

Informe global de OGP

Servicios públicos

Salud

The background features a complex geometric design. A large green triangle is positioned in the upper right. A red triangle is on the right side, overlapping the green one. A dark brown triangle is at the bottom right. A light green triangle is in the center, overlapping the dark brown one. A light blue rectangle is in the middle left. An orange rectangle is on the left side, overlapping the light blue one. A dark brown rectangle is at the bottom left, overlapping the orange one.

Puntos clave

Los miembros de OGP han adoptado enfoques muy diversos para abordar los temas de salud, desde el monitoreo ciudadano de los gastos locales hasta involucrar al público en la toma de importantes decisiones regulatorias y de políticas. Algunas áreas principales para iniciativas futuras son mejorar la cobertura sanitaria universal y cuidados primarios, salud reproductiva (incluyendo cuidados prenatales, maternos y neonatales) y mejorar el presupuesto general e integridad. A continuación se presenta una descripción general de los puntos clave:

- **Datos en las áreas de políticas**

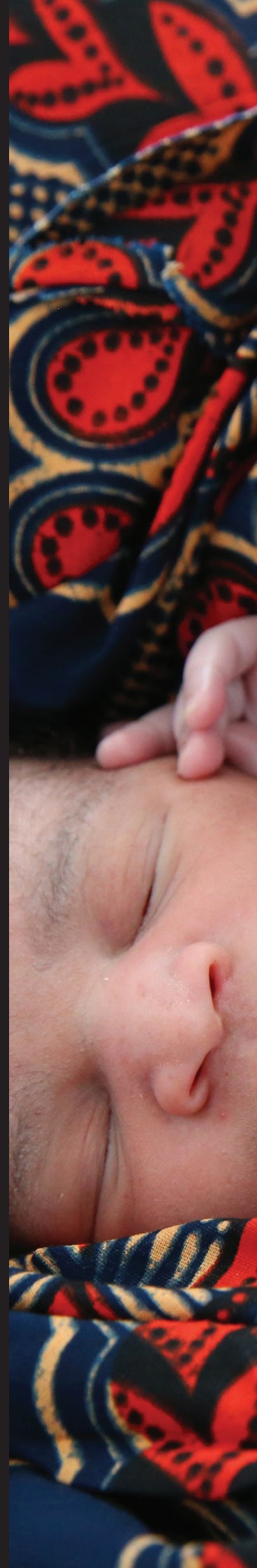
Los datos de resultados de salud y los datos sobre salud reproductiva están muy por detrás de los datos de los insumos. Los países de OGP pueden considerar adoptar compromisos para centralizar y hacer datos comparables sobre instalaciones de salud, resultados y salud reproductiva, con especial énfasis en la desagregación por género y a nivel local.

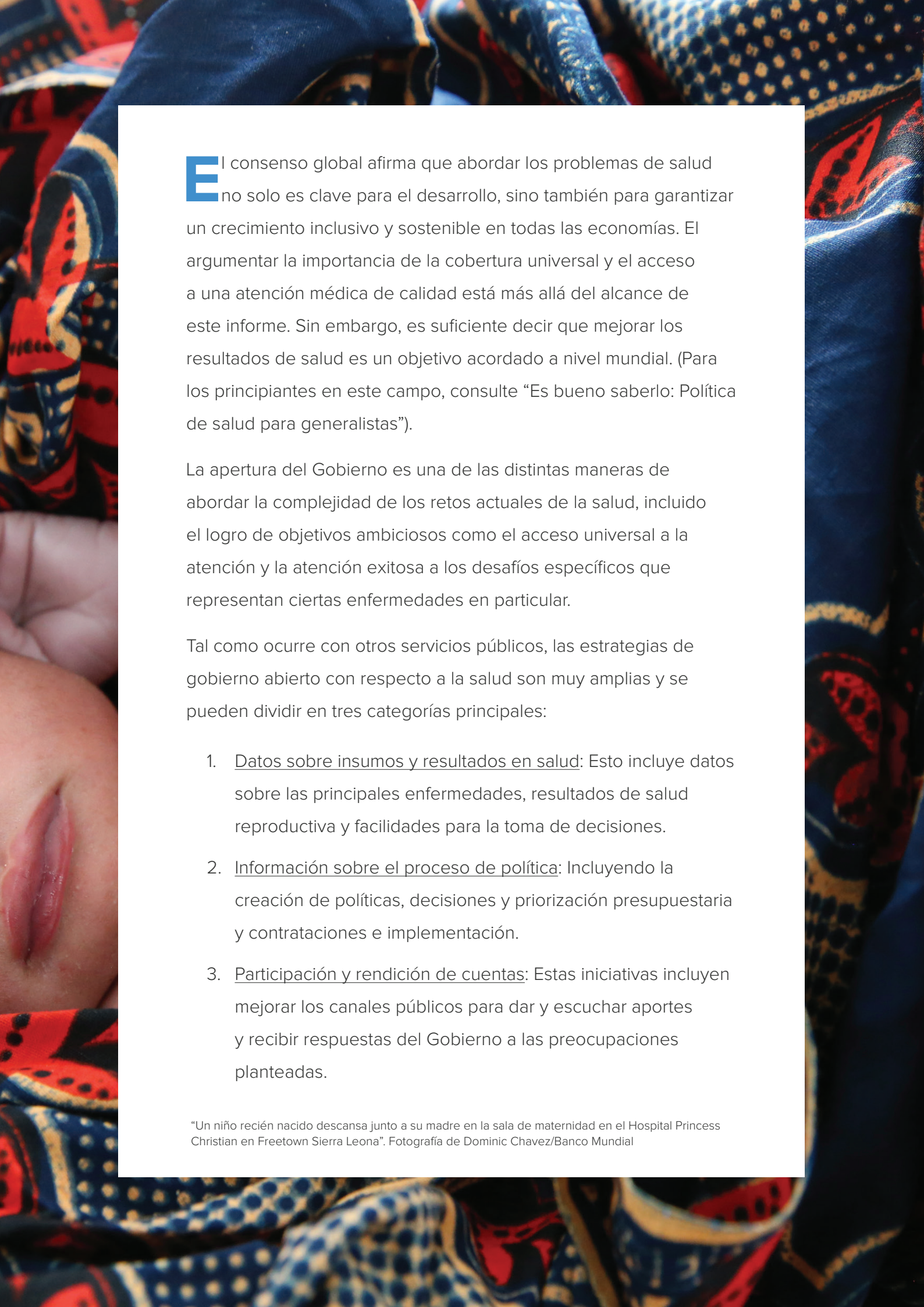
- **Información sobre el proceso de la política:**

- *Planeación y seguimiento sanitario universal:* La mayoría de los miembros de OGP que se incluyen en la base de datos de la Cobertura Sanitaria Universal de la Organización Mundial de la Salud han elaborado planes para alcanzar esta meta y una minoría publica regularmente datos sobre los avances. Si bien los métodos varían en cuanto a las mediciones, los miembros de OGP pueden considerar publicar métricas de desempeño y monitoreo hacia la cobertura universal de la salud.
- *Contrataciones en el sector salud:* De acuerdo con los expertos de los países, la mayoría de los miembros de OGP no cuentan con procesos de licitación completamente abiertos y competitivos; un tercio de los países sí cuenta con sistemas de buena calidad. Los miembros de OGP pueden abordar este vacío ampliando la cobertura de sistemas de contratación abiertos y basados en los usuarios, dirigidos a mejorar elementos clave de los sistemas de salud.
- *Presupuestos a nivel de programa:* La mayoría de los países de OGP tenían presupuestos a nivel de programa, pero pocos reportaban los gastos y resultados. La mayoría de los reportes se enfocan en llevar a cabo las acciones pero no en su desempeño. Los miembros de OGP que deseen enfocarse en esta área pueden trabajar en desagregar los datos del presupuesto e introducir información de seguimiento en estos sistemas.

- **Participación y rendición de cuentas**

La mayoría de los miembros de OGP que se centran en mejorar la participación y la rendición de cuentas en el sector salud se han enfocado en los aportes de los ciudadanos en las políticas y estrategias. Un grupo más pequeño se ha centrado en el presupuesto y el seguimiento de los suministros. Cuatro gobiernos se han enfocado en la rendición de cuentas enfocada a los resultados en pacientes. Cuando los miembros de OGP deseen centrarse en mejorar los sistemas de rendición de cuentas, sus acciones pueden centrarse en crear instituciones encargadas de ello en el contexto de otros sistemas de rendición de cuentas más formales, tales como oficinas del ombudsman y auditores.





El consenso global afirma que abordar los problemas de salud no solo es clave para el desarrollo, sino también para garantizar un crecimiento inclusivo y sostenible en todas las economías. El argumentar la importancia de la cobertura universal y el acceso a una atención médica de calidad está más allá del alcance de este informe. Sin embargo, es suficiente decir que mejorar los resultados de salud es un objetivo acordado a nivel mundial. (Para los principiantes en este campo, consulte “Es bueno saberlo: Política de salud para generalistas”).

La apertura del Gobierno es una de las distintas maneras de abordar la complejidad de los retos actuales de la salud, incluido el logro de objetivos ambiciosos como el acceso universal a la atención y la atención exitosa a los desafíos específicos que representan ciertas enfermedades en particular.

Tal como ocurre con otros servicios públicos, las estrategias de gobierno abierto con respecto a la salud son muy amplias y se pueden dividir en tres categorías principales:

1. Datos sobre insumos y resultados en salud: Esto incluye datos sobre las principales enfermedades, resultados de salud reproductiva y facilidades para la toma de decisiones.
2. Información sobre el proceso de política: Incluyendo la creación de políticas, decisiones y priorización presupuestaria y contrataciones e implementación.
3. Participación y rendición de cuentas: Estas iniciativas incluyen mejorar los canales públicos para dar y escuchar aportes y recibir respuestas del Gobierno a las preocupaciones planteadas.

“Un niño recién nacido descansa junto a su madre en la sala de maternidad en el Hospital Princess Christian en Freetown Sierra Leona”. Fotografía de Dominic Chavez/Banco Mundial



“Familias esperan ver a una enfermera para vacunar a sus hijos.” Fotografía de Dominic Chavez, Banco Mundial

Al momento de redacción de este informe, la mayoría de los miembros de OGP que han elaborado planes de acción (43 de 85) incluyeron al sector salud en sus planes. En total, de los más de 3.000 compromisos adoptados, 120 compromisos de salud se han incluido en los planes de acción desde el inicio de OGP, de los cuales 54 se encuentran activos en 25 países o localidades. Esto quiere decir que los compromisos relacionados con la salud son relativamente comunes dentro de OGP. Después de educación, el sector salud es la segunda categoría más común en relación con los servicios públicos.

Los 120 compromisos adoptados por los países de OGP se han enfocado en lo siguiente (en categorías no exclusivas):

- **Datos:** 75 compromisos (63%) se refieren a la publicación de datos sobre el desempeño del sector salud (por ejemplo resultados en pacientes) y otros servicios digitales que mejoran la transparencia del sector salud y la prestación del servicio.

- **Participación:** 40 compromisos (33%) involucran la participación ciudadana en decisiones sobre salud, como la construcción de clínicas y diseño de políticas.
- **Rendición de cuentas:** 14 compromisos (12%) son sobre la rendición de cuentas (por ejemplo, Kigoma implementó auditorías sociales sobre la entrega de medicinas a los hospitales públicos). Esto es menor que el promedio general en otros sectores, que es 24%.

Un pequeño subconjunto de compromisos de datos de salud- en ocasiones no intencionalmente- trataron temas de privacidad, tema necesario en cualquier discusión sobre apertura, específicamente cuando está afectando la liberación de datos locales o del paciente. Por ejemplo, el compromiso del Reino Unido sobre los datos del Sistema Nacional de Salud proporcionó una oportunidad importante para discutir la privacidad en la atención médica

Hallazgos por área de política de salud



Una gran parte de esta sección se estructuró alrededor de los tipos de contribuciones que los enfoques de gobierno abierto pueden hacer hacia las prácticas y políticas de salud a través de la transparencia, participación y rendición de cuentas. Por lo tanto, la sección está organizada en función de los valores de gobierno abierto de acceso a la información (datos y más), participación pública y rendición de cuentas.

Para los profesionales de la salud, puede ser útil revisar las áreas específicas de salud destacadas en esta sección y organizadas por tema. Estas áreas se eligieron con base en su aplicabilidad universal a los países de OGP y la disponibilidad de los datos. La sección incluye datos sobre los siguientes temas (fuentes en paréntesis):

1. Instalaciones sanitarias e insumos

- a Disponibilidad de datos abiertos sobre las instalaciones y los presupuestos (Open Data Watch)
- b Presupuesto basado en programas en países de ingresos medios y bajos (International Budget Partnership y el Overseas Development Institute)
- c Integridad pública de las contrataciones de salud (World Justice Project)

2. Cobertura sanitaria universal y atención primaria

- a Política sanitaria universal y monitoreo de datos (Organización Mundial de la Salud)

3. Calidad de la atención

- a Disponibilidad de datos abiertos sobre los resultados de salud (Open Data Watch)
- b Una revisión de las evaluaciones comunitarias y otras intervenciones de rendición de cuentas social (varias organizaciones)
- c Monitoreo del desempeño de los programas de salud (International Budget Partnership)

4. Salud reproductiva

- a Disponibilidad de datos abiertos sobre el acceso a la salud reproductiva y resultados (Open Data Watch)
- b Transparencia presupuestaria de la salud reproductiva (Population Action International y International Planned Parenthood Federation)

“Hotel des Invalides, París”. Fotografía de Michael Evans, Adobe Stock



Políticas de salud para generalistas



Fotografía de Xixinxing, Adobe Stock

Asegurar que todas las personas tengan acceso a servicios y resultados de salud de buena calidad es una responsabilidad central de las democracias modernas. Este objetivo requiere de esfuerzos por parte de distintos niveles del Gobierno, actores del sector privado, la academia, comunidades, organizaciones no gubernamentales y la ciudadanía.

La amplitud de este campo puede ser abrumadora para los actores no especializados en el tema de salud. Adicionalmente, si bien algunos desafíos son universales, otros son específicos de cada país. El diseño final de las intervenciones, por supuesto, dependerá de las prioridades públicas de cada entidad.

Las intervenciones de salud pueden abordar cualquiera de las siguientes áreas de enfoque:

- Atención primaria, incluyendo “atención centrada en el paciente”
- Salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente (RMNCAH por sus siglas en inglés)
- Pandemias
- Nutrición

- Enfermedades infecciosas
- Enfermedades no transmisibles
- Salud mental
- Investigación médica

Dentro de estas áreas de enfoque, existen áreas de políticas e implementación que se pueden abordar:

- Políticas y reglas
- Cumplimiento de estándares (comportamiento de rendición de cuentas)
- Manejo de presupuesto y recursos
- Contrataciones y fijación de precios
- Manejo de recursos humanos (asignación de personal, entrenamiento, actitudes)
- Prestación de servicios
- Seguro de salud, cobertura sanitaria universal y registro sanitario

Los actores pueden ser:

- Formuladores de políticas (incluyendo legisladores y comisiones independientes)
- Instalaciones estatales
- Organizaciones autónomas patrocinadas

por el Estado (como agencias de investigación médica)

- Actores del sector privado con fines de lucro
- Trabajadores
- Pacientes, sus familiares y comunidades
- Actores sin fines de lucro (incluidas organizaciones seculares, religiosas, comunitarias o internacionales)

Debido a que existen muchos objetivos por atender y diversos niveles de toma de

decisiones y actores, las reformas en OGP deberán apuntar a la apertura de esas decisiones dentro de las áreas de enfoque de mayor impacto. Mientras que en un país las enfermedades no contagiosas pueden ser el mayor contribuyente a la morbilidad y la mortalidad, otro país puede tratar el problema agudo de las pandemias o garantizar el acceso universal a la atención primaria. La evaluación de los problemas principales por país está fuera del alcance de este informe y solamente ofrece una lista de posibles áreas de enfoque.

OGP y la salud

No existen datos completos o sistemáticos sobre la existencia o la calidad de la participación o la rendición de cuentas en atención médica en los países OGP. En ausencia de dicha información, este informe sólo puede sugerir que las fronteras de la participación y la rendición de cuentas existan en múltiples niveles y en varios tipos de decisiones. Sin datos de terceros, este informe no puede evaluar la necesidad “revelada” de los países de OGP, pero a través de los datos del Mecanismo de Revisión Independiente de OGP, el informe puede evaluar el énfasis “expresado” por los países.

En la elaboración de este Informe Global de OGP, los autores revisaron docenas de compromisos enfocados en mejorar la voz pública y la rendición de cuentas en la toma de decisiones. El énfasis es en gran medida a nivel nacional y existe un fuerte enfoque en el monitoreo general, específicamente el monitoreo del desempeño. La lista completa de compromisos por categoría está disponible en “Compromisos de participación cívica y rendición de cuentas públicas en salud” en la siguiente página. Las principales categorías de compromisos son:

- **Consejos asesores y formulación de políticas ciudadanas:** El mayor grupo de compromisos (nueve en total) se enfocan en la formulación de políticas ciudadanas o con aportes a la

programación de los servicios de salud.

- **Monitoreo público del desempeño:** Seis compromisos, de los cuales tres son locales, cubren el monitoreo público del desempeño de los organismos. Los tres restantes son parte del segundo plan de acción de Brasil.
- **Seguimiento de presupuesto y de gastos:** Cinco compromisos abordan el monitoreo público de los gastos.
- **Políticas de conflictos de interés:** Dos países se ocuparon de los conflictos de intereses en la política de salud (Argentina, en general y México, para el problema específico de la obesidad).
- **Rendición de cuentas:** Dos planes de acción se enfocaron en ampliar la rendición de cuentas a nivel comunitario (Mongolia y Uruguay).
- **Ciencia pública:** Estados Unidos ha adoptado varios compromisos en ciencia a nivel público.
- **Empoderamiento de los pacientes:** Más allá de los mecanismos de retroalimentación (en Buenos Aires), ningún plan de acción ha tratado el tema de empoderar a los pacientes (Bien sea por sistemas como oficinas de defensoría o defensores del paciente); mejorando los regímenes de responsabilidad o los derechos de los pacientes.





Fotografía de Casfotoarada, Adobe Stock

LECCIONES DE LOS REFORMADORES

Compromisos de participación cívica y rendición de cuentas públicas en salud

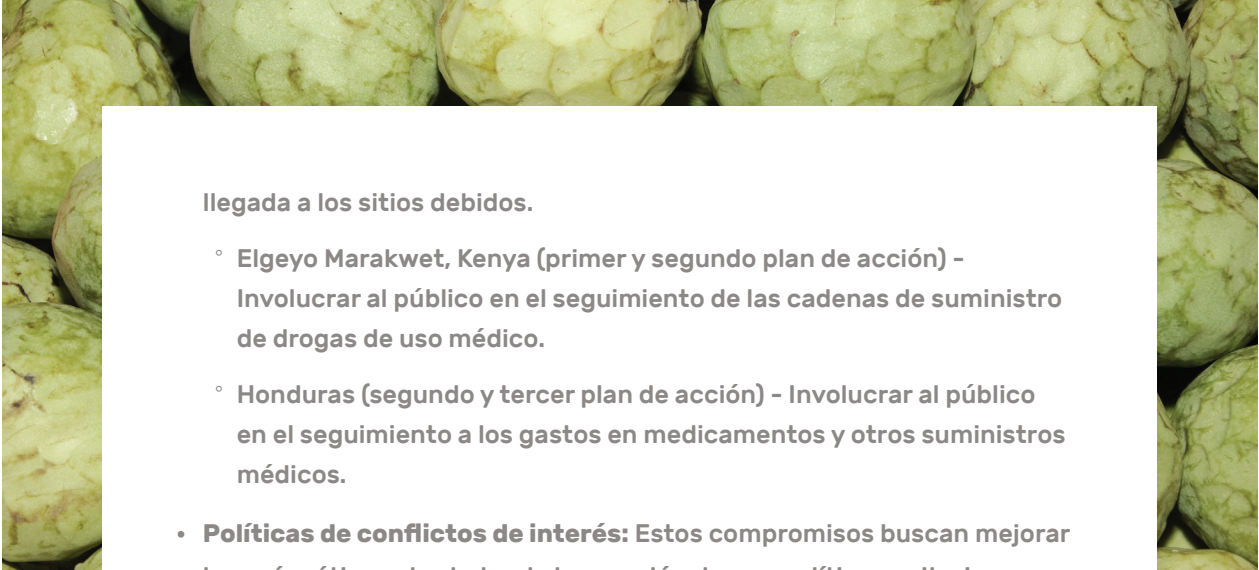
A continuación, se encuentran los compromisos de OGP asumidos para mejorar los aportes públicos y la rendición de cuentas. Esto puede ayudar a inspirar a otros países a adaptar estos compromisos a sus contextos, según sea apropiado.

- **Consejos asesores y aportes ciudadanos a la política:** Estos compromisos tratan el tema de los aportes que hacen los ciudadanos a las regulaciones, políticas y programas en relación a la práctica de salud.
 - Colombia (segundo plan de acción) - Desarrollar iniciativas para tratar temas relativos a la salud y otros temas, específicamente con comunidades marginadas, a través del “Banco de Iniciativas” una plataforma de propuestas cívicas.
 - Dinamarca (primer plan de acción) - Crear oportunidades digitales que permitan al público hacer aportes cuando identifique eficiencias en servicios de bienestar claves, incluyendo la salud.
 - Indonesia (quinto plan de acción) - Crear herramientas de reclamos ciudadanos y un marco para la participación en el sector salud.
 - Paraguay (tercer plan de acción) - Mejorar la participación ciudadana en la creación de políticas y asignación de recursos para el sector salud.
 - Corea del Sur (cuarto plan de acción) - Aumentar la operación del comité de inspección de seguridad alimentaria a través de un sistema de peticiones públicas.
 - España (segundo plan de acción) Crear un consejo multiactor español para la dependencia de las drogas.
 - Sri Lanka (primer plan de acción) Crear un consejo asesor para mejorar el acceso a medicamentos seguros y asequibles para todos.
 - Uruguay (segundo plan de acción) - Desarrollar una Tabla de Diálogo para asesorar en el uso y distribución de datos de salud a nivel nacional.
 - Uruguay (tercer plan de acción) - Diálogo público sobre la política para proporcionar asistencia personal a personas con discapacidad.
- **Monitoreo público del desempeño de los organismos de salud:** Estos

compromisos mejorarían los mecanismos de retroalimentación para las clínicas y organismos, desde mecanismos de reclamos hasta defensores públicos

- Bojonegoro, Indonesia (primer plan de acción) - Evaluación pública del servicio en las clínicas comunitarias de salud.
- Brasil (segundo plan de acción) - Promover la participación pública a través del involucramiento digital en consejos de salud.
- Brasil (segundo plan de acción) - Permitir aportes del público al monitoreo de datos de la Health Surveillance Agency a través de un sistema de consultas.
- Brasil (segundo plan de acción) - Ampliar el Sistema Nacional de Defensoría para mejorar el sistema para la participación pública en la salud.
- Buenos Aires, Argentina (primer plan de acción) Crear un portal integrado para permitir a la ciudadanía enviar informes sobre los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Tiflis, Georgia (primer plan de acción)- Crear mecanismos de retroalimentación ciudadanos sobre los servicios básicos de la ciudad.
- **Seguimiento de presupuesto y de gastos:** Estos compromisos involucran al público en el presupuesto y en asegurar que los gastos coinciden con la entrega de los bienes y servicios.
 - Brasil (segundo plan de acción) - Establecer un sistema público de monitoreo del presupuesto para dar seguimiento a los gastos de seguridad alimentaria y nutrición.
 - Burkina Faso (primer plan de acción) - Establecer comités ciudadanos para monitorear fraudes en la provisión de salud.
 - Guatemala (segundo plan de acción) - Empoderar comités asesores técnicos sectoriales para monitorear la corrupción en el sector salud.
 - Indonesia (tercer y quinto plan de acción) Establecer mecanismos de participación para monitorear la asignación y uso de los subsidios de la salud pública (“Health Contribution Assistance”)
 - Perú (segundo plan de acción)- Involucrar al público en los esfuerzos de rendición de cuentas para la asignación y gastos del programa de alimentación escolar “Qali Warma”.
- **Seguimiento de medicamentos:** Estos compromisos dan seguimiento a la entrega de medicamentos a los hospitales y clínicas para asegurar su





Fotografía de Nito, Adobe Stock

llegada a los sitios debidos.

- Elgeyo Marakwet, Kenya (primer y segundo plan de acción) - Involucrar al público en el seguimiento de las cadenas de suministro de drogas de uso médico.
- Honduras (segundo y tercer plan de acción) - Involucrar al público en el seguimiento a los gastos en medicamentos y otros suministros médicos.
- **Políticas de conflictos de interés:** Estos compromisos buscan mejorar las guías éticas alrededor de la creación de una política sanitaria.
 - Argentina (tercer plan de acción) - Mejorar la transparencia y la participación en la creación de políticas sanitarias a través de la elaboración de una guía sobre conflictos de interés.
 - México (tercer plan de acción) - Desarrollar guías de conflictos de interés alrededor de las políticas que atienden la obesidad como un tema de salud pública.
- **Rendición de cuentas social:** Estos compromisos involucran a los ciudadanos locales para monitorear y abogar por una mejor prestación de los servicios de salud.
 - Mongolia (segundo plan de acción) - Los ciudadanos pueden usar las herramientas de rendición de cuentas social a nivel local para los servicios de salud y educación.
 - Uruguay (primer plan de acción) - Los activistas de rendición de cuentas recientemente capacitados están pidiendo al Gobierno que responda a sus necesidades de atención médica y mejore la prestación de servicios. Los aprendices que evaluaron las contrataciones médicas en su comunidad identificaron ahorros potenciales equivalentes al diez por ciento del presupuesto de salud.
- **Ciencia pública:** Estos compromisos buscan hacer más transparentes los procesos regulatorios y las investigaciones financiadas con fondos públicos, así como publicar los resultados de esos procesos.
 - Estados Unidos (primer y segundo plan de acción) - La Food and Drug Administration (FDA) y otros organismos reguladores científicos promoverán la retroalimentación de expertos a través de ExpertNet y otras herramientas de participación proactivas¹.
 - Estados Unidos (tercer plan de acción) - Miembros del público y expertos podrán introducir sus comentarios en la Iniciativa de Medicina de Precisión del Presidente.



Las fronteras de la gobernanza del sector salud en OGP

Usando la tipología de intervenciones de gobierno abierto enumeradas anteriormente, podemos tener una mejor idea de dónde se encuentran las barreras más importantes (o “puntos débiles”) para los miembros de OGP, en base a datos de terceros. Los datos sobre la gobernanza del sector de la salud, especialmente la gobernanza abierta, actualmente es un mosaico y no son tan completos como en otros sectores de servicios públicos. No obstante, esta sección apunta a identificar cuáles podrían ser algunas intervenciones efectivas para los miembros de OGP en cuanto a disponibilidad de datos, información sobre toma de decisiones, participación pública y medidas de rendición de cuentas.

Datos para la toma de decisiones

Un grupo de organizaciones dedicadas a promover los datos abiertos realizó un trabajo de mapeo de la cobertura, desagregación y apertura de los datos para la salud. El Inventario de Datos Abiertos (ODIN por sus siglas en inglés) de Open Data Watch brinda la imagen más completa del estado de los datos abiertos para la salud en todos los países de OGP². ODIN reúne todas

las estadísticas disponibles de las organizaciones de estadística nacional de cada miembro de OGP en más de 20 áreas de políticas, incluida la salud. La ventaja de estos datos, comparados con muchas otras fuentes, es que se obtienen completamente de los sitios web nacionales. Los datos no se refieren a la calidad de los datos más allá de los elementos de cobertura y disponibilidad. La verificación de la confiabilidad y precisión de los datos está fuera del alcance de este informe o de los datos disponibles actualmente. Aun así, la mera disponibilidad de datos, aunque sean imperfectos, aumenta la probabilidad de comparación cruzada con otras fuentes y de oportunidades de auditoría por parte de expertos, profesionales y del público. Esta sección analiza la disponibilidad de datos públicos sobre centros de salud, resultados de salud y salud materna y reproductiva.

Datos de centros de salud

Los datos sobre centros de salud dan seguimiento de las entradas que hacen que la atención de la salud sea posible, incluyendo la cantidad y tipo de centros de salud disponibles, contratación de personal, camas

²“El pequeño Gevorg en su examen de la vista, Región de Kotayk, Armenia.” Fotografía de Armine Grigoryan, Banco Mundial



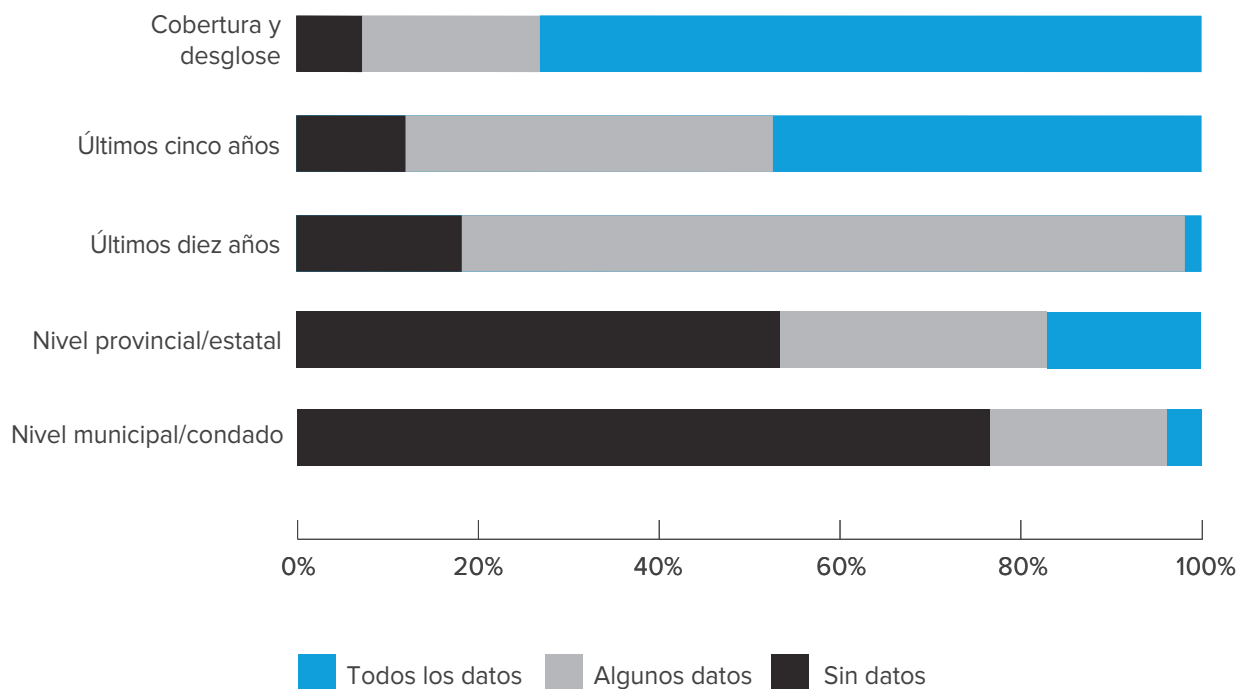
y datos de presupuestos. La mayoría de los países de OGP recolectan y publican datos sobre centros de salud. (Ver figura 1 para revisar las cifras)

- **Disponibilidad y desagregación:** En tres cuartas partes de los países de OGP, los datos cubren centros públicos, privados y sin fines de lucro o los desagrega por tipo de centro (por ejemplo hospitales y clínicas). Algunos países no publican o desagregan estos datos. (Ver figura 1, línea 1). Para este subconjunto de países, la recolección y publicación de estos datos podría ser una valiosa contribución.
- **Datos por series de tiempo:** Al igual que con muchos servicios públicos revisados durante la preparación de este informe, si bien los datos están disponibles para el año 2017, hay menos datos disponibles en los años anteriores. Pocos (menos de uno de cada 20) proporcionan datos

de la última década, por lo que se dificulta el seguimiento de mejoras y comparaciones. (Consulte la figura 1, líneas 2 y 3). Esto se debe en gran medida a que los datos se publican en diferentes formatos o publicaciones (como las páginas de informes gubernamentales en formato .pdf) o no estaban disponibles en los años anteriores. Se espera que, ahora que muchos gobiernos están publicando en formatos abiertos, todos los datos futuros también estarán abiertos.

- **Desagregación geográfica:** Una pequeña minoría de países de OGP tienen estos datos desagregados a nivel provincial o administraciones de “nivel uno” (nivel municipal o de país). La mayoría no tiene datos desagregados, mientras que algunos tienen mosaicos de datos para territorios subnacionales. (Ver figura 1, líneas 4 y 5)

FIGURA 1. La mayoría de las NSO de los países de OGP publican datos recientes de los establecimientos de salud (camas de hospital, presupuestos, personal), pero rara vez están desagregados o disponibles durante períodos de tiempo más largos



Fuente: *Inventario de Datos Abiertos 2017 del Open Data Watch, Centros de salud (n=79)*

Datos de resultados de salud

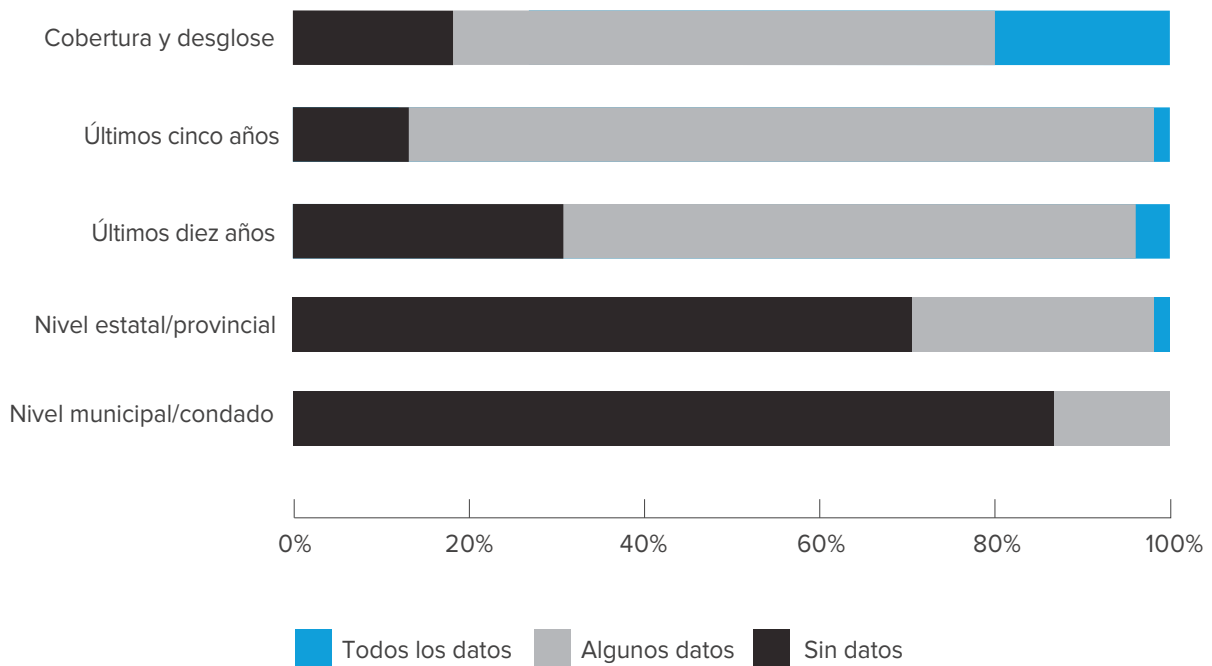
La mayoría de los países de OGP recolectan y publican datos de algunos resultados de salud, pero pocos publican datos sobre las tasas de vacunación, prevención de enfermedades y cuidado de la salud.

- **Disponibilidad y desagregación:** En la mayoría de los países de OGP, al menos un conjunto de datos (vacunación, prevención de enfermedades, cuidado de la salud) están disponibles. Uno de cada ocho tiene los tres conjuntos de datos disponibles. Un número igual de países no publica

datos en absoluto. (Ver figura 2, línea 1).

- **Datos por series de tiempo:** Antes de 2018, los datos disponibles son irregulares. Casi todos los países de OGP tienen algunos de los datos de tres de los últimos cinco años o cinco de los últimos diez años, pero muy pocos tienen cobertura anual. (Ver figura 2, líneas 2 y 3).
- **Desagregación geográfica:** Un país de OGP tiene datos disponibles para todas las provincias. El 25% tiene cobertura parcial, mientras que la gran mayoría no tiene datos desagregados por geografía. (Ver Figura 2, líneas 4 y 5).

FIGURA 2. Pocos NSO de los países de OGP publican datos completos sobre vacunaciones, prevención de enfermedades y cuidado de la salud.



Fuente: Inventario de Datos Abiertos (2017) del Open Data Watch, Resultados en salud (n=79)



Datos sobre la salud reproductiva

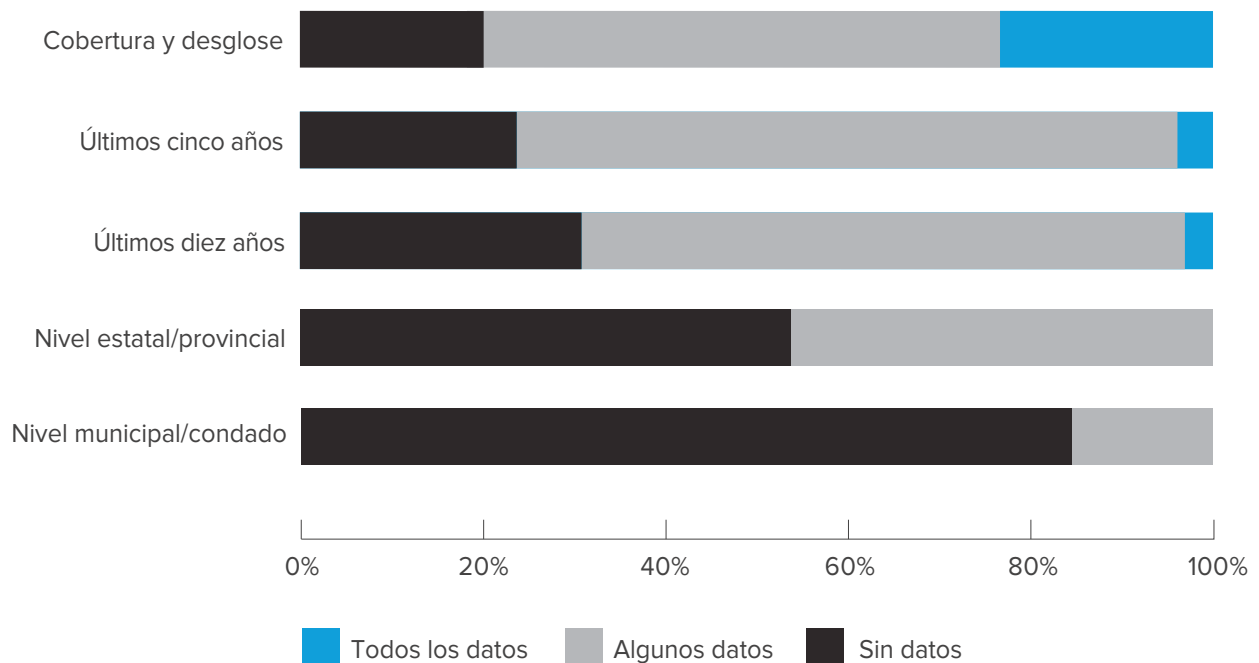
Los datos en salud reproductiva, como mínimo, cubren la mortalidad materna, la mortalidad neonatal, las tasas de mortalidad de menores de 5 años, tasas de fertilidad, disponibilidad de anticonceptivos y tasas de embarazo adolescente. La mayoría de los países de OGP tienen algo de estos datos, pero la mayoría no los tienen completos.

- **Disponibilidad y desagregación:** En la mayoría de los países de OGP, estos datos están disponibles de alguna manera, aunque sólo uno de cada ocho tiene los tres conjuntos de datos disponibles. Un número igual de países no publica estos en absoluto. (Ver figura 3, línea 1).
- **Datos por series de tiempo:** De los países que tienen datos para 2017, solo uno de cada cuatro

ha tenido datos disponibles que cubren los años anteriores. (Ver figura 3, líneas 2 y 3).

- **Desagregación geográfica:** Ningún país de OGP tiene todos los datos disponibles a nivel de provincias y casi la mitad tiene cobertura de algunos datos. La gran mayoría no tiene datos desagregados por geografía, especialmente más abajo del nivel de provincias. (Ver figura 3, líneas 4 y 5). En la mayoría de los casos esto es porque los datos están descentralizados y probablemente no estandarizados.

FIGURA 3. Aproximadamente una cuarta parte de las NSO de los países de OGP publican datos completos sobre salud reproductiva, materna, neonatal e infantil. Rara vez se desagrega o disponible por una serie de tiempo significativa.



Fuente: *Inventario de Datos Abiertos (2017) Open Data Watch, Salud reproductiva (n=79)*



LECCIONES DE LOS REFORMADORES

Confianza, privacidad y apertura en la reforma sanitaria del Reino Unido

El Servicio Nacional de Salud (NHS, por sus siglas en inglés) sigue siendo una parte sumamente popular del sistema de bienestar público en el Reino Unido, pero la mayoría de los ciudadanos también están de acuerdo en que podría ser más efectivo y eficiente. La ciudadanía desea conocer sus opciones para la mejor atención posible y algunos políticos con presupuesto limitado buscan reducir los costos e identificar un rol para los proveedores privados.

Desde la fundación de OGP, el Reino Unido ha puesto la mejora de los resultados y eficiencias en salud como el enfoque de sus esfuerzos en OGP. En efecto, hacer que los datos de los resultados de salud sean usables por el público ha sido uno de los esfuerzos más importantes en los planes de acción del Reino Unido entre 2011 y 2016.

En el primer y segundo plan de acción de OGP, el Reino Unido se enfocó en abordar estos temas al publicar datos abiertos y buscar retroalimentación del público. En algunos aspectos los esfuerzos han sido claramente exitosos. Mientras que en otro aspecto, la NHS se encontró con un conjunto de temas mucho más complejos alrededor de los límites de la transparencia³.

Las reformas

Mejorar la atención de la salud fue una parte central de la historia del Reino Unido en OGP. De hecho, en el lanzamiento inicial de la Alianza, el Reino Unido promocionó la publicación y el impacto de los datos de rendimiento clínico en la mejora de los resultados quirúrgicos. El primer plan de acción de OGP estableció “consejos de transparencia” a nivel ministerial en los que participaron diversos actores (proveedores, miembros del público y funcionarios) para identificar conjuntos de datos de alta prioridad que se debían publicar. El segundo plan de acción, que comenzó en 2013, tenía dos compromisos que tenían como objetivo mejorar el desempeño del NHS. Los compromisos abarcaron:

- Publicación de indicadores clínicos y otros indicadores de desempeño
- Implementación de una herramienta de recomendaciones para pacientes y
- Una herramienta de medición de resultados centrada en el paciente (PCOM por sus siglas en inglés) sobre los servicios disponibles para





atención de condiciones médicas complejas y poco comunes.

Los resultados

Muchos de los resultados de cada una de las iniciativas fueron significativos, otros proporcionaron perspectivas adicionales para futuras reformas. Ellos incluyen:

- **Datos de desempeño clínico:** Se publicaron doce conjuntos de datos clínicos principales y datos de escenarios de práctica general, atención social para adultos y mediciones de resultados centradas en el paciente. En general, más de 7.000 nuevos conjuntos de datos sobre salud y datos clínicos y de desempeño ahora están disponibles en una plataforma de datos de fácil búsqueda. En marzo de 2015, el NHS informó que había alcanzado una cobertura del 97% de las prácticas y clínicas. NHS England estaba trabajando para “mejores datos abiertos”⁴.
- **Datos de atención social:** Los avances sobre la publicación de información sobre los servicios de atención social fueron menores. El reporte de de gobierno “propuso cambiar la línea de base de la ambición de alcanzar 8.750 para abril de 2015 y 10.000 para abril de 2016”, a través del trabajo con socios como proveedores de atención domiciliaria⁵.
- **Retroalimentación pública:** El Test de Amigos y Familia, puesto a prueba en 2013, se implementó en todos los entornos de atención. Los datos agregados publicados incluían más de cinco millones de comentarios. El equipo de NHS Insight está utilizando estos datos para incorporar la mejora del servicio. NHS England afirma que los cambios ayudaron a elevar los estándares de atención de la salud que llevan a “muchas mejoras, grandes y pequeñas, en todo el país”, pero no hubo evidencia clara de cómo estos cambios se incorporaron a estándares más amplios y mejorados⁶.

El retroceso

El programa care.data fue la piedra angular de este paquete de reformas. Su objetivo era centralizar los datos de los pacientes a través del General Practice Extraction Service que abarca más de 9.000 clínicas de atención primaria en el Reino Unido⁷. Los pacientes podían optar por no compartir sus datos, de lo contrario, se compartirían con la base de datos pública.

Inmediatamente, el programa tuvo resistencias y eventualmente cerró debido a una serie de problemas:

- **Preocupaciones de profesionales médicos:** En 2015, el 40% de las prácticas generales se salieron del esquema debido a la ausencia de confianza en la habilidad del programa para mantener su estándar de “confidencialidad total”⁸
- **Preocupaciones de la sociedad civil:** Dentro de OGP, las organizaciones de la sociedad civil que estaban participando se negaron a participar en el compromiso, ya que compartían las preocupaciones de privacidad del personal médico. Principalmente los miembros del público estaban preocupados por: (1) cómo los investigadores accederían a los datos; (2) si los datos podrían permanecer en el anonimato y (3) si el público podría dar su consentimiento para el uso de sus datos⁹.
- **Revisión e inquietud:** En junio de 2015, la Major Projects Authority calificó a care.data como “rojo”, el puntaje más bajo posible, lo que significa que el proyecto parecía “inalcanzable”. Esto se debió, en parte, a problemas administrativos, pero también a la indignación por las preocupaciones por la privacidad¹⁰.
- **Reporte y clausura:** En 2016, la Señora Fiona Caldicott, guardianas nacional de datos, emitió un informe sobre la privacidad del paciente en el esquema (denominado Caldicott 3 después de sus predecesores de 1998 y 2013), que confirmó dificultad del consentimiento con el informe¹¹ y el programa cerró inmediatamente. El informe confirmó que había habido venta de datos privados por años¹².

Lecciones de Care.data

Para otros países que están considerando abrir los datos de salud, care.data proporciona tres lecciones principales. Aparentemente, el sistema contaba con una serie de controles adecuados (aunque controvertidos) para garantizar la rendición de cuentas.

- **Protección de privacidad:** Se requería el establecimiento de protecciones adecuadas previas para asegurar la protección de los datos personales y dar seguridad de una reutilización apropiada.
- **Deliberación y confianza:** Hubo poca participación del público o de los proveedores de servicios en la discusión de cómo dichos datos podrían ser anonimizados adecuadamente. El informe de Caldicott 3 identificó esto como una solución importante para restaurar la confianza y estudiar si esto podría seguir adelante.
- **Vigilancia pública**



Manteniendo cuentas, Departamento de Servicios de Salud Kegalle Provincial, Sri Lanka.
Fotografía de Simone D. McCourtie/Banco Mundial

Transparencia en políticas y presupuestos

Más allá de los datos, la apertura de las decisiones en el sector salud requiere que el público tenga conocimiento de las decisiones - qué son, cuándo se toman, quién las toma y si se implementan. En el sector salud es difícil sacar conclusiones a nivel de todo el sistema sobre el estado de apertura en la toma de decisiones.

En resumen, aún no existe un conjunto de datos (o conjuntos) global(es) sobre la gobernanza del sistema de salud y qué decisiones son públicas. Sin embargo, hay indicadores dispersos en una serie de evaluaciones globales que comienzan a mostrar una imagen del nivel de transparencia dentro del sector¹³. La recopilación de datos sobre sistemas a nivel nacional es difícil, ya que los actores provienen de diferentes partes de la sociedad, la toma de decisiones se realiza en múltiples niveles, la prestación de servicios se lleva a cabo por organizaciones con fines de lucro, sin fines

de lucro y gubernamentales y los problemas pueden ser complejos y muy técnicos. Por supuesto, eso no es exclusivo del tema de la salud. Existen revisiones sectoriales internacionales exitosas en otros campos, medio ambiente¹⁴ o libertad de prensa¹⁵, por ejemplo, que también involucran ecosistemas complejos con actores en múltiples niveles. Estas comparaciones entre países no existen de manera integral para la gobernanza del sector de la salud. Aunque se han desarrollado e implementado herramientas para evaluar el riesgo de corrupción¹⁶ o para hacer un seguimiento de los presupuestos y gastos¹⁷, no se han llevado a escala como lo han hecho en el sector del agua.

A riesgo de introducir un cierto “sesgo de disponibilidad”, este informe presenta los datos sobre la toma de decisiones en el sector de la salud para los países de OGP en tres aspectos: (1) políticas de cobertura médica universal, (2) datos de contrataciones y (3) transparencia presupuestaria.

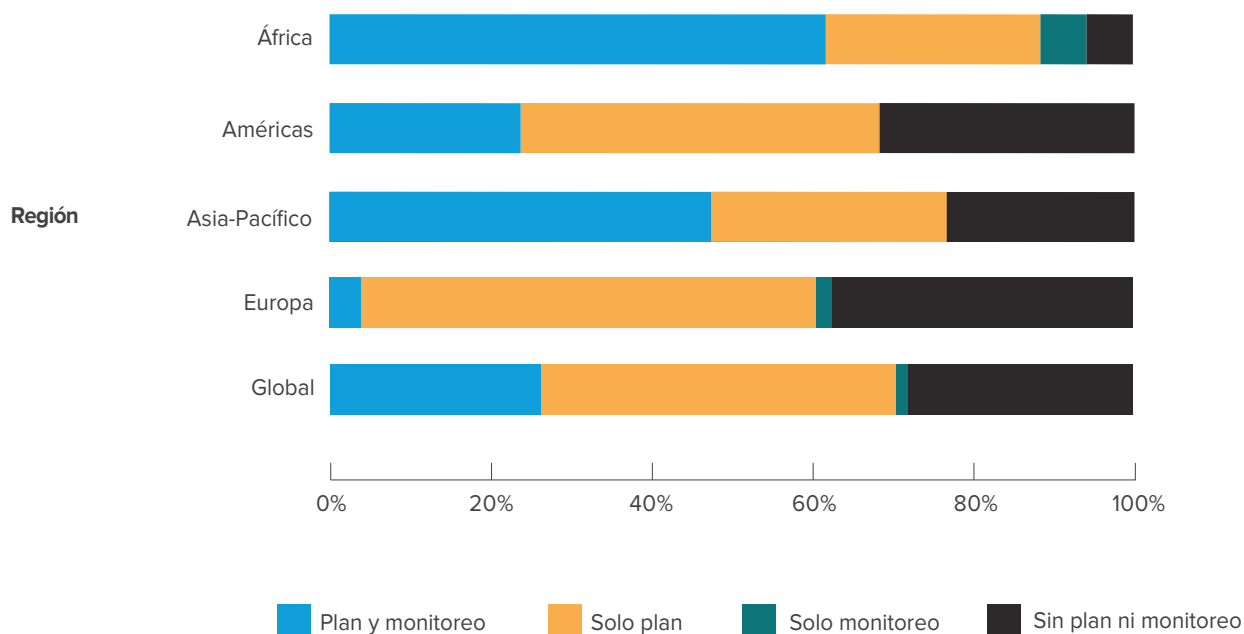
Políticas de cobertura médica universal

Uno de los desafíos para la mayoría de los países a nivel global es alcanzar un acceso universal a atención primaria de calidad. Hay datos accesibles sobre la cobertura y la calidad de la atención de la salud a nivel nacional disponible para muchos países de OGP (ver sección anterior) pero la información integral de la política de salud está menos disponible al público. Si bien hay muchos debates sobre la definición de atención de calidad, un precursor para identificar diferentes definiciones podría ser identificar los distintos enfoques para proporcionar acceso y definir o medir la calidad.

En algunos países existe una política básica de transparencia, pero no en todos. La Organización Mundial de la Salud recolecta datos de tres indicadores básicos de gobernanza como parte de su conjunto de

datos sobre la cobertura sanitaria universal. El primero determina si existe una legislación para proporcionar una cobertura sanitaria universal. Los dos segundos tienen relevancia directa con el gobierno abierto: la disponibilidad de documentos públicos nacionales de planificación y la disponibilidad de monitoreo de su implementación. La figura 4 clasifica a los países de OGP por región con respecto a la disponibilidad de estas dos herramientas de toma de decisiones. A nivel mundial, casi tres cuartas partes de los países de OGP publicaron un plan nacional entre 2013 y 2017, pero sólo una cuarta parte publicó sus datos de monitoreo. A nivel regional, existe una variación considerable, con tasas mucho más altas de publicación de datos de monitoreo en África y Asia-Pacífico. En general, pocos países ricos de la OCDE publicaron datos de monitoreo, incluso cuando existía un plan. En Europa, menos de uno de cada diez países publicaron estos datos¹⁸.

FIGURA 4. África y Asia-Pacífico publican los datos de la planificación y monitoreo de la cobertura nacional sanitaria más frecuentemente que otras regiones¹⁹.



Fuente: OMS Base de datos de planificación de la Cobertura Sanitaria Universal 2018 (n=32)

Contrataciones en el sector salud

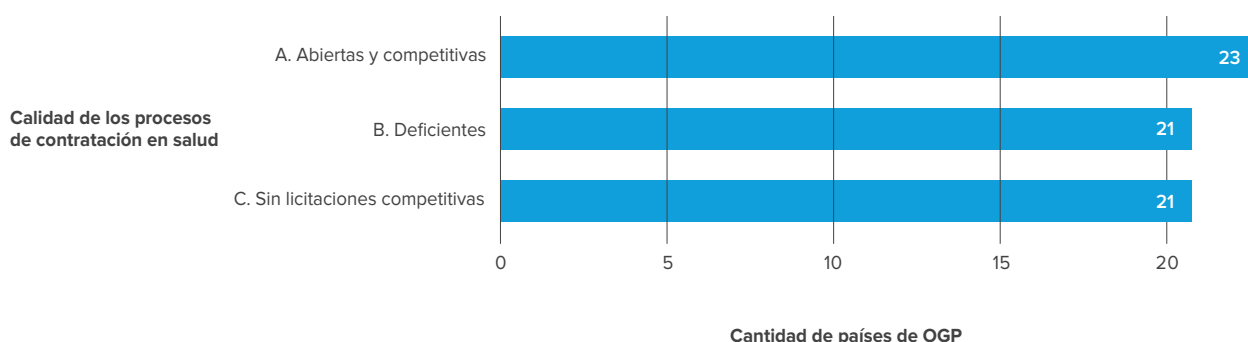
Las contrataciones en la atención de la salud proporciona una gran oportunidad para desperdicios, fraude o abusos. Una revisión reciente por la United States Agency for International Development (USAID), expuso detalladamente el papel de una gobernanza más sólida en los sistemas de salud en general, con especial atención a los sistemas de gestión financiera pública. El informe destacó la falta de datos transnacionales disponibles públicamente en el sector²⁰.

Si bien no hay datos agregados, disponibles públicamente, de seguimiento del gasto público para gastos de salud, el Proyecto de Justicia Mundial realizó

encuestas a expertos públicos en la mayoría de los países de OGP. Una pregunta específica abordó el grado en el que las contrataciones sanitarias son percibidas como justas y competitivas. La figura 5 muestra que, para la salud, de acuerdo con expertos del país, cerca de una tercera parte de los países de OGP habían tenido un proceso de licitación justo y abierto, un tercio tuvo procesos de licitación muy deficientes y otro tercio no había tenido ninguna licitación abierta.

Esto demuestra que existe mucho trabajo por hacer en la asignación de contratos en áreas como medicamentos, vacunas, equipos médicos y construcción de edificios.

FIGURA 5. Cerca de un tercio de los países de no tiene licitaciones abiertas, un tercio tiene licitaciones deficientes y un tercio tiene licitaciones justas.



Clave

Los expertos eligieron la declaración más cercana a sus opiniones sobre cómo funcionan las contrataciones de salud pública (es decir, el dinero gastado en medicamentos, vacunas, equipos médicos, edificios, etc.) en su país:

(a) La mayoría de los contratos son adjudicados a través de un procedimiento de licitación abierto y competitivo

(b) Existe un proceso formal de licitación, pero es deficiente. Muchos contratos son adjudicados sin una licitación competitiva o a través de un proceso ineficaz de licitación, dejando abierta la posibilidad de corrupción.

(c) No existe un proceso formal de licitación o es superficial e ineficaz. La mayoría de los contratos se adjudican a firmas que ofrecen sobornos; a firmas propiedad de partidarios políticos; o a firmas en las que algún funcionario relevante del Gobierno tiene una participación financiera.

Fuente: Proyecto de Justicia Mundial, *Iniciativa del Estado de Derecho, QRQ150* (n=65)

Transparencia del presupuesto de salud

No hay datos comparativos recientes entre países sobre el presupuesto y los datos de gasto en salud a nivel mundial. Sin embargo, este informe destaca los hallazgos de cuatro estudios principales que comparan los presupuestos de salud en la última década. Uno es sobre los presupuestos basados en proyectos en países de ingresos medios y bajos, uno sobre salud reproductiva en América Latina y otro sobre gasto en salud en países africanos. Los hallazgos clave para futuras consideraciones de presupuesto incluyen:

- Como se muestra en la sección *Resultados colectivos* de este informe, la transparencia presupuestaria en general ha sido quizás el conjunto de logros más exitoso de los planes de acción de OGP. La próxima generación de reformas de transparencia presupuestaria podría ser específica por sector (incluyendo la salud) y, en muchos casos, se beneficiaría de enfocarse en los gastos a nivel de programa.
- Estos problemas pueden ser especialmente graves en la salud reproductiva, donde muchos datos gubernamentales pueden requerir solicitudes de libertad de información.

Presupuesto a nivel de programa en países de ingresos bajos y medios

El presupuesto a nivel de proyecto y los datos de gastos para la salud revelan las prioridades nacionales y el seguimiento de esas prioridades. Un cambio hacia los presupuestos a nivel de programa apunta a equilibrar el énfasis en los productos y en los resultados con el foco tradicional en los insumos.²¹

La transparencia en estas áreas permite que los actores nacionales e internacionales entiendan el énfasis nacional en los niveles de atención (a menudo se las denomina intervenciones “horizontales”, como la atención primaria o prenatal) e intervenciones específicas (a menudo denominadas intervenciones “verticales”, como la prevención de pandemias o el abandono del hábito de fumar). Con esta información presupuestaria, se pueden conciliar las prioridades políticas y de las políticas con la implementación real de los programas.

El Overseas Development Institute y la International Budget Partnership examinaron los datos de presupuesto y gasto en salud en siete países africanos en 2013. En estudios de encuestas entre 2010 y 2012, el informe encontró:

- **Números de primera línea:** Los datos macroeconómicos y el presupuesto general versus el gasto en salud estaban disponibles en los siete países, aunque no estaba disponible para todos los años.
- **Gastos específicos:** Al enfocarse en medidas específicas, como los gastos en medicamentos, solo dos países tenían los datos (Liberia y Uganda, que no es miembro de OGP).
- **Datos subnacionales:** pocos países publicaron regularmente los datos a nivel subnacional, aunque algunas provincias de Sudáfrica publicaron estos datos.

La presencia de indicadores de nivel macro y la ausencia de datos de gasto subnacional son, desafortunadamente, consistentes con los hallazgos de las instalaciones de salud y los datos de resultados en la sección anterior. Si bien se necesita más análisis para identificar si el cambio ha sido positivo a lo largo del tiempo, el estudio sugiere que algunos problemas de transparencia del presupuesto de salud son persistentes para algunos miembros de OGP. También sugiere que el seguimiento al financiamiento en niveles más bajos puede ser la prioridad actual. Este estudio, sin embargo, no hizo un seguimiento de los planes y gastos a programas específicos.

Antes del 2018, no se llevó a cabo una encuesta integral internacional sobre cómo los presupuestos y el gasto coincidían con las prioridades de salud en un país determinado. Ahora podemos examinar, para un subconjunto de países OGP, el grado en que los presupuestos coinciden con las prioridades de la política. La International Budget Partnership llevó a cabo una encuesta en 30 países de ingresos bajos y medios recientemente para examinar si había un presupuesto a nivel de proyecto centrado en la salud²². Si bien examinar el grado en que la transparencia del presupuesto de salud cumple con los objetivos de la política declarados públicamente está fuera del alcance de este informe, se puede hacer un análisis menos complejo del grado en que los presupuestos coinci-



den con las prioridades. (La encuesta no incluyó datos sobre el momento en que se publicó la información o el nivel de participación pública).

- **Transparencia a nivel de programa**

- **Ejemplos:** Los programas varían en cuanto al nivel de especificidad. Por ejemplo, algunos son de alto nivel: (1) Acceso a servicios de salud; (2) Suministro de los servicios de salud; (3) Administración (“dirección y apoyo”) de los servicios de MOH. Otros son sumamente específicos: (1) Protección contra riesgos sanitarios; (2) Regulación y monitoreo de los centros de salud y servicios; (3) Asistencia social y protección del paciente; (4) Prevención y cuidado de VIH/SIDA y otras ETS; (5) Seguro médico del siglo XXI.
- **Partidas:** Los resultados muestran que todos los países de OGP tienen partidas para proyectos en los presupuestos. En promedio, los países de OGP tienen identificados nueve proyectos en los presupuestos nacionales, aunque algunos tienen hasta 31 (México) o 27 (Argentina), y otros tienen tres (Afganistán, Burkina-Faso y Mongolia). Los 20 países tienen presupuestos alocados a nivel de programa.
- **Enfoque en resultados:** No todos los países tienen indicadores y metas específicas para los programas. El 80% de los países tienen objetivos claros para cada programa. La mayoría de ellos (75%) tienen indicadores específicos y metas para el programa, pero solo el 40% establece una línea base de desempeño actual para un programa o un área de política de salud. Para la mayoría de los países, los indicadores se basan en acciones o productos. Algunos países (por ejemplo Indonesia, Jordania, México, Marruecos, Perú y Serbia) tienen indicadores basados en resultados como la reducción de nuevos casos de tuberculosis.
- **Presupuestos promulgados:** El 80% de los países encuestados publican el nivel del programa en el presupuesto promulgado. Esto significa que 20% de los países no publican planes finales de gastos a nivel de programa.

- **Transparencia a nivel de subprogramas:**

- **Ejemplos:** Este nivel de transparencia se divide en tipos de gastos específicos como: personal, bienes y servicios; transferencias y donaciones; inversiones; capital e instalaciones.
- **Partidas de los subprogramas:** Algunas (60%) tienen subprogramas (nueve en promedio). En los casos en los que existen esos subprogramas, todos tienen presupuestos asignados.
- **Enfoque en resultados:** Los subprogramas están menos enfocados en los resultados. Solo un poco más de la mitad tiene metas e indicadores y solo un 20% tiene metas específicas.

- **Transparencia de enfermedades específicas:**

- **Partidas:** El 30% de los países tiene programas para enfermedades específicas y sólo Sudáfrica ha reportado subprogramas en esta materia. La mayoría de los programas presupuestados están orientados a niveles de atención, como atención primaria o de emergencia (30%) o unidades dentro de un ministerio (40%).
- **Indicadores:** Sin embargo, el 90% de los países encuestados tenía indicadores para enfermedades de un interés particular.

- **Conciliación y rendición de cuentas:**

- **Responsabilidad:** Un poco más de la mitad (55%) de los países encuestados identificaron a la unidad del Gobierno responsable de la implementación. El 90% presupuestó costos administrativos pero sólo 15% identificó responsabilidades entre los ministerios.
- **Informes de fin de año:** Un poco más de la mitad (55%) de los países reportan conciliación financiera al final de cada año. Solo el 40% de los países encuestados publican informes no financieros para cada programa.

Transparencia presupuestaria de salud reproductiva en países africanos y latinoamericanos

El seguimiento fiscal de los presupuestos de salud reproductiva ha sido un área importante para la acción en la última década. Population Action International



trabaja con una gran comunidad de activistas en países en desarrollo, especialmente en el África subsahariana, para movilizar los ingresos del Gobierno para la planificación familiar. Recientemente han desarrollado un marco para medir dichos gastos y están dando seguimiento a recursos para abogar por niveles de recursos que estén a la altura con la escala de los desafíos de planificación familiar, haciendo hincapié en el acceso a la información²³. Además, esta red ha estado trabajando para lograr compromisos en materia de transparencia presupuestaria en los planes de acción de OGP en la región. Estos pueden reflejarse en los planes de acción 2019 o 2020.

Un esfuerzo similar se enfocó específicamente en la salud reproductiva. Un estudio del año 2012 por Malajovich, et al, en el que encuestaron a cinco países latinoamericanos (El Salvador, Costa Rica, Guatemala, Panamá y Perú, todos miembros de OGP) para identificar cómo la información sobre los presupuesto, tratamientos y otros gastos incluyen a la salud reproductiva encontró que:

- **Acceso abierto:** Solo Perú tenía datos de presupuesto disponibles, sin solicitud, en páginas web del Gobierno. Estos datos incluían partidas presupuestarias específicas para la atención reproductiva integrada, asistencia especializada al parto y atención obstétrica de emergencia. En Guatemala, la información sobre atención reproductiva integrada estaba disponible públicamente, pero protegida con una contraseña.
- **Planes de contrataciones:** Para Costa Rica, algunos datos se obtuvieron a través de los planes de contrataciones del Departamento de Seguridad Social.

- **Ley de acceso a la información:** En Costa Rica, Guatemala y Panamá existía algo de información, pero se obtenía a través de registros de la Ley de Acceso a la Información y convocatorias de reuniones específicas con los departamentos.
- **Negativa:** En El Salvador, la información presupuestaria era inasequible o proporcionada de una forma tan irregular que no era útil²⁴.

A pesar de la antigüedad de la investigación y de su alcance limitado en términos de los países que abarca, podemos sacar algunas conclusiones sobre la transparencia presupuestaria en torno a los datos de salud reproductiva:

- **Sistematización:** La información de presupuesto y gastos, que permite dar la idea de cómo es la priorización y toma de decisiones, no está recolectada sistemáticamente. Dada la naturaleza fragmentada de la recolección, esto hace que la comparación entre países sea imposible.
- **Publicación:** Donde existen los datos, usualmente no están publicados de forma sistemática y tienen restricciones mínimas (es decir, puede estar protegida por contraseña).
- **Solicitudes de información:** Donde existen esos datos, los defensores necesitan solicitar reuniones o un acceso formal de la información. Las leyes de acceso a la información siguen siendo una herramienta provisional hasta que los gobiernos empiecen a publicar proactivamente y sistemáticamente dicha información.

²³“Asistiendo a la formación de matronas en el Pueblo de Tajikhan, Afganistán.” Fotografía de Graham Crouch, Banco Mundial



Participación y rendición de cuentas en salud

La ausencia de la rendición de cuentas y de supervisión pública pueden limitar el impacto de la transparencia. Esto es particularmente cierto en los países en los que los mercados no funcionan y el paciente tiene opciones limitadas para elegir²⁵. Asegurar la rendición de cuentas y los aportes del público es particularmente importante en zonas rurales donde hay menos proveedores o en algunos casos donde hay un solo proveedor de servicios (como una inspección de seguridad alimentaria o seguro con un pagador único).

Creciente aceptación de la necesidad de la participación y rendición de cuentas en salud

El permitir al público aportar, la retroalimentación y la rendición de cuentas son necesarios en una variedad de niveles, desde proveedores de servicios a nivel comunitario hasta el establecimiento de políticas nacionales. La demanda política y la evidencia de tales intervenciones ha aumentado en los últimos años²⁶.

La Organización Mundial de la Salud, en su plan de acción de Cobertura Sanitaria Universal establece una buena gobernanza más allá del acceso a la información, específicamente la responsabilidad clara, la opinión pública y la colaboración, y la rendición de cuentas, como componentes básicos para la atención de la salud:

- **Poner en marcha herramientas para implementar políticas:** que incluyen: diseño de las estructuras organizativas del sistema de salud y sus roles, poderes y responsabilidades; diseño de regulación; establecimiento de estándares; incentivos; y aplicación y sanciones.
- **Colaboración y formación de coaliciones** en todos los sectores y con socios externos.
- **Asegurar la rendición de cuentas:** mediante la implementación de: estructuras de gobernanza, normas y procesos para las organizaciones del sector de la salud; mecanismos para la supervisión, seguimiento, revisión y auditoría independientes; disponibilidad transparente y publicación de

políticas, regulaciones, planes, informes, cuentas y apertura al escrutinio por parte de representantes políticos y de la sociedad civil²⁷.

A nivel internacional, existe una organización que está trabajando específicamente en empoderar a las comunidades para el monitoreo y la rendición de cuentas. Community of Practitioners of Social Action in Health (COPASAH) se enfoca en permitir que las comunidades que enfrentan las desigualdades hagan valer sus derechos y aboguen por sí mismas basándose en el monitoreo y la defensa local. Varios gobiernos de OGP, como Mongolia y Uruguay, también han estado apoyando a las comunidades para abogar por sí mismas, a menudo en asociación con la Global Partnership for Social Accountability (GPSA).

Hay mucha literatura dedicada a la importancia y al diseño de la rendición de cuentas a nivel de la comunidad local. Investigaciones recientes han demostrado la importancia de mecanismos de participación y rendición de cuentas en la mejora de la efectividad de la transparencia:

- **Transparencia sin participación:** Sin una infraestructura adecuada de rendición de cuentas, es probable que las intervenciones basadas en transparencia en salud sean ineficaces o ineficientes²⁸ y, en algunos casos, hasta contraproducentes para la construcción de la confianza o mejora de servicios²⁹.
- **Impacto de la participación pública:** Las investigaciones sobre el impacto instrumental de la participación pública en salud está poco desarrollada en comparación con otros campos³⁰. Se están realizando investigaciones para aislar y comprender mejor la relación entre los resultados de salud y las acciones de transparencia y rendición de cuentas pública³¹.
- **Impactos de la rendición de cuentas social:** Estudios recientes en intervenciones de salud han demostrado mejoras a nivel comunitario utilizando herramientas de rendición de cuentas social
 - **Meta evaluación de la tarjeta de control comunitario:** CARE International recientemente realizó una meta-revisión de sus evaluaciones

de su “tarjeta de control comunitario” en materia de salud y encontró que dieron como resultado (en orden decreciente de evidencia): (1) mayor poder de los ciudadanos, rendición de cuentas y espacio para negociación; (2) mayor disponibilidad, acceso, utilización y calidad del servicio y (3) construcción de confianza. La revisión mostró que la inclusión de grupos marginados seguía siendo un desafío importante³².

- **Ensayos de control aleatorios de la tarjeta de control comunitario:** Un ensayo de control aleatorio del enfoque de la tarjeta de control comunitaria de CARE para la salud reproductiva encontró mejoras en los servicios para pacientes. Las mujeres tratadas por una clínica que había pasado por un proceso de tarjeta de puntuación de la comunidad tenían más probabilidades de recibir una visita al hogar durante y después del embarazo. Los trabajadores de salud eran más propensos a tomar medidas como resultado de las visitas domiciliarias y las mujeres tenían más probabilidades de usar anticonceptivos modernos³³.
- **Revisión de la voz de los ciudadanos y rendición de cuentas:** el enfoque de Visión Mundial, “Ciudadano, Voz y Rendición de Cuentas”, incluye educación ciudadana, tarjetas de

control comunitario y reuniones cara a cara entre ciudadanos y funcionarios. Una revisión de 2019 mostró que, para varios países, las intervenciones a nivel comunitario llevaron a intervenciones a escala de política nacional para instituir medidas de rendición de cuentas social a un nivel más amplio. Armenia adoptó el enfoque para los sistemas de salud en todo el país³⁴. Dado que alcanzar una escala y sostenibilidad ha sido uno de los desafíos centrales para el éxito de la rendición de cuentas, esto sugiere un espacio para un cambio positivo de las intervenciones a pequeña escala para mejorar los sistemas nacionales.

- **Resultados nulos y enfoques verticales:** El trabajo que está en preparación muestra que algunas intervenciones de rendición de cuentas social no tuvieron cambios estadísticamente significativos en la rendición de cuentas ciudadana³⁵. Hay alguna evidencia de un cambio en el comportamiento del proveedor de atención médica³⁶. La evidencia podría señalar que los enfoques de abajo hacia arriba no conducen a cambios importantes en el desempeño del sistema de salud. En cambio, los enfoques integrados verticalmente que involucran a actores políticos y técnicos, así como a la ciudadanía, pueden ser más prometedores³⁷.



Referencias

- ¹ Beth Simone Noveck, "If Only We Knew What We Know: Open Regulatory Review at the FDA," *Yale L. & Pol'y Rev.* 32(2) (2013),
- ² *Open Data Watch*, *Open Data Inventory 2018/19*, <https://odin.opendatawatch.com>.
- ³ Alexander Ingrams, *Open Government Performance: An Analytical Framework for Organizational Design* (Rutgers Univ., May 2017), <https://rucore.libraries.rutgers.edu/rutgers-lib/54128/PDF/1/play/>.
- ⁴ Gobierno del Reino Unido. *Open Government Partnership National Action Plan 2013-15: End-of-term self-assessment report*. (Octubre 2016), https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/562168/OGPNAP2end-of-termself-assessment.pdf
- ⁵ Gobierno del Reino Unido. NHS Five-Year Forward View. (Octubre 2014), <http://bit.ly/1vQLqLM>. *Gobierno del Reino Unido. Personalised Health and Care 2020 Using Data and Technology to Transform Outcomes for Patients and Citizens A Framework for Action*. (Noviembre 2014) <http://bit.ly/14hHM3D>
- ⁶ Gobierno del Reino Unido. *Friends and Family Test*. Website. (Octubre 2018), <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/about-the-nhs/friends-and-family-test-fft/>
- ⁷ BMA, *General practice in the UK*, Media brief (Apr. 2017), <https://www.bma.org.uk/-/media/files/pdfs/news%20views%20analysis/press%20briefings/general-practice.pdf>.
- ⁸ Charlie Cooper, "40 percent of GPs plan to opt out of the NHS Big Data sweep, due to a lack of confidence in the project" (The Independent, 24 Jan. 2014), <https://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/40-per-cent-of-gps-plan-to-opt-out-of-the-nhs-big-data-sweep-due-to-a-lack-of-confidence-in-the-9083806.html>.
- ⁹ OGP Mecanismo de Revisión Independiente. *United Kingdom End of Term Report*. (Marzo 2016), <http://bit.ly/2Vke9O8>
- ¹⁰ Infrastructure and Projects Authority, *Annual Report on Major Projects 2017-18*, (2018), https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/721978/IPA_Annual_Report_2018_2_.pdf.
- ¹¹ National Data Guardian for Health and Care, *Review of Data Security, Consent and Opt-Outs*, (Jun. 2016), https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/535024/data-security-review.PDF.
- ¹² Sarah Boseley, "NHS to scrap single database of patients' medical details," (The Guardian, 6 Jul. 2016), <https://www.theguardian.com/technology/2016/jul/06/nhs-to-scrap-single-database-of-patients-medical-details>.
- ¹³ Pyrone, Smith y van den Broenk llevaron a cabo una revisión exhaustiva de los marcos para evaluar la gobernanza del sector, que incluía 16 marcos diferentes. Señalan que, si bien "existen marcos para evaluar la gobernanza de los sistemas de salud, no hay muchos ejemplos de su aplicación en la literatura". Thidar Pyone, Helen Smith and Nynke van den Broek, "Frameworks to assess health systems governance: a systematic review," *Health Policy Plan* 32(5) (Oxford Univ. Press, Jun. 2017) 710–722, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5406767/>.
- ¹⁴ Ver Índice de Democracia Ambiental, <http://environmental-democracyindex.org/>.
- ¹⁵ Ver Reporteros sin fronteras, "2018 World Press Freedom Index," <https://rsf.org/en/ranking>.
- ¹⁶ Transparencia Internacional, "Transparency and Accountability in Social Programmes in Latin America," https://www.transparency.org/whatwedo/activity/transparency_and_accountability_in_social_programmes_in_lat_in_america.
- ¹⁷ International Budget Partnership, "Health and Budgets," <https://www.internationalbudget.org/capacity-building/capacity-building-materials/health-budgets/>; and Laura Malajovich, et al., "Budget Transparency on Maternal Health Spending: a Case Study in Five Latin American Countries," *Reproductive Health Matters* 20(39) (Taylor & Francis, 2012) 185–195, <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1016/S0968-8080%2812%2939607-9>.
- ¹⁸ La OMS recopila datos desagregados por género sobre el acceso a la atención médica en el mismo sitio, pero en el momento de redactar este informe, el portal tenía el inicio de sesión protegido, lo que significa que los datos no estaban disponibles públicamente en la descarga masiva, a pesar de los esfuerzos de los autores de este informe. See Country Planning Cycle Database, <http://www.nationalplanningcycles.org/>.
- ¹⁹ Fuente de datos: OMS, "Health Systems Strengthening" (2017), <http://apps.who.int/gho/portal/uhc-hss-cabinet-wrapper-v2.jsp?id=1030101>.
- ²⁰ Annie Baldrige et al., *Health Finance & Governance, Public Financial Management, Health Governance, and Health Systems* (USAID, Oct. 2017), <https://www.hfgproject.org/public-financial-management-report/>.
- ²¹ John M. Kim (ed.), *From Line-item to Program Budgeting Global Lessons and the Korean Case*. *Korea Institute of Public Finance*, (Seoul, Korea: Korea Institute of Public Finance, 2007) pp. 13–22, <http://www1.worldbank.org/publicsector/pe/bookprogrambudget.pdf>.

- ²² Dr. Jason Lakin and Suad Hasan, *Program-Based Budgeting in Health in Low- and Middle-Income Countries: A New Dataset* (International Budget Partnership, Nov. 2018), <https://www.internationalbudget.org/publications/program-budgeting-health-sector-dataset/>; Dr. Jason Kain, Sally Torbert and Suad Hasan, *Program Budget Structure in the Health Sector*, (International Budget Partnership, Nov. 2018), <https://www.internationalbudget.org/wp-content/uploads/program-budget-structure-in-the-health-sector-ibp-2018.pdf>
- ²³ PAI, "Government Accountability for Family Planning Budgets," <https://pai.org/special-projects/government-accountability-for-family-planning-budgets/>; Taryn Couture and Suzanna Dennis, *Towards A Common Framework for Measuring Government Spending on Family Planning* (PAI, 14 Jul. 2016), https://pai.org/wp-content/uploads/2016/07/Towards-A-Common-Framework_PAI.pdf.
- ²⁴ Laura Malajovich, et al., "Budget Transparency on Maternal Health Spending: a Case Study in Five Latin American Countries."
- ²⁵ Stephen Kosack and Archon Fung, "Does Transparency Improve Governance?" *Ann. Rev. Polit. Sci.* 17 (Univ. of Washington, 19 May 2014) 65–87, https://ash.harvard.edu/files/ash/files/does_transparency_improve_governance_0.pdf.
- ²⁶ En particular, el lector puede referirse a la revisión exhaustiva de la participación y la rendición de cuentas en los sectores de salud que se presenta en "Accountability, Health Governance, and Health Systems: Uncovering the Linkages" una revisión conjunta realizada en 2017 por USAID, la OMS y Health Finance & Governance: <https://www.hfgproject.org/accountability-health-governance-health-systems-uncovering-linkages/>
- ²⁷ WHO, *Health Systems Governance for Universal Health Coverage, Action Plan* (2014), https://www.who.int/universal_health_coverage/plan_action-hsgov_uhc.pdf?ua=1.
- ²⁸ Lectores deben remitirse a Transparencia para el Desarrollo para próximos trabajos, que es una colaboración de Resultados para el Desarrollo y la Escuela Kennedy de Harvard. <https://www.r4d.org/resources/transparency-development-initiative/>.
- ²⁹ Maria Cucciniello, Gregory Porumbescu, and Stephan Grimmelikhuijsen, "25 Years of Transparency Research: Evidence and Future Directions," *Pub. Admin. Rev.* 77(1) (ASPA, 1 Jan. 2017) 32, <https://www.deepdyve.com/lp/wiley/25-years-of-transparency-research-evidence-and-future-directions-QWY0eJx4Uo>.
- ³⁰ Annalijn Conklin, Zoë Morris, and Ellen Nolte, "What is the evidence base for public involvement in health-care policy?: results of a systematic scoping review," *Health Expect.* 18(2) (Wiley Online Library, Apr. 2015) 153–165, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5060770/>.
- ³¹ Tony Saich (ed.), *Citizen Voices, Community Solutions: Designing Better Transparency and Accountability Approaches to Improve Health* (Harvard Kennedy School, Aug. 2017), https://ash.harvard.edu/files/ash/files/citizen-voices_community_solutions_0.pdf.
- ³² S. Gullo, C. Galavotti and L. Altman, "A review of CARE's Community Score Card experience and evidence," *Health Policy Plan* 31(10) (Oxford Univ. Press, Dec. 2016) 1467–1478, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27190223>.
- ³³ Sara Gullo, et al., "Effects of a social accountability approach, CARE's Community Score Card, on reproductive health-related outcomes in Malawi: A cluster-randomized controlled evaluation," *PLoS ONE* 12(2) (10 Feb. 2017), <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0171316>.
- ³⁴ World Vision Int., *Scaling Social Accountability, Evidence from Africa, Asia and the Caucasus* (2019), <https://gpsa-knowledge.org/wp-content/uploads/FINAL-Scaling-Social-Accountability-Jan-8-2019-2.pdf>.
- ³⁵ Lectores deben remitirse a Transparencia para el Desarrollo para próximos trabajos, que es una colaboración de Resultados para el Desarrollo y la Escuela Kennedy de Harvard. <https://www.r4d.org/resources/transparency-development-initiative/>.
- ³⁶ Pia Raffler, Daniel Posner and Doug Parkerson, *The Weakness of Bottom-Up Accountability: Experimental Evidence from the Ugandan Health Sector* (29 May 2019), http://egap.org/sites/default/files/Posner%2C%20Dan_Paper.pdf.
- ³⁷ Jonathan Fox, *Scaling Accountability through Vertically Integrated Civil Society Policy Monitoring and Advocacy*, (Making All Voices Count, Accountability Research Center, Dec. 2016), <https://www.accountabilityresearch.org/publication/scaling-accountability-through-vertically-integrated-civil-society-policy-monitoring-and-advocacy/>.

