quejas que garantizaba un proceso exhaustivo desde la denuncia, pasando por la investigación, el enjuiciamiento (en los casos pertinentes), y la información a las comunidades para velar por que este esfuerzo redundara en una mejora de la calidad en la prestación del servicio.

En la India, las ONG fueron las primeras en exigir un proceso comunitario de seguimiento y planificación (CBM, por sus siglas en inglés), al argumentar que la escasa calidad de la atención sanitaria guardaba relación con el hecho de que no se hacían valer los derechos de la ciudadanía. El programa de reforma e inversión sanitaria del Gobierno, la denominada Misión Nacional de Salud Rural (NRHM), se valía de las ONG para implementar el CBM, al otorgarles un mandato oficial para introducir un enfoque innovador en base a derechos en los servicios públicos de salud. Los logros iniciales del programa, junto con un seguimiento coherente y regular, consiguieron que se sumaran al mismo más partes interesadas, dando así voz a grupos que antes habían quedado marginados.

Estos dos casos demuestran que la participación ciudadana y el diálogo continuado entre pacientes, prestadores de servicios sanitarios y funcionarios públicos es un camino válido para eliminar las deficiencias y la corrupción en el sistema de atención sanitaria, y a la vez mejorar los servicios prestados a la población.

SIERRA LEONA

En 2007, Sierra Leona era el tercer país por la cola en la clasificación por Índice de Desarrollo Humano. Sus pésimas tasas de esperanza de vida y de mortalidad infantil y materna iban de la mano de un gasto público en salud mínimo (37 dólares per cápita). Por otra parte, según el Barómetro Global de Corrupción 2009 de Transparencia Internacional, el 36% de la población del país afirmaba haber pagado sobornos para acceder a los servicios públicos de salud en los 12 meses anteriores.⁸

La Estrategia Nacional Anticorrupción del país enumera los siguientes problemas en el sector de salud: selección sesgada de proveedores médicos; retrasos en la entrega de medicamentos a los centros de salud (en algunos casos, los medicamentos incluso habían caducado antes de pasar los trámites aduaneros); compra de medicamentos fraudulentos; “pérdida” de medicamentos en la cadena de suministro⁹ con el consiguiente desabastecimiento en los centros de salud; personal que no acudía a trabajar o que cobraba sueldos a pesar de estar empleado en otras instituciones (denominado “personal fantasma”); y una rendición de cuentas limitada con respecto a los ingresos y los gastos, con el consiguiente desvío de fondos públicos.¹⁰

El programa de atención sanitaria gratuita para niños menores de cinco años y mujeres embarazadas y en periodo de lactancia puesto en marcha en 2010 por el Gobierno y donantes¹¹ incluía reformas de lucha contra la corrupción para abordar estos problemas. Se contrataron los servicios de una empresa independiente para eliminar al personal “fantasma” de las nóminas; en torno a 1.200 profesionales médicos que antes trabajaban de forma voluntaria fueron contratados oficialmente por el Ministerio de Salud y Saneamiento; y los sueldos aumentaron entre un 100 y un 200% para motivar al personal y reducir los incentivos para solicitar pagos adicionales a los pacientes.¹²

En enero de 2011 entró en vigor un mecanismo de sanciones según el cual el personal que hubiera acumulado seis días o más de ausencias injustificadas perdería un mes de sueldo. El mecanismo incluía además inspecciones puntuales, mediante las cuales se visitaban hasta el 10% de los centros médicos cada mes. Se enviaron trabajadores sanitarios a regiones con falta de personal para garantizar una mejor cobertura en todo el país; estos trabajadores recibían una ayuda por vivir en zonas aisladas.

Gran parte del programa podría caracterizarse como una reforma administrativa “de arriba hacia abajo”. Por ejemplo, la adquisición de medicamentos pasó de ser un sistema de “oferta” basado en datos demográficos y de morbilidad definidos de manera centralizada, a ser un sistema de “demanda” basado en las necesidades específicas reportadas por los centros de salud locales y los centros de almacenado de los distritos. Con anterioridad a las reformas, el Ministerio de Salud y Saneamiento transfería directamente a las cuentas de los distritos una cantidad de dinero calculada sobre la base de un plan de trabajo presupuestario central. Los funcionarios de distrito informaban

posteriormente sobre las actividades financiadas. Según el nuevo sistema, los consejos locales responsables del pago de fondos a los centros de salud cursaron solicitudes trimestrales al Ministerio de Salud y Saneamiento.

Participación: elemento clave de la estrategia

Pero la participación ciudadana fue también un componente clave de la estrategia anticorrupción. Para evitar pérdidas en la cadena de suministro de medicamentos, por ejemplo, se anima a que estén presentes en cada punto de entrega representantes del comité de salud local y de la organización de la sociedad civil local, la Coalición Salud para Todos, junto con representantes de la ACC y la Oficina de Seguridad Nacional. El personal local de UNICEF y las autoridades de salud acordaron hacer controles puntuales en alrededor de 260 centros de almacenado cada mes, del total de 1.140 centros que hay en el país.

La ACC organizó reuniones públicas en las comunidades para explicar qué constituía un delito y cómo denunciarlo. Se habilitó un número de teléfono para denuncias, y se entregaron teléfonos móviles a las mujeres de las aldeas para que pudieran denunciar casos de uso o conductas inadecuados. También se colgaron “decálogos de la salud” en los centros sanitarios para informar a los pacientes sobre sus derechos. La ACC presentó los resultados de sus investigaciones en audiencias públicas donde los miembros de la comunidad tuvieron la oportunidad de debatir, aceptar o cuestionar dichos resultados.

Los criterios de evaluación transparentes y la participación comunitaria

El programa de reforma sanitaria de Sierra Leona fijó para la evaluación de los centros de salud una serie de criterios claros y transparentes que pudieran ser medidos y monitoreados (ver abajo). Estos criterios proporcionaron un punto de entrada eficaz para una mayor participación comunitaria:

1. Número de mujeres en edad reproductiva que utilizan métodos modernos de planificación familiar para evitar embarazos no deseados y para regular el intervalo entre embarazos.
2. Número de mujeres embarazadas que reciben cuatro consultas prenatales exhaustivas para evitar posibles riesgos en el embarazo.
3. Número de partos que se producen en condiciones seguras en un centro de salud debidamente equipado y con la asistencia de personal médico debidamente cualificado.
4. Número de mujeres que reciben tres consultas post parto para evitar posibles riesgos post parto.
5. Número de niños menores de doce meses que reciben un curso completo y puntual de vacunas contra enfermedades infecciosas.
6. Número de consultas externas de servicios curativos para niños menores de 5 años realizadas siguiendo el protocolo de Atención Integrada de Enfermedades Neonatales e Infantiles.

La combinación de eliminar cuotas de usuario y adoptar medidas anticorrupción logró un incremento del 250% en el uso de los centros sanitarios y mejoras notables en los indicadores de salud. En 2010, la esperanza de vida en Sierra Leona era de 48 años para los hombres y 50 para las mujeres, comparado con 46,5 años para los hombres y 48 años para las mujeres en 2007. La tasa de mortalidad entre niños menores de cinco años cayó de 200 a 174 por cada 100.000 nacimientos vivos, y la mortalidad materna de 970 a 890 por cada 100.000 nacimientos vivos en el mismo periodo.¹³ El gasto público en salud aumentó en un 15% hasta los 42 dólares per cápita aproximadamente.¹⁴ Ha habido también una caída significativa en las ausencias laborales desde que se instauraran las reformas, y la eliminación de personal fantasma y reducción de pérdidas de medicamentos han logrado ahorros dramáticos.¹⁵

Pese a estos avances, aún se han observado abusos en muchas instalaciones sanitarias.¹⁶ En una audiencia pública organizada por Health Alert y Save the Children en abril de 2012, representantes de diversos distritos señalaron preocupación en cuanto al número de profesionales médicos empleados, sus cualificaciones y su actitud, así como a la carencia de medicamentos. En todos los distritos se denunciaron comportamientos poco adecuados del personal hacia los pacientes, debido a que “el personal médico ya no espera recibir un pago directo por sus servicios”.¹⁷ La ACC ha constatado que en la mayoría de las clínicas locales se sigue pidiendo que los pacientes más pobres paguen por su tratamiento en dinero o en especie, por ejemplo con arroz, aceite o gallinas.¹⁸

La participación comunitaria se ha visto limitada por unos procesos de toma de decisiones que siguen siendo en su mayor parte impuestos de arriba hacia abajo. Pese a los esfuerzos realizados en torno a la concienciación, muy pocas comunidades han sido capaces de realizar un seguimiento efectivo de la prestación de los servicios sanitarios. Por ejemplo, únicamente se informa a las comunidades o sus representantes el día mismo de la entrega de medicamentos, y no se recibe información sobre la cantidad de medicamentos ni el uso a que van destinados. Los representantes comunitarios de los comités de salud de las aldeas y los consejos anticorrupción de los distritos muchas veces desconocen cómo hay que denunciar la corrupción y el uso indebido. Por otra parte, solo unos cuantos casos de uso indebido han acabado en juicio y cuando sí lo han hecho, las sanciones han sido mínimas, por lo que no tienen efecto disuasorio contra la corrupción.

Si se legisla para que la iniciativa de atención sanitaria gratuita sea permanente, y se crea un mecanismo de quejas institucionalizado, el seguimiento de abajo a arriba quedaría reforzado. Una mayor colaboración entre el sistema judicial, la ACC, el parlamento, las ONG, la ciudadanía y los donantes daría mayor fuerza a las sanciones. Dado que la iniciativa depende en gran medida de la ayuda, los donantes deben desempeñar un importante papel de apoyo a los siguientes pasos.

Las mujeres son más vulnerables a la corrupción

Dentro de las comunidades, la “corrupción afecta a mujeres y hombres de manera distinta. [...] Las mujeres son mayoría entre las personas pobres del mundo y siguen siendo minoría en los órganos de toma de decisiones, lo que viene a sumarse a los impactos diferenciados y desproporcionados de la corrupción para la mujer. [...] [Las mujeres] sufren corrupción de manera específica y tienden a ser blanco de funcionarios corruptos con mayor frecuencia que los hombres, posiblemente porque los encargados de la prestación de servicios consideran que las mujeres son más susceptibles a la coacción, la violencia y las amenazas, y quizás menos concienciadas sobre dónde o cómo presentar una denuncia. [...] Los desvíos son más frecuentes en recursos destinados a grupos marginados, puesto que tales grupos suelen carecer del poder político necesario para protestar contra la corrupción. [...] El coste de las transacciones pagadas mediante servicios sexuales es extremadamente alto para las mujeres por la discriminación de género que existe tanto en la legislación como en la práctica. Las mujeres tienen menos oportunidades que los hombres para recibir una educación, ser titulares de tierras u otros activos productivos, obtener créditos, generar ingresos iguales a los hombres; en suma, factores todos ellos que incrementan la vulnerabilidad de la mujer frente a la corrupción.”

De ‘Corruption, Accountability and Gender: Understanding the Connection’, PNUD y UNIFEM, 2011

INDIA

Si 42 dólares de gasto público per cápita en salud en 2010 en Sierra Leona parece una cifra abismal, ¿qué calificación merecerían los 18 dólares que se dedicaban en la India a principios de la década de 2000?¹⁹ Había un sinfín de casos de negación de tratamiento, falta de personal sanitario, y ausencia de información sobre los servicios a que tenían derecho los pacientes. Las personas que podían pagar por recibir atención privada lo hacían porque las instalaciones públicas eran extremadamente deficientes. De hecho, el sistema público de salud atendía tan solo al 20% de la población, la mayoría de zonas rurales.²⁰

Hasta el año 2000, el sistema de salud pública de la India tenía una estructura vertical orientada a alcanzar objetivos prefijados, sin importar si estos objetivos se ajustaban a las necesidades de los pacientes. Sin embargo, en 2000, la creación del movimiento Asamblea Popular para la Salud logró llevar los derechos de salud a la agenda legislativa. La Asamblea adoptó el Decálogo de Salud Popular²¹ y así comenzó el Movimiento Popular por la Salud de India, o “Jan Swasthya Abhiyan” (JSA). Utilizando la iniciativa JSA, la Comisión Nacional de Derechos Humanos de la India apoyó iniciativas de derecho a la salud en 2004. Tras las masivas movilizaciones públicas que se produjeron desde las aldeas hacia arriba y que llevaron el derecho a la salud al programa electoral en 2005, el Gobierno indio anunció la creación de la NRHM, y diversos activistas de la sociedad civil fueron invitados para colaborar en

la definición de su mandato y la propuesta de un proceso CBM para complementar las reformas económicas y de gestión de la NRHM. En 2007 se introdujo el proceso CBM como proyecto piloto en 35 distritos de nueve estados. Esta sección se centra en la implementación del CBM en el estado de Maharashtra (el esquema piloto se inició en cinco distritos y se extendió posteriormente, en 2011, a 13 distritos).

La NRHM encargó a las ONG de distintos niveles (estado, distrito y bloque) la creación de comités de seguimiento a nivel de aldea, de centro de salud primaria (PHC, siglas en inglés), de bloque y de distrito para así evaluar la situación de salud y analizar los problemas denunciados por los pacientes, ya fueran económicos, logísticos, técnicos o relacionados con el personal. En cada aldea se crearon comités de salud, saneamiento y nutrición bajo la NRHM, que incluían enfermeras auxiliares y comadronas, trabajadores generales de salud, activistas acreditados en salud social (formados, equipados y compensados a través de la NRHM), e integrantes de la comunidad que estuvieran interesados en formar parte de dichos comités. A un nivel más alto, los comités estaban integrados por representantes electos de organismos del gobierno local, funcionarios médicos, ONG y organizaciones comunitarias, así como representantes de los comités de menor nivel. Tenían representación también grupos sociales que antes se encontraban excluidos, y cada comité debía velar por la igualdad en cuanto al género. Se pusieron a disposición pública las listas de los miembros de los comités, con sus respectivos números de teléfono.

El proceso CBM se basó en hojas de calificación (escritas en el idioma local y con pictogramas para facilitar la participación en las encuestas de personas analfabetas) que fueron cumplimentadas por los miembros de los comités a todos los niveles. Las preguntas de la hoja de calificación para aldeas se referían a vacunación, atención prenatal y post parto, seguimiento de enfermedades, tratamiento de dolencias menores, el trabajo de la comadrona auxiliar, y la mortalidad materno-infantil. Según el grado de satisfacción, los miembros de los comités asignaban un punto verde, amarillo o rojo. La hoja de calificación se colocó entonces en un lugar público de la aldea o en el centro de salud pertinente, por lo que sirvió de herramienta para que la comunidad aportara sugerencias en cuanto a acceso, calidad, regularidad y rendición de cuentas de los servicios de salud garantizados por la NRHM.

Posteriormente se celebraron audiencias públicas, en las cuales integrantes de la comunidad, ONG, funcionarios públicos y personal médico debatieron los problemas identificados, y se pidió a las autoridades presentes en la audiencia que explicaran la solución que se daría a esos problemas. Estas audiencias fueron cubiertas por los medios de comunicación locales, y esa presencia de los medios, en calidad de “testigos”, aumentó la credibilidad de los compromisos adoptados por los cargos públicos. En un principio las audiencias fueron reuniones tensas en las que el personal médico solía sentirse ofendido por las opiniones expresadas. Pero con el paso del tiempo, el personal médico comenzó también a aportar su punto de vista, y las audiencias pasaron a ser diálogos públicos en que las partes interesadas podían mantener debates rigurosos.

Mejoras en los servicios de salud

Los distritos del estado de Maharashtra en que se pusieron en marcha procesos de CBM constataron mejoras significativas en la prestación de los servicios de salud: el personal médico acudió con mayor regularidad al centro de salud u hospital, las vacantes de personal se cubrieron con mayor agilidad, y el personal de extensión visitó las aldeas con mayor frecuencia y de acuerdo a un calendario predeterminado. Las existencias de medicamentos y los presupuestos se colocaron en los centros sanitarios, con lo que se limitó la posibilidad de realizar cargos ilícitos o una gestión indebida.

El cambio más significativo ha sido el aumento de los niveles de confianza en los servicios públicos de salud, con muchas más personas que los utilizan y que adquieren medicamentos en las farmacias del centro de salud y no en farmacias privadas. Algunos centros secundarios y PHC que antes no funcionaban han vuelto a quedar operativos. Algunos centros de salud también adquirieron nuevo equipamiento, como ambulancias y servicio de agua caliente, lo que ha redundado en un aumento del número de visitas y de los partos que se producen en el hospital.

Estos cambios apuntan a una sinergia entre el enfoque “de arriba hacia abajo” de la NRHM y de “abajo hacia arriba” del CBM.²² La “buena” calificación de los servicios de PHC en áreas CBM ha aumentado del 42 al 74%.

Además de la mejora en la calidad de la prestación de servicios de salud, la actitud del personal está comenzando a cambiar de un enfoque en base a objetivos a un enfoque centrado en los pacientes. En entrevistas realizadas por Oxfam en el estado de Maharashtra, las comunidades confirmaron mejoras notables en las actitudes del personal médico para con los pacientes, a consecuencia del requisito de tener que responder a las preguntas y quejas de los pacientes y escuchar las soluciones que proponen los propios pacientes. Las promesas públicas de abordar los problemas han permitido a los miembros de la comunidad realizar un seguimiento amplio y continuado de las mismas.

El número de personas que participan en el CBM ha aumentado, bien porque son conscientes de los cambios que se están produciendo o porque han comenzado a sentir que sus preocupaciones se tendrán en cuenta. Las personas entrevistadas mostraron un mayor conocimiento de los servicios que tienen derecho a recibir, y una mayor voluntad para expresar su opinión; las mujeres afirmaron que han recibido un gran respaldo para su participación en comités, audiencias públicas y seguimiento, y que se han valorado sus aportaciones.

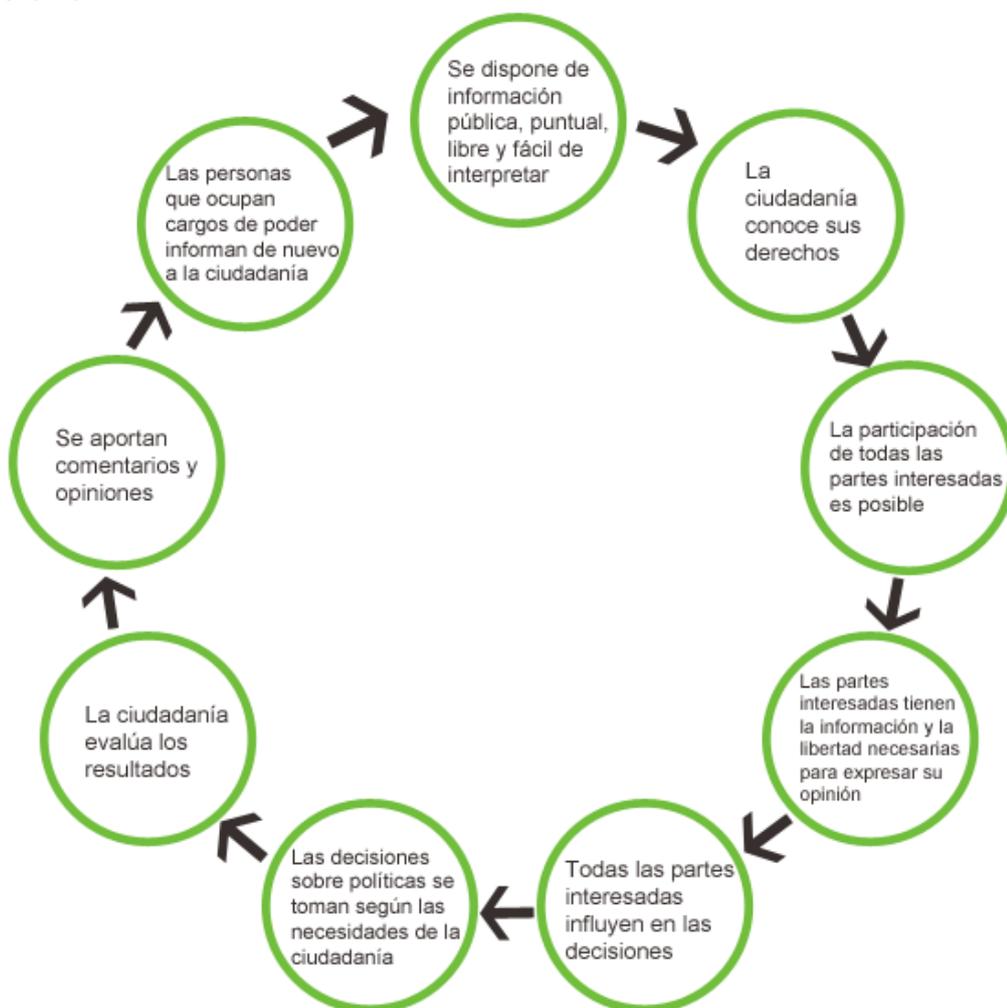
El papel de las organizaciones de base fue fundamental para el éxito del CBM. Las ONG aportaron experiencia local que funcionó a modo de complemento del enfoque de arriba a abajo de los organismos oficiales, y movilizaron de forma directa la participación comunitaria. Con el tiempo es probable que ese papel cambie según vaya aumentando la autonomía de las comunidades y los representantes electos potencian su participación. Los activistas prevén que las comunidades asumirán este papel para ser

los impulsores del cambio y no solo los beneficiarios del mismo, por ejemplo en los procesos de planificación y elaboración de presupuestos.

No obstante, algunos participantes entrevistados por Oxfam expresaron que la mentalidad de los administradores a nivel medio, que ostentan un poder significativo en el sistema de salud, aún había de cambiar. Y hasta que así suceda, ni la ciudadanía y ni el personal médico podrán abordar problemas básicos como la adquisición de medicamentos, las políticas de contratación y los procedimientos de quejas, así como otros retos más complejos que hay a nivel de políticas.

Pese a que el proceso CBM no llegó a ser sostenible en varios de los estados en que se instauró un proyecto piloto, los principios del CBM deben incorporarse en los programas de otros estados. Los donantes pueden apoyar el proceso mediante, por ejemplo, la incorporación del CBM en los procesos generales de seguimiento y evaluación para todos los programas que cuenten con financiación externa, ayudando así a superar las reticencias de algunas autoridades para ponerlo en práctica. Los donantes podrían financiar asimismo la adquisición de conocimientos en base a pruebas para apoyar en su labor a las ONG y las organizaciones comunitarias de la India.

Gráfico 1: Cómo integrar la gobernanza democrática continua en el sistema



DINÁMICAS DEL CAMBIO EN SIERRA LEONA Y LA INDIA

El programa piloto de la NRHM en la India y la implantación de la iniciativa de atención sanitaria gratuita en Sierra Leona actuaron como desencadenantes que permitieron la aplicación de ideas y enfoques que llevaban ya tiempo gestándose. En ambos casos, una iniciativa central buscó influir en el comportamiento de organismos administrativos intermedios y locales.

En Sierra Leona, los donantes entablaron un diálogo con administradores al más alto nivel. En la India, la presión ejercida por ONG y organizaciones comunitarias logró movilizar a la opinión pública y convencer al Gobierno central de las ventajas políticas de mejorar la calidad de los servicios públicos de salud. En el caso de la India, el proceso se sirvió de las ONG para llevar a cabo el CBM, mientras que en el caso de Sierra Leona el proceso fue impulsado por el mandato ampliado de la ACC para involucrar a la ciudadanía en la promoción de reformas en el sector de salud. En ambos casos, los actores buscaron fomentar la concienciación de las comunidades en torno a los derechos de atención sanitaria y alentar a la ciudadanía en general a expresar sus preocupaciones.

En un principio, el personal médico y las autoridades locales de la India y Sierra Leona se mostraron reacios al cambio, pero esta reticencia fue superada por la presión ejercida “desde abajo” (incluyendo testimonios, audiencias públicas y seguimiento por parte de las comunidades) y a través de directivas administrativas persistentes “desde arriba”. Estas presiones y la consiguiente mejora en la rendición de cuentas ayudaron a reducir los incentivos para la corrupción y la gestión indebida, así como el riesgo de que se produjeran. La ciudadanía logró un mejor conocimiento de sus derechos, y las autoridades crearon nuevas oportunidades para la participación y se comprometieron a aportar información y escuchar sugerencias. A través de este proceso iterativo, la prestación de servicios sanitarios se tornó más receptiva a las necesidades de los usuarios.

En su conjunto, estas iniciativas lograron un cambio fundamental en incentivos, al proporcionar a la ciudadanía y los Gobiernos un proceso en el cual todos los actores tenían un papel. Es algo que no se podría haber logrado sin el impulso, a modo de catalizadores, de las ONG en la India y la ACC en Sierra Leona, alentando el cambio mediante concienciación, formación y orientación.

Evidentemente, en la práctica el proceso de construir una gobernanza más democrática no es sencillo. Dependiendo de las circunstancias, las partes interesadas pueden actuar a favor o en contra de la gobernanza democrática. También pueden actuar conjuntamente: las comunidades y el sector privado pueden unirse para lograr una mejora en los servicios públicos; los medios de comunicación y organismos anticorrupción pueden colaborar para dejar al descubierto casos de gestión

inadecuada; y el gobierno local puede crear alianzas con las ONG para obtener el apoyo del Gobierno central. Pero también puede ocurrir lo contrario, dependiendo de los intereses colaborativos o antagónicos en juego.

La participación ciudadana fue fundamental en cada uno de estos casos, y las deficiencias pueden relacionarse con la participación limitada de algunas partes interesadas (concretamente, las comunidades en Sierra Leona y los administradores de nivel intermedio en la India).

Los avances regulares pueden verse seguidos de reveses repentinos, y el progreso irregular llevar a logros inesperados. Ni los “encargados de la toma de decisiones”, ni la “ciudadanía”, ni ningún otro grupo de partes interesadas son homogéneos, y probablemente resulta inevitable que surjan algunos conflictos. No obstante, las experiencias de Sierra Leona y la India en el campo de la atención sanitaria son muy alentadoras.

Estos avances en la lucha contra la gestión indebida y la corrupción se ven ayudados sin duda por la buena disposición de los grupos de élite en el poder, pero para que el cambio perdure es necesario que el sistema político del país tenga mecanismos de control integrados en los sistemas y las organizaciones. La gobernanza democrática institucionalizada debe integrar transparencia, participación y procedimientos de rendición de cuentas en los procesos de toma de decisiones.

Estos procesos no deben ser solo sistemáticos, sino también iterativos. La repetición, el seguimiento constante y unas consecuencias claras crean nuevos incentivos para las partes interesadas, que a su vez generan un cambio en la mentalidad de las personas y, en última instancia, la normalización de la gobernanza democrática. Además, la creciente influencia de la opinión pública debería impulsar la vigilancia contra la corrupción y ayudar a reforzar las estructuras de buena gobernanza a largo plazo.

OCHO ÁREAS PARA LA AYUDA DE DONANTES

El Instituto de Estudios para el Desarrollo y el Centro de Investigación y Desarrollo de la Ciudadanía han identificado ocho áreas clave en las cuales, con la financiación adecuada, se puede fomentar la participación ciudadana: concienciación en derechos; acceso a la información; articulación de necesidades; trabajo en red y construcción de alianzas; espacios informales para la participación; seguimiento de la implementación y el impacto; el sistema judicial; e institucionalización.²³

Concienciación en derechos

La gobernanza democrática mejora cuando todos los integrantes de una comunidad conocen su derecho a realizar elecciones informadas, a participar en las decisiones que afectan su vida, y a exigir cuentas al Gobierno. Las ONG locales, con el apoyo de ONG internacionales o donantes, pueden ayudar a potenciar la concienciación sobre estos derechos, tal y como se hizo a través de reuniones en aldeas tanto en Sierra Leona como en la India.

Acceso a la información

La difusión de información es fundamental para que las partes interesadas tomen decisiones informadas y realicen un escrutinio del gasto público, como puede ser la proporción del presupuesto de un país asignado a la educación o a los mecanismos de adquisición de medicamentos del sector de la salud. En la India, el derecho a la información, que quedó recogido por ley tras una intensa labor de incidencia de ONG, periodistas y el público en general, fue la base del éxito en la mejora de la prestación de servicios. Tanto en Sierra Leona como en la India, la participación comunitaria en la recopilación y procesado de la información fue un paso decisivo hacia la gobernanza democrática.

Articulación de necesidades

El debate público en el seno de las comunidades es esencial para que la ciudadanía pueda aclarar y expresar sus necesidades, y articularlas frente al Gobierno. Las comunidades deben recabar pruebas y testimonios para ilustrar sus preocupaciones y reforzar sus exigencias. En la India y Sierra Leona, las ONG locales desempeñaron un papel clave en la ayuda a las comunidades para identificar y promover sus necesidades. Los donantes y las ONG internacionales también pueden trabajar para garantizar que las necesidades expresadas no excluyan a determinados grupos, como pueden ser miembros de castas marginadas o mujeres.

Trabajo en red y construcción de alianzas

Para que su participación en el proceso de toma de decisiones sea eficaz, en la mayoría de los casos las comunidades deben construir alianzas con otras partes interesadas que comparten sus intereses. Mediante alianzas con otras comunidades, además de con ONG, funcionarios públicos, donantes, el sector privado y líderes religiosos y tradicionales, las comunidades ganan en poder de negociación y acceso a capacidades complementarias y grupos de influencia. Los donantes pueden ayudar a potenciar la capacidad de las comunidades para identificar aliados, construir redes y coordinar la acción colectiva. Los donantes y las ONG pueden proporcionar también apoyo a las comunidades en el uso de los medios de comunicación para llegar a posibles aliados.

Espacios informales para la participación

Los canales oficiales para la participación pueden no servir de mucho si las decisiones clave se toman al margen de las instituciones formales. Para identificar puntos de partida desde los cuales influir en las personas que ocupan cargos de poder, las comunidades necesitan capacidad política, que abarca la capacidad para entender la temática de fondo y las implicaciones de las alianzas. Las ONG internacionales pueden ofrecer experiencia en análisis de poder e incidencia. Los donantes pueden aportar recursos técnicos, humanos y financieros para un análisis a fondo del contexto. En la India, el trabajo en red, las alianzas estratégicas y las relaciones interpersonales lograron que el mecanismo CBM superara las reticencias de los funcionarios locales.

Seguimiento de la ejecución y el impacto

Una vez logrado el compromiso gubernamental, las comunidades deben hacer un seguimiento de la ejecución y juzgar la eficacia de las nuevas iniciativas, por ejemplo a través de su impacto en la calidad de la educación o la adquisición puntual de medicamentos. El parlamento puede ser un foro de ayuda para que las personas puedan evaluar el éxito de sus esfuerzos. Tanto ONG, donantes, agencias gubernamentales y órganos de control pueden realizar auditorías e inspecciones puntuales. Los

mecanismos de evaluación deben permitir a la ciudadanía aportar comentarios sobre la calidad de los servicios prestados.

El sistema judicial

Cuando la ejecución y/o el impacto no cumplen con las expectativas creadas, las comunidades deben buscar formas para exigir cuentas a sus dirigentes. El sistema judicial puede desempeñar un papel clave en lograr compensación para las comunidades en aquellos casos en que las políticas y los programas no logran el fin buscado, siempre y cuando cuente con los recursos técnicos, humanos y financieros adecuados para investigar, dictar sentencia e implementar sanciones.²⁴ Un sistema efectivo de compensación precisa organizaciones que estimulen y agreguen la demanda. Así, las redes de ONG y comunidades pueden ser utilizadas para realizar un seguimiento del control del propio sistema judicial, y trabajar para que mantenga su independencia frente a posibles injerencias políticas.

Institucionalización

Los Gobiernos y demás estructuras responsables de la prestación de servicios pueden reaccionar de forma poco positiva ante comentarios recibidos. Asimismo, algunas de las respuestas de los Gobiernos, como la promulgación de leyes anticorrupción, podrían ser solo simbólicas, creadas para satisfacer a los observadores externos.²⁵ Para que los procesos de gobernanza democrática sean sostenibles a largo plazo, deben estar integrados en las instituciones de forma que permitan el diálogo permanente de la ciudadanía con las autoridades. Para que el seguimiento sea eficaz debe ser centralizado y directo, y abarcar la vigilancia activa por parte del Estado del personal de las agencias públicas, pero también debe ser descentralizado en las comunidades que tienen un interés concreto en beneficiarse del servicio planificado. La financiación por parte de donantes puede ser útil en ambos casos.

4 CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Que la ciudadanía exija rendición de cuentas a los cargos públicos está en el corazón de la gobernanza democrática. Una mayor participación de las partes interesadas en la implementación, el seguimiento y la evaluación de los servicios públicos puede mejorar la gobernanza democrática y proporcionar el escrutinio necesario para reducir la mala gestión y la corrupción.

La participación debe cimentarse en una redistribución de los conocimientos, las agencias y el poder: si la ciudadanía conoce sus derechos y tienen las capacidades organizativas y políticas necesarias para participar y exigir cuentas a los cargos públicos, pueden crear incentivos positivos a favor de la gobernanza democrática.

Los ejemplos de Sierra Leona y el estado de Maharashtra en la India subrayan la importancia del trabajo paralelo en distintos aspectos de la gobernanza democráticas. Sin unas sanciones creíbles, la demanda de rendición de cuentas no surtirá efecto. Sin una difusión más amplia de la información, la participación ciudadana se quedará en un gesto vacío. Sin un seguimiento continuado y unos procesos iterativos, la mentalidad no cambiará.

Pero si se logran estos elementos, la ciudadanía activa se acostumbrará a expresar sus preocupaciones y comenzará a esperar que las personas que ostentan cargos de responsabilidad respondan y que el sistema judicial aplique sanciones en casos de mala gestión. Y por encima de todo, los cargos públicos se volverán más receptivos y los servicios públicos mejorarán.

El éxito en la lucha contra la corrupción y la mala gestión pocas veces resulta sostenible si se logra con iniciativas ad hoc. Los donantes pueden desempeñar un papel primordial como parte de un enfoque más amplio que busca institucionalizar los procesos de transparencia, participación y rendición de cuentas, además de promover el activismo ciudadano. Los donantes deben fomentar los objetivos de integrar los procesos de gobernanza democrática en las instituciones, así como la emergencia de una opinión pública informada e influyente. Para lograr estos objetivos, deben adaptar la canalización de la ayuda y los criterios utilizados para medir el éxito.

RECOMENDACIONES

Para lograr un impacto amplio y duradero en la corrupción, los donantes deben:

- apoyar la integración de procedimientos de gobernanza democrática en las instituciones, así como la potenciación de una opinión pública informada para exigir cuentas a los encargados de la toma de decisiones;
- incrementar la ayuda aportada en calidad de ayuda presupuestaria para mejorar los procesos de rendición de cuentas a nivel nacional y potenciar el contrato social entre la ciudadanía y el Estado;
- emplear su capacidad como mediadores para reunir a una serie diversa de partes interesadas de los países en desarrollo para facilitar el diálogo y la construcción de alianzas;
- invertir en el fortalecimiento de los órganos judiciales y parlamentarios que ejercen el control sobre el poder ejecutivo;
- apoyar la consecución de unos sistemas de recogida de datos e informes públicos mejorados, e incorporar este objetivo en el programa de desarrollo post 2015.

Los Gobiernos nacionales y los donantes deben:

- Reconocer el papel fundamental de la ciudadanía activa en la gobernanza democrática, y trabajar hacia la consecución de un entorno propicio para las organizaciones de la sociedad civil y así fomentar una toma de decisiones participativa.

NOTAS

- ¹ Datos sobre AOD asignados al Gobierno y a la sociedad civil por todos los donantes extraídos de las estadísticas de la base de datos de la OCDE, 'Aid (ODA) by sector and donor [DAC5]; I.5.a. Government & Civil Society-general', <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=TABLE5>
- ² Para más información sobre la Alianza Mundial para una Cooperación al Desarrollo Eficaz, ir a <http://effectivecooperation.org/>
- ³ Según la definición de Transparencia Internacional; pueden ser beneficios económicos como de otro tipo.
'FAQs on Corruption', Transparencia Internacional, http://www.transparency.org/whoweare/organisation/faqs_on_corruption
- ⁴ Hay disponibilidad de datos e información, de forma pública, puntual, libre y fácil de interpretar. Kim *et al.* (2005) 'Towards Participatory and Transparent Governance: Report on the Sixth Global Forum on Reinventing Government', *Public Administration Review* 65.6: 646–654.
"Apertura del sistema de gobernanza a través de procesos y procedimientos claros y fácil acceso a la información pública para la ciudadanía [estimulando así] la concienciación ética en los cargos públicos a través del intercambio de información, que en última instancia garantiza la rendición de cuentas del desempeño de personas y organizaciones que manejan recursos públicos u ocupan cargos públicos."
- ⁵ Participación de partes interesadas mediante análisis, intercambio de información, campañas de concienciación pública e iniciativas de educación, diálogo y trabajo en red para consultas, vigilancia, auditoría y mapeo de problemas por parte de la ciudadanía, grupos comunitarios para la incidencia o asociaciones a través de la colaboración en foros de políticas públicas en los cuales están representadas las preferencias de las partes interesadas. S. Lister (2010) 'Fostering Social Accountability: from principle to practice', Nota informativa del PNUD, http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/democratic-governance/oslo_governance_centre/analysis_and_learning/fostering_socialaccountabilityfromprincipletopractice/
- ⁶ El derecho de las personas a exigir cuentas a sus respectivos Gobiernos en relación con la solución de sus preocupaciones políticas y sociales y la prestación de los servicios básicos. S. Lister (2010) *op. cit.*
- ⁷ Datos sobre AOD asignados al Gobierno y a la sociedad civil por todos los donantes extraídos de las estadísticas de la base de datos de la OCDE, 'Aid (ODA) by sector and donor [DAC5]; I.5.a. Government & Civil Society-general', <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=TABLE5>
- ⁸ Transparencia Internacional (2009) 'Barómetro Global de Corrupción', http://www.transparency.org/whatwedo/pub/global_corruption_barometer_20091
- ⁹ Estimado por UNICEF en el 6% en 2011.
- ¹⁰ Comisión de Lucha contra la Corrupción de Sierra Leona, 'National Anti-Corruption Strategy 2008-2013', http://mpwiis02-beta06.dfs.un.org/portals/unipsil/sections/nacs_strategy_2008-2013.pdf
- ¹¹ El Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID) del Reino Unido y el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria proporcionaron un fuerte apoyo financiero y UNICEF apoyó en el suministro de medicamentos. El Banco Mundial también participó a través de sus programas para reforzar capacidades administrativas y descentralizar la prestación de servicios.
- ¹² Los sueldos alcanzaron una media de 185 dólares mensuales; en comparación, el sueldo medio mensual para un profesor se sitúa en torno a los 40 dólares. V. Turrent (2012) 'The teacher salary system in Sierra Leone', Washington: Brookings Institution, <http://cdn.cfbt.com/~media/cfbtcorporate/files/research/2012/r-building-effective-teacher-salary-systems-sierra-2012.pdf>
- ¹³ OMS Repositorio de datos del Observatorio Mundial de la salud (GHO), 'African Region: Sierra Leone statistics summary (2002 - present)', <http://apps.who.int/gho/data/view.country.17800>
- ¹⁴ *Ibid.*
- ¹⁵ La eliminación de personal "fantasma" ha supuesto un ahorro de entre 200.000 y 300.000 dólares desde 2010; la reducción de las pérdidas de medicamentos ha logrado un ahorro cercano a los 500.000 dólares desde 2010.
- ¹⁶ Las mujeres entrevistadas por Oxfam afirman que dieron a luz en hospitales y que no se les cobraron los medicamentos durante el parto. Pero los pacientes afirman que las

farmacias de los hospitales no tienen las existencias necesarias y por tanto es necesario comprar los medicamentos en farmacias privadas, a un precio que muchos no pueden pagar. Los pacientes informaron también que se les habían exigido pagos por servicios básicos, por ejemplo mil leones (unos 23 céntimos de dólar) por un cubo de agua en el que lavar al bebé y 5.000 leones (1,14 dólares aproximadamente) por el servicio de baño del bebé. Las personas entrevistadas no habían oído hablar del decálogo que detalla los servicios a los que tienen derecho y afirmaron que no tenían a quién denunciar estos hechos.

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ Comisión de Lucha contra la Corrupción de Sierra Leona, 'Monitoring of the Health Review Recommendations: Towards a better health service delivery in Sierra Leone 2010/2011'. La ACC indica también que no se ha procedido de forma sistemática a abrir una cuenta bancaria para cada instalación sanitaria según lo previsto, y que no se ponen a disposición del público en las instalaciones sanitarias documentos sobre la gestión financiera, a veces de forma deliberada.

¹⁹ Calculado utilizando la paridad del poder adquisitivo – unidad nacional de moneda por dólar. Cifra basada en indicadores de las CNS de la OMS, <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorer.aspx?ws=0&d=1>. Para 2011, el gasto público en atención sanitaria en la India se había duplicado hasta los 36 dólares per cápita.

²⁰ El 80% de la población india acudía a centros privados para la atención sanitaria, aunque los pacientes y sus familias tuvieran que pagar por los servicios prestados. Según OMS 2010 y Buró Central de Inteligencia en Salud (CBHI), 'National Health Profile of India (NHP) 2010', el 91,4% del gasto en salud en 2006 eran pagos directos por los usuarios de servicios.

²¹ 'Indian People's Health Charter', <http://healthydocuments.org/rights/doc5.html>

²² En centros públicos de salud cubiertos por el proceso CBM, la media anual de partos ha aumentado de 104 en 2007-08 a 209 en 2009-10, lo que representa una subida del 101%. La media mensual de visitas en consulta externas para los centros públicos de salud (PHC) del distrito de Thane aumentó de 741 visitas (2007-08) a 869 visitas (2009-10), un aumento del 34%. Las visitas hospitalarias también aumentaron en un 50% en este distrito en el mismo periodo, y un 73% en PHC cubiertos por el CBM. SATHI, 'People are reclaiming the public health system', http://www.sathicehat.org/uploads/CBMPublications/People%20are%20reclaiming%20the%20public%20health%20system_Part%201.zip

²³ J. Gaventa y G. Barrett (2010) 'So what difference does it make? Mapping the outcomes of citizen engagement', IDS Resumen de investigación del Documento de trabajo 347 del IDS, Brighton: Instituto de Estudios para el Desarrollo, <http://www.ids.ac.uk/idspublication/so-what-difference-does-it-make-mapping-the-outcomes-of-citizen-engagement1>

²⁴ Los estudios han revelado que la frecuencia de demandas de compensación por servicios básicos no depende de la calidad de los propios mecanismos de denuncia, sino de la credibilidad de las sanciones. V. Gauri (2011) 'Redressing grievances and complaints regarding basic service delivery', Documento de trabajo de investigaciones de políticas 5699, Washington: Banco Mundial, <http://elibrary.worldbank.org/content/workingpaper/10.1596/1813-9450-5699>

²⁵ Red sobre Gobernanza del CAD de la OCDE – Equipo de trabajo anticorrupción (2009) 'Integrity in statebuilding: Anti-Corruption with a Statebuilding Lens', París: OCDE, <http://www.oecd.org/dac/governance-development/45019804.pdf>

© Oxfam Internacional, octubre de 2013

Este documento ha sido escrito por Cecile Untemaehrer con la ayuda de Mark Fried. Oxfam agradece la colaboración de Kevin Roussel, Claire Godfrey, Greg Adams y de nuestros colegas en la Comisión de Lucha contra la Corrupción de Sierra Leona, UNICEF, Health Alert, la Coalición Salud para Todos, Save the Children Sierra Leona, la NRHM (Maharashtra), MASUM, el Rachana Trust y SATHI en su elaboración. Forma parte de una serie de documentos dirigidos a contribuir al debate público sobre políticas humanitarias y de desarrollo.

Para más información sobre los temas tratados en este documento, por favor póngase en contacto con advocacy@oxfaminternational.org

Esta publicación está sujeta a copyright pero el texto puede ser utilizado libremente para la incidencia política y campañas, así como en el ámbito de la educación y de la investigación, siempre y cuando se indique la fuente de forma completa. El titular del copyright solicita que cualquier uso de su obra le sea comunicado con el objeto de evaluar su impacto. La reproducción del texto en otras circunstancias, o su uso en otras publicaciones, así como en traducciones o adaptaciones, podrá hacerse después de haber obtenido permiso y puede requerir el pago de una tasa. Debe ponerse en contacto con policyandpractice@oxfam.org.uk.

La información en esta publicación es correcta en el momento de enviarse a imprenta.

Publicado por Oxfam GB para Oxfam Internacional con ISBN 978-1-78077-502-9 en octubre de 2013. Oxfam GB, Oxfam House, John Smith Drive, Cowley, Oxford, OX4 2JY, UK.

OXFAM

Oxfam es una confederación internacional de 17 organizaciones que trabajan juntas en 94 países, como parte de un movimiento global a favor del cambio, para construir un futuro libre de la injusticia que supone la pobreza:

Oxfam Alemania (www.oxfam.de)
Oxfam América (www.oxfamamerica.org)
Oxfam Australia (www.oxfam.org.au)
Oxfam-en-Bélgica (www.oxfamsol.be)
Oxfam Canadá (www.oxfam.ca)
Oxfam Francia (www.oxfamfrance.org)
Oxfam GB (www.oxfam.org.uk)
Oxfam Hong Kong (www.oxfam.org.hk)
Oxfam India (www.oxfamindia.org)
Oxfam Intermón (www.intermonoxfam.org)
Oxfam Irlanda (www.oxfamireland.org)
Oxfam Italia (www.oxfamitalia.org)
Oxfam Japón (www.oxfam.jp)
Oxfam México (www.oxfamMexico.org)
Oxfam Nueva Zelanda (www.oxfam.org.nz)
Oxfam Novib (www.oxfamnovib.nl)
Oxfam Quebec (www.oxfam.qc.ca)

Para más información, escribir a cualquiera de las organizaciones o ir a www.oxfam.org. Email: advocacy@oxfaminternational.org

