

# Actuar globalmente pero pensar localmente: la responsabilidad en la primera línea

P Freedman,<sup>a</sup> Marta Schaaf<sup>b</sup>

- a Directora, Programa de Prevención de Mortalidad y Discapacidad Materna, Facultad de Salud Pública Mailman, Universidad de Columbia, Nueva York, NY, EEUU.  
b Oficial Superior del Programa de Prevención de Mortalidad y Discapacidad Materna, Facultad de Salud Pública Mailman, Universidad de Columbia, Nueva York, NY, EEUU. Correspondencia: MLS2014@columbia.edu

**Resumen:** *Existe una preocupante divergencia entre la manera en que los problemas y las soluciones relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos son planteados en el área de promoción y defensa a nivel mundial, y la compleja realidad que las personas presencian en los servicios de salud en el terreno. Un análisis de enfoques en responsabilidad utilizados en actividades de promoción y defensa en estos diferentes niveles destaca las diferentes suposiciones en juego en cuanto a cómo suceden los cambios. Este artículo argumenta a favor de un enfoque revigorizado en responsabilidad, que empieza con la dinámica de poder en primera línea, donde las personas encuentran a los prestadores de servicios y a las instituciones. Los enfoques convencionales en responsabilidad evitan abordar esta dinámica; por consiguiente, muchos esfuerzos por imputar la responsabilidad no producen cambios transformativos. La ciencia de implementación y la ciencia de sistemas son fuentes prometedoras para nuevos enfoques, comenzando por entender los sistemas de salud como sistemas adaptativos complejos arraigados en la dinámica política más amplia de la sociedad. Al adquirir conocimientos de disciplinas como la economía política, etnografía y gestión del cambio organizacional –y al aplicarlos de manera creativa a la experiencia de las personas en los sistemas de salud– se puede empezar a revelar y abordar el funcionamiento del poder y agudizar la responsabilidad hacia las personas cuya salud y cuyos derechos están en juego y generar cambios significativos.* © 2015 edición en español, 2013 edición en inglés, Reproductive Health Matters.

Los espacios donde se formulan las políticas globales se están abriendo a la sociedad civil, aunque sea todavía en forma tentativa. Esta apertura nos da la oportunidad de evaluar el potencial que tiene la promoción y defensa (*advocacy*) en estos espacios para contribuir a que se produzcan cambios en el terreno. Desde la cúspide del cambio de paradigma de la CIDP en 1994, hasta el punto más bajo que fue cuando se excluyeron la salud y los derechos sexuales y reproductivos (DDSSRR) en los originales Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en el 2001, pasando por el resurgimiento de algunos aspectos de DDSSRR con la Iniciativa de Planificación

Familiar 2020 en 2012, estamos actualmente a punto de iniciar una nueva era de actividad a nivel mundial, al formularse y lanzarse los Objetivos de Desarrollo Sostenible post-2015. Si bien las nuevas tecnologías permiten nuevos tipos de participación, la proliferación de foros, instituciones e iniciativas mundiales implica que los promotores cuenten con un creciente número de herramientas para navegar estos espacios de manera efectiva y dediquen una enorme cantidad de tiempo y energía para hacerlo.

Esta situación plantea preguntas complicadas sobre cómo debe movilizarse un movimiento social para influir en los procesos mundiales, e

incluso si debe hacerlo.\* Las preguntas incluyen cómo estructurar la participación, competir por fondos y utilizarlos, involucrar a los medios, priorizar los objetivos, negociar y hacer alianzas. Además, y quizás esto sea lo más importante, los promotores no se ponen de acuerdo internamente sobre cómo describir la forma de exigir los cambios y las estrategias que los cambios ameritan.

En nuestro rol de activistas por la salud y los derechos humanos, trabajando en un entorno universitario en la ciudad de Nueva York, hemos tenido el privilegio de acceder fácilmente al escenario mundial mientras que al mismo tiempo dirigíamos la mayoría de nuestros esfuerzos a iniciativas para fortalecer los servicios de salud en el terreno, particularmente en países con altas tasas de mortalidad materna. Desde esta doble perspectiva vemos una divergencia preocupante entre la forma como se encuadran los problemas y las soluciones a nivel mundial y lo que ocurre en realidad en el terreno. Obviamente, en cada contexto donde se hace *advocacy* debe abordarse estratégicamente y deben aplicarse propuestas adecuadas a sus respectivas condiciones. Pero para que una estrategia se aplique coherentemente en distintos contextos es preciso que todos los involucrados comprendan por igual cómo ocurre el cambio. El poder y el glamour que transitan por las reuniones mundiales pueden ser seductores. Con demasiada frecuencia hacen creer a los promotores que los cambios acordados en las más altas esferas, en la cima de las relaciones intergubernamentales y de las relaciones entre el Estado y la sociedad civil, donde se crean los objetivos mundiales, generarán cambios en las bases, donde las personas sienten la mano del Estado en sus vidas cotidianas a través del uso del sistema de salud y otras instituciones.

En este artículo argumentaremos a favor de un cambio elemental en nuestro entendimiento de dónde y cómo se generan cambios en los derechos sexuales y reproductivos, y en las técnicas que usamos para estudiarlos, promoverlos y crearlos. Usamos la idea de responsabilidad como principio organizativo que puede causar

una transformación más amplia en la práctica de la salud pública y los derechos humanos. La responsabilidad no es la única respuesta. Pero puede despertar otros procesos y transformaciones que son necesarios para la siguiente fase de desarrollo mundial.

Limitamos nuestro análisis a ese sector de la salud y los derechos sexuales y reproductivos ligados a los servicios de salud. Si bien los DDSSRR comprenden una gama mucho más amplia de condiciones que influyen en las vidas de las mujeres, no es cierto que los servicios de salud presenten un conjunto reducido de problemas esencialmente técnicos. De hecho, una parte fundamental de nuestro argumento es que los servicios de salud, si bien tienen una dimensión técnica, son siempre profundamente políticos. Cumplen la función de ser instituciones sociales básicas: las interacciones de las personas con las jerarquías de poder que dan forma a estas instituciones, a menudo crean o refuerzan la misma exclusión y desempoderamiento que están en el centro de las violaciones a la salud y a los derechos reproductivos y sexuales. Por otro lado, como reflejo de la presencia del Estado- y, cada vez más, de la alianza entre el Estado y actores del sector privado también – el sistema de salud puede ser un entorno donde los privilegios se articulan, se afirman y se reivindican.

La responsabilidad no es en absoluto una idea nueva en la práctica del trabajo orientado al desarrollo mundial. Pero el modo en que se la ha concebido y operado mundialmente está profundamente desconectado de la realidad de las interacciones de las mujeres con las fuerzas que le dan forma a sus vidas en el terreno. Estamos a favor de un enfoque revitalizado sobre la responsabilidad, que comienza con las dinámicas de poder en la primera línea del sistema de salud, profundamente arraigadas en las dinámicas sociales y políticas más amplias de la vida local. Planteamos que esta realidad necesita inspirar y definir las formas como proceden las estrategias de desarrollo mundial, forzando a que se repiense el motor de cambio en los DDSSRR. En resumen, proponemos adoptar una postura con respecto a los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el futuro, y la dirección del CIDP más allá del 2014; los activistas de los DDSSRR todavía tienen que actuar mundialmente pero sus acciones en el escenario mundial requieren que ellos se informen de un modo diferente sobre sus realidades locales.

\* De hecho, la pregunta misma de si una iniciativa poco organizada, dominada por expertos profesionales en promoción y defensa (*advocacy*), puede llegar a ser considerada un movimiento social mundial, tiene repercusiones sobre los principios que lo guían.

## Definición de rendición de cuentas

La forma como se define la rendición de cuentas determina cómo esta se operacionaliza y, finalmente, el cambio que genera. Definimos la rendición de cuentas como las “restricciones en el ejercicio del poder por medios externos o normas internas”.<sup>1</sup> Esta definición es más amplia que otros enfoques más prevalentes que se refieren a los mecanismos de la rendición de cuentas, por ejemplo, los sistemas de responsabilidad y su aplicación, y sanciones entre las dos partes.<sup>2</sup>

Definir la rendición de cuentas como lo proponemos ofrece conceptos indispensables para pensar sobre un cambio en la salud y en los derechos sexuales y reproductivos. Primero, pone el poder en un lugar central, lo que marca la diferencia entre las demostraciones superficiales de responsabilidad y las que son potencialmente transformadoras.

Segundo, se aplica a cualquiera que esté ejerciendo poder, no solo a quienes se encuentran en el gobierno. Algunos actores no gubernamentales, tales como las fundaciones privadas y las instituciones religiosas, desempeñan un papel determinante cuando se da forma al panorama de los DDSSRR en los pasillos de la ONU y en el seno de cada país. Algunos servicios de salud reproductiva tales como el aborto, para comenzar, pueden carecer de opciones en el sector público. En otros servicios, el estado lamentable del sector público a menudo lleva a las mujeres al sector privado no reglamentado y potencialmente peligroso. Finalmente, la concentración creciente, en el campo de la salud mundial, de las asociaciones público-privadas y, particularmente, la concesión a franquicias para que brinden cuidados de salud reproductiva torna crucial la inclusión de actores no estatales en un marco de rendición de cuentas para la salud y los derechos sexuales y reproductivos.<sup>3</sup>

Tercero, la definición de responsabilidad que usamos reconoce la relevancia de las normas internas tanto para los individuos como para las instituciones – sean o no apoyadas por políticas – como una forma en que se expresa y se retiene el poder. Por ejemplo, un comportamiento abusivo por parte de los proveedores del servicio puede persistir no por falta de leyes o estándares profesionales que dictan otra cosa, sino porque tal comportamiento está

normalizado en el sistema y se ha convertido en una rutina, aceptada y esperada, y hasta naturalizada.<sup>4</sup> Entender y reconocer la influencia de tales normas es por lo tanto central para descubrir las fuerzas que modelan las experiencias de las mujeres en el propio sistema de salud.

Finalmente, es importante reconocer que nuestra definición no plantea de qué deben ser responsables aquellos que ejercen poder. De hecho, en este sentido la responsabilidad (o la falta de la misma) puede ser una característica de cualquier organización, esté o no relacionada con los derechos. Tomemos, por ejemplo, a la mafia o a un departamento de policía corrupto. Todos los “soldados” que están en el sistema conocen, aceptan y a menudo interiorizan las reglas de la actividad criminal de la que se benefician y esas reglas se aplican constantemente y, a menudo, en forma brutal. La responsabilidad se está ejerciendo. Pero la eficiente organización que resulta de ella es exactamente lo contrario de lo que deber ser una organización basada en derechos.

Nuestro planteamiento es el siguiente: el contenido de la rendición de cuentas no es inherente al mecanismo de esta; el contenido debe ser suministrado a través de un proceso político en el cual la visión de un sistema que funciona bien es negociada y acordada. Es aquí donde la visión bien desarrollada de los DDSSRR continúa siendo central para la rendición de cuentas.<sup>5</sup> Dos aspectos del cambio de paradigma expresado en el Programa de Acción de la CIDP son de particular relevancia al respecto:

(1) La primacía de la experiencia de vida de las mujeres, a saber, que la comprensión de que el contenido de la salud y los derechos sexuales y reproductivos debería ser definido por las experiencias de la mujer en el sistema de salud, las relaciones de género y otras dinámicas sociales, políticas y económicas; y (2) una concepción de derechos que vaya más allá de una lista de “libertad de” y “libertad para” que cuestione los significados sociales fundamentales imperantes sobre género y reproducción. En resumen, es una concepción que va más allá de la taxonomía legal para describir cómo se vería el ejercicio de los derechos. Las relaciones de poder político, social, económico y de género serán inevitablemente debatidas.

Una concepción de la rendición de cuentas, que se adecúa y aprovecha el cambio de paradigma en

el Programa de Acción nos acercará a su realización. El cambio vendrá cuando vayamos más allá de los análisis convencionales de la brecha entre práctica y política y preguntemos en profundidad qué es lo que le da forma a las experiencias reales de las mujeres en los establecimientos de salud; es decir, cuando “repoliticemos la salud y los derechos sexuales y reproductivos”.<sup>6</sup> Esencialmente, significa traer un análisis crítico de los mecanismos de poder de regreso al meollo de lo que hacemos tanto en la salud pública como en los derechos humanos. Cuando un análisis de poder es reintroducido en la base de los esfuerzos de la salud y los derechos sexuales y reproductivos la pregunta: “¿cómo se da el cambio?” genera una práctica de rendición de cuentas- y una práctica de implementación – que es cualitativamente distinta a los enfoques convencionales que actualmente prevalecen en la salud mundial.

### **Enfoques convencionales de la rendición de cuentas a nivel mundial**

La mayoría de los enfoques convencionales sobre la rendición de cuentas evitan lidiar con las dinámicas de poder que fluyen a través del sistema de salud.

De un lado del espectro, se ha vuelto rutina casi obligatoria que en cada declaración, informe de reunión, comunicado de prensa o discurso se haga un llamado a “exigirle cuentas a [.....]” sin que medie prácticamente ninguna discusión sobre para qué, para quién o cómo debe ser esta exigencia de cuentas. La responsabilidad se vuelve poco más que una “palabra de moda sin contenido”.<sup>7,8</sup> En un nivel un poco más alto está la responsabilidad como gasto eficiente, mientras que los donantes gubernamentales y los países beneficiarios recortan los costos y exigen que los administradores de salud hagan cada vez más con menos recursos. Un uso legítimo de la responsabilidad, pero bastante más débil, es el enfoque casi exclusivo en la corrupción, con una lógica subyacente que puede ir desde la eficiencia pura hasta una exigencia de justicia más matizada. Se pueden solucionar los abusos más atroces, pero las estructuras esenciales de poder que los permiten permanecen inalteradas.

Este artículo se concentra en las formas convencionales en las que se usa la rendición de cuentas en foros mundiales por aquellos que

buscan genuinamente promover la salud y los derechos sexuales y reproductivos. El activismo en las conferencias de la ONU en la década de 1990 se organizó alrededor de la negociación de contenidos de los acuerdos intergubernamentales, con poquísima atención a su aplicación. La práctica de rendición de cuentas que ha aumentado alrededor de los comunicados de las reuniones desde adentro de las instituciones mundiales que las monitorean, es un refinado enfoque de exposición y denuncia ejemplificado en los procesos CIPD +5, +10, +15 y +20 y en los informes paralelos de las ONG. Estos esfuerzos mundiales para registrar y difundir los progresos con relación a los objetivos de las declaraciones, se basan en la idea de que la vergüenza y la presión de pares generará cambios en las políticas, y que estos cambios a su vez propiciarán cambios en los logros de salud y derechos.

En el año 2000, los gobiernos adoptaron la Declaración del Milenio, que a su vez dio lugar a los ODM. El diseño y contenido de estos objetivos – con metas delimitadas, cuantitativas y específicas al problema – facilitaba la medición del progreso, pero no aportaban en sí mismas gran cosa para encontrar el camino hacia un cambio transformador. Los esfuerzos de la comunidad internacional para fortalecer los compromisos de los gobiernos han sido llevados adelante con la esperanza de que al tener objetivos audaces y combinarlos con voluntad política y recursos económicos adecuados se generará progreso.

Para ser justos, un enfoque que plantea metas y trata de alinear incentivos, pero deja que los gobiernos tomen las decisiones sobre cómo realmente cumplir con las metas, representa un avance con respecto al enfoque colonialista que cree que todas las respuestas están en el Norte y que la imposición de asistencia técnica desde ahí hará avanzar a los Estados subdesarrollados del Sur.\*\* Pero las técnicas de la rendición de cuentas detalladas por los ODM y las ideas subyacentes sobre cómo se da el cambio son herramientas débiles en la lucha por los cambios requeridos.

\*\* De hecho, la pregunta misma de si una iniciativa poco organizada, dominada por expertos profesionales en promoción y defensa (*advocacy*), puede llegar a ser considerada un movimiento social mundial, tiene repercusiones sobre los principios que lo guían.

Primero, se invierte mucho en generar una voluntad política que actualmente se limita a promocionar líderes políticos a través de declaraciones públicas de compromiso, con muchas oportunidades para fotografiarse con celebridades. Estas también se combinan con esfuerzos de buena fe para generar responsabilidad. La campaña del Secretario General “Todas las mujeres, todos los niños” creó la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño. El nombre en sí señala la idea que animó esta iniciativa. Si se combina la voluntad política con el seguimiento y difusión de los avances se generará responsabilidad. La fórmula de rendición de cuentas de la Comisión de “monitorear, revisar y remediar” se aplica a los resultados, no a los procesos- una fórmula notoriamente más débil que alternativas como la “responsabilidad, rendición de cuentas, aplicabilidad” promovidas por los defensores de los derechos humanos.

La “Cuenta Regresiva para 2015”, iniciativa que monitorea el progreso en los ODM 4 y 5 asumió el encargo de la Secretaría General con aplomo y adaptó muy rápidamente su metodología para incluir la información específica recomendada por la comisión. Cuenta Regresiva es el prototipo del enfoque sobre rendición de cuentas, tan favorecido en la salud pública, y se centra en el desarrollo de indicadores cuantitativos e inversión en la recolección de los datos necesarios para medirlos. Si bien las buenas prácticas en salud pública deberían hacer buen uso de los datos e indicadores obtenidos, la credibilidad de las propias estadísticas para generar la cadena de acciones que creará el cambio carece de garantías, sobre todo en lo que se refiere a los derechos. Este enfoque de rendición de cuentas asume que la exposición y el seguimiento- esta vez un seguimiento mejor y más de cerca con evidencia cuantitativa sólida- lo logrará.

Por supuesto, los defensores de la Cuenta Regresiva saben que para lograr el cambio no basta con comprender el alcance cuantitativo del problema; también se necesita una estrategia para resolverlo. Los ODM inspiraron múltiples esfuerzos mundiales para identificar estrategias efectivas, como el Proyecto del Milenio de la ONU, un portal del conocimiento para la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, y en cierto sentido, la serie múltiple

de la revista Lancet sobre salud reproductiva, materna, neonatal e infantil. En conjunto, estas iniciativas han sido una contribución extraordinaria particularmente al organizar y analizar las pruebas sobre intervenciones clínicas. Pero todas utilizan, en gran medida, un enfoque de “mejores prácticas” en la aplicación - y para merecer la etiqueta de “mejor” (o incluso de “buena”) deben tener pruebas generadas por estudios con diseños experimentales. Pero dichos estudios, deben anular precisamente las mismas dinámicas de poder que son tan cruciales para entender la salud y los derechos sexuales y reproductivos. De hecho, las cuestiones de poder que modelan en la práctica el ejercicio de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, son intencionalmente “controladas” o canceladas en los enfoques experimentales.

Mientras tanto, en el terreno, la energía, el dinero y glamour producidos (escogidos) por estos esfuerzos de responsabilidad a nivel mundial apenas dejan rastros. La discriminación y exclusión continúan en gran medida incólumes. Muchos servicios estipulados en los documentos de las políticas no existen en las comunidades ni en las unidades de salud. Donde sí existen los servicios, la calidad de la atención es a menudo pésima, con faltas de respeto y abusos generalizados. Los tipos de “corrupción silenciosa” tales como el ausentismo, el trabajo desganado y el hurto de bienes erosionan la confianza de los usuarios y desmotivan el uso del servicio.<sup>9</sup> Y la corrupción a gran escala también está presente.<sup>10</sup>

### **Enfoques convencionales la rendición de cuentas a nivel local**

Los textos que analizan la forma como se practica actualmente la responsabilidad en los servicios públicos revela algunos de los mismos problemas que afectan a los ejercicios de rendición de cuentas a nivel global: cuando los planificadores e implementadores de programas comienzan con un concepto limitado de la rendición de cuentas, solo consiguen una aplicación débil. Aun si actúan según lo planeado, los “mecanismos” no necesariamente generan cambio.

En la práctica, muchos mecanismos de rendición de cuentas están diseñados para que los individuos agraviados tengan acceso a ellos.



Mecanismos tales como buzones para quejas, investigación y litigación individual, e instituciones de defensoría pueden jugar un papel clave al identificar una solución para una persona afectada, pero la rendición de cuentas solo se logra en parte. Si bien estos mecanismos individuales pueden crear un aura de “sistema que responde”, a menudo carecen de significado para los menos empoderados, que se ven disuadidos por los costos y riesgos de expresar sus preferencias o quejas o porque simplemente carecen de acceso a los servicios.<sup>11</sup>

Dada la frustración continua con los esfuerzos por reformar y mejorar el sector público, los académicos y promotores apuntan, en mayor medida, a la intervención de la sociedad civil<sup>12,13</sup> y el rol de los grupos organizados de ciudadanos para promover la “responsabilidad social” en la prestación de servicios aprovechando “los costos políticos y de reputación”.<sup>14</sup> Los ejemplos mencionados se basan frecuentemente en “libretas de notas” ciudadanas sobre cómo percibieron la calidad del servicio, auditorías sociales y seguimiento de gastos públicos. Estos esfuerzos son más exitosos pero solo en algunas situaciones, como cuando un dirigente político es sensible a la vergüenza, los proveedores tienen un compromiso con mejorar su reputación y los pacientes están interesados en un mejor desempeño clínico y en una prestación de servicios basada en derechos.<sup>14,15</sup>

A veces los donantes y quienes ejecutan las iniciativas de responsabilidad social, no realizan un análisis contextual serio, que resulta necesario para saber si las condiciones son adecuadas. También puede ocurrir que no estén en condiciones de planificar cómo lograr el cambio con la información que producen los esfuerzos de responsabilidad social. Ya sea evaluando la aplicación de CIDP a nivel nacional o local, las tácticas de “exponer y denunciar” no producen cambios inminentes. De hecho, dos metainformes de esfuerzos de responsabilidad social concluyen en que la relación asumida entre transparencia, voz, empoderamiento y sistemas de responsabilidad no siempre se mantiene.<sup>16,17</sup>

Tanto las intervenciones de responsabilidad individual como las de responsabilidad social pueden transformarse en fines en sí mismas – lo que Joshi y Houtzager han llamado “*widgets*”,<sup>14</sup> es decir, procesos formales sin significado que no hacen nada para transformar un sistema

desigual. De hecho, en los peores casos funcionan como procesos *Potemkin* – maniobras que crean una apariencia superficial y engañosa de que hay servicios que responden, y al hacerlo desvían la atención de las causas de los malos servicios de DDSSRR y las mantienen intactas.

Parte de este problema se encuentra en la concepción del funcionamiento del sistema de salud, subyacente en estas iniciativas. La compleja relación que existe entre los mecanismos de poder que modelan la realidad de los sistemas de salud es ignorada por un modelo simplista de oferta y demanda, en el cual el lado de la oferta lo forman los legisladores y los proveedores, y el lado de la demanda está formado por los usuarios. Este modelo ignora la diversidad de intereses entre quienes hacen las políticas de salud, los proveedores y los pacientes.<sup>18</sup> No se puede asumir que estos tres “grupos” tengan intereses unificadores. Existen diferenciaciones críticas de poder entre ellos que deben ser desagregados para poder discernir y explicar la multiplicidad de relaciones de responsabilidad que hay. Aparecen preguntas importantes como ¿Cuáles son las responsabilidades de los profesionales y trabajadores de la salud de primera línea? ¿De quiénes son ellos responsables? ¿Ante quiénes son ellos responsables? ¿Los mecanismos de responsabilidad privilegian a ciertos usuarios de los servicios?

Mientras que la responsabilidad social y los mecanismos de queja individuales son intervenciones frecuentes “del lado de la demanda”, nuevas leyes, políticas, y mecanismos de cumplimiento de objetivos a menudo son los puntos de entrada para las intervenciones del “lado de la oferta”. Los cambios en estos dominios pueden promover la responsabilidad pero no deberían ser las únicas esferas de intervención. Hay muchas evaluaciones de programa y estudios de caso que recitan la muy usada queja de una brecha entre las políticas y la práctica, aunque es raro que brinden una crítica lo suficientemente política al problema.

De hecho, suelen ser las normas- más que las políticas y los procedimientos- las que modelan de manera decisiva el comportamiento individual y la cultura organizativa. Puede ser que las políticas modelen las normas, pero también carecen de influencia sobre valores y prácticas muy arraigadas. Puede que las normas informales sean intransigentes en parte porque

reflejan las necesidades sociales, materiales o de otro tipo, de quienes están encargados de brindar servicios públicos, como lo ha ilustrado la literatura burocrática a nivel de la calle. Por ejemplo, un estudio sobre el programa de planificación familiar basado en la comunidad, en Kenia, descubrió que los agentes comunitarios estaban motivados no solo por los objetivos del programa sino también por su deseo de obtener prestigio y respeto entre los miembros de la comunidad lo que generaba comportamientos que eran inconsistentes con los objetivos del programa.<sup>19</sup>

Otro ejemplo se da en los casos de rendición de cuentas en los que se enfatiza particularmente el monitoreo, lo que hace que el seguimiento mismo se vuelva la pauta más resaltante, como cuando en un estudio etnográfico de los servicios de salud distritales de Nepal se estableció que “era más importante hacer informes sobre los objetivos que cumplir los objetivos”.<sup>20</sup> En esencia: “vale más lo que se cuenta que lo que se hace”.<sup>21</sup>

### **Replanteándonos la rendición de cuentas: ¿La ciencia de la aplicación y la teoría de sistemas pueden hacer más efectivo el ejercicio de la rendición de cuentas?**

Se requieren otros marcos conceptuales para comprender qué es lo que realmente viene ocurriendo en los sistemas de salud para volverlos tan resistentes al tipo de cambio que se necesita para los derechos y la salud sexual y reproductiva, y para apoyar el diseño y la aplicación de mecanismos de responsabilidad que sí funcionen. La ciencia de la aplicación y la teoría de sistemas pueden ser fuentes de métodos novedosos, comenzando por una mejor comprensión de los sistemas de salud en tanto complejos sistemas adaptables, insertos en la dinámica política más amplia de las sociedades a cuyo servicio se encuentran.

La ciencia de la aplicación estudia cómo se logra introducir en un sistema de prestación de servicios las innovaciones; es decir, las nuevas ideas, estrategias, tecnologías. Esto empieza con una útil distinción entre los grados de aplicación: papel, proceso y desempeño.<sup>22</sup> La “aplicación en papel” se da cuando la innovación se codifica en políticas, como cuando se añade un nuevo anticonceptivo a la lista de medicamentos

esenciales. La “aplicación en proceso” ocurre cuando se crean los cambios de sistema necesarios para facilitar la innovación: se compra el anticonceptivo y se pone a disposición de los usuarios, se cambian los currículos, se capacita a los proveedores. La “aplicación en desempeño” ocurre cuando se logra el objetivo deseado: los pacientes pueden acceder al anticonceptivo y recibir orientación de buena calidad acerca de su empleo.

Aunque aquí la lógica es lineal, la operacionalización no se da porque la aplicación de desempeño tenga su propia dinámica en un sistema complejo y adaptable. El pensamiento sistémico, una vertiente de la teoría de sistemas, especifica tres conceptos pertinentes: contexto, resistencia a las políticas y emergencia.<sup>23,24</sup> Si bien la importancia del contexto es evidente, sorprende que este se suela definir pocas veces, y siempre en términos muy limitados. Los métodos epidemiológicos se concentraban en medir los cambios que se podían atribuir a una intervención – por ejemplo, la prueba mediante control aleatorio – y procedían controlando el contexto en vez de explicar su papel. Enfocar los determinantes sociales de la salud desencadena muchas dinámicas sociales y políticas, pero aun así se puede seguir considerando el uso de variables independientes en un modelo factorial, en vez de considerar lo que modela el funcionamiento del propio sistema de salud. Cuando adaptemos metodologías de otras disciplinas, como el análisis de economía política, la etnografía y la gestión de cambio organizacional, y las apliquemos a la experiencia de las personas en los sistemas de salud, nos será posible poner al descubierto los mecanismos del poder.<sup>25-27</sup>

La “resistencia a las políticas” es un fenómeno ampliamente difundido pero rara vez documentado en el campo de la salud. Se presenta cuando el sistema reacciona ante una intervención en una forma que neutraliza su efecto.<sup>28</sup> Un estudio realizado por el Laboratorio sobre Pobreza del MIT brinda un ejemplo excelente. Una ONG implementó un sistema de incentivos financieros para mejorar la asistencia de enfermeras que se ausentaban crónicamente del trabajo en Rayastán, India. Al comienzo, el programa fue efectivo, pero a los 18 meses de iniciarse ya las enfermeras habían encontrado una manera de cumplir con las reglas del sistema y,

sin embargo, seguir ausentándose.<sup>29</sup> La mayoría de iniciativas de salud pública con plazos breves y estrategias exhaustivas de monitoreo y evaluación pueden no detectar en absoluto la ocurrencia y los efectos de la resistencia a las políticas.

“Emergencia” es un concepto que se opone a los modelos convencionales de salud pública que intentan separar y medir cada uno de los factores causales en lugar de reconocer que el sistema completo es algo más que la suma de sus partes y no se puede desagregar en los elementos que lo constituyen.<sup>30</sup> Sostenemos que se puede lograr una mejor rendición de cuentas cuando se la considera como propiedad emergente de un sistema con múltiples relaciones de rendición de cuentas, al interior de una cultura general de transparencia, derechos, responsabilidad y solidaridad. Se requiere una perspectiva que capte la totalidad del paisaje político así como las actividades y negociaciones que se dan entre todos los actores.

La incapacidad o la renuencia a entender y lidiar con la naturaleza de estas dinámicas ha llevado a los modelos de “falla persistente en la aplicación” que vemos una y otra vez en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, así como en otros campos de la salud a nivel mundial.<sup>31</sup> Por ejemplo, el entusiasta empeño en seguir y promover (o imponer) las denominadas mejores prácticas, respaldadas con pruebas, ha llevado con frecuencia a un “mimetismo isomorfo”: países que adoptan la forma de la práctica escogida – se redactan correctamente documentos de política, se cambian los currículos, se identifican los indicadores – pero las (dis)funciones subyacentes no cambian.<sup>32</sup>

En realidad, las causas de la disfunción suelen ser complejas, pues presentan carencias de capacidad cuyo origen se remonta a la historia del colonialismo, y que luego continuaron con las iniciativas de modernización.<sup>33</sup> Las iniciativas basadas en resultados, que ponen énfasis en lograr objetivos en vez de contar insumos y que son muy populares hoy en todo el mundo en el campo de la salud, no aportan mucho a la solución de problemas relacionados con falta de capacidad, especialmente cuando los resultados que son recompensados no conocen la dinámica de poder utilizada para alcanzarlos. El programa Janani Suraksha Yojana (Maternidad sin riesgos)

de India es un ejemplo de ello. Brinda un incentivo monetario a las mujeres y a los trabajadores de salud de la comunidad si las mujeres embarazadas dan a luz en un establecimiento de salud, con muy poca preocupación en la calidad de la atención en ese servicio o en la manera cómo ese incentivo pudiera derivar en un trato abusivo u otras consecuencias “involuntarias”.<sup>34</sup>

Concentrarse en los resultados sin estudiar el proceso también resulta problemático desde la perspectiva de los derechos humanos. Los acontecimientos recientes en el campo de la mortalidad materna muestran de qué manera los enfoques basados en los derechos pueden incorporar una comprensión más profunda de la responsabilidad. En las “Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad” de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos,<sup>35</sup> en lugar de prepararse solamente como un sistema que asegure su cumplimiento, la responsabilidad se presenta como “fundamental en cada etapa del proceso” – pasa por la planificación, la asignación de recursos, “la comunicación de resultados del terreno y llega hasta la aplicación en la práctica”.<sup>35</sup>

Está claro que debemos reorientar nuestra atención. En nuestra calidad de colectivo mundial hemos invertido nuestra energía y nuestros recursos en objetivos mundiales sin tener una idea clara de lo que se necesita en las primeras líneas para que se den los cambios y se logre una aplicación de desempeño. Si no hay una estrategia clara para identificar y encarar esas dinámicas, la “responsabilidad” puede convertirse en un arma más empuñada por los poderosos, en vez de ser una herramienta para transformar las relaciones de poder.

## Conclusiones

Es necesario que haya más claridad acerca de la manera como ocurre el cambio, en particular para la gente excluida y marginada, que deben ser la preocupación principal de los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible. La experiencia nos muestra que tanto la aplicación como la responsabilidad se negocian – y lo mismo ocurre con el disfrute de los derechos y la salud sexual



y reproductiva.<sup>36</sup> Las políticas y programas que se implementan finalmente son mucho más heterogéneos que su expresión en el papel; son adaptados, trastocados y filtrados por jerarquías de poder formales e informales. El resultado es un producto negociado.<sup>18,37,38</sup> Para lograr la aplicación de desempeño es preciso anticiparse, adaptarse e intervenir directamente en este proceso de negociación. De modo similar, para lograr un sistema donde la responsabilidad sea emergente es necesario mediar entre valores en conflicto en muchos niveles y “repolitizar” el proceso.<sup>6</sup> Los conflictos de intereses no se pueden comprometer ni negociar si no se conoce a los más poderosos o si los desafíos se consideran algo exclusivamente técnico, pues con ello cualquier progreso se vuelve vulnerable a la resistencia a las políticas.

¿Qué significa esto para el trabajo de los promotores y de los implementadores? Es necesario construir la responsabilidad de abajo hacia arriba con nuevos conceptos y herramientas que ayuden a modelar el cambio. La reorientación que proponemos se basa en algunas tendencias emergentes en la salud mundial, la evaluación de programas y el desarrollo que se enfoca en la expresión del poder y enfatiza las experiencias vividas por aquellas personas cuya salud y cuyos derechos están en juego.

Por ejemplo, los métodos antropológicos como la observación participante no solo son valiosos por sí mismos, sino que se pueden combinar estratégicamente con métodos cuantitativos estándar que son utilizados en la investigación clínica.<sup>39</sup> Metodologías para el desarrollo de estrategias, como la de Andrews et al la “Adaptación Iterativa Impulsada por Problemas” se mueven desde abajo hacia arriba para considerar sistemáticamente el contexto y anticipar la resistencia a las políticas, involucrando a un amplio espectro de actores para que participen en un proceso iterativo y permanente de identificación de programas, corrección y aprendizaje.<sup>40</sup> Una evaluación realista y otros enfoques teóricos aportan un nuevo reconocimiento de la importancia del contexto, y también ayudan a esclarecer el mecanismo de cambio real, en vez de solo detectar una asociación estadística entre la exposición a una intervención y un resultado deseado.<sup>41</sup> El uso disciplinado de los marcos de trabajo de la teoría del cambio, tal como lo ha

propuesto Klugman para que haya promoción y defensa efectivas de la justicia social, asegura que se preste atención a todos los elementos esenciales de un proceso de cambio cuidadosamente construido.<sup>42</sup> Finalmente, los instructores de activistas han desarrollado modelos, como el cubo de poder de Gaventa o las tipologías del poder de VeneKlasen, para orientar a los activistas cuando tengan que decidir cómo exigirán y cómo usarán ellos mismos el poder en forma constructiva.<sup>43,44</sup>

Estas técnicas no son una respuesta sino solo herramientas sencillas para guiar al investigador, planificador, implementador o activista empeñado, en la aplicación sistemática de lo que finalmente es una opción política: poner el forcejeo con los mecanismos del poder de vuelta en el centro de la comprensión de cómo se da el cambio – y realizar el trabajo en salud pública o derechos humanos sobre esa base. No nos engañamos a nosotros mismos pretendiendo que la “participación” o “la negociación en el terreno” pueden, por sí solas, superar las diferencias de poder en primera línea; de hecho, estos procesos a veces pueden realmente engendrar y reproducir la exclusión. Pero si usamos estas herramientas con “ojos bien abiertos”, en un enfoque fundamentado que aproveche el conocimiento y la mediación de actores en el seno del sistema de salud, tendremos el potencial para generar cambios. Y el campo está abierto: si quienes influyen en los medios académicos y editoriales, en las donaciones y ayuda para el desarrollo y en el diseño de políticas y programas asumen estos puntos fundamentales, habrá espacio y apoyo para metodologías nuevas y creativas.

Esto puede significar una nueva y creativa forma de pensar sobre los parámetros clave para el seguimiento del monitoreo mundial de los próximos Objetivos de Desarrollo Sostenible. También significaría que iniciativas mundiales, como el Grupo de Expertos de Evaluación en materia de Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño que ha lanzado un llamado para que haya sistemas de salud centrados en las personas (en vez de centrarse en la intervención),<sup>45</sup> amplíen sus enfoques trascendiendo los niveles nacional y mundial para destacar las dinámicas, bien distintas, que operan en el nivel local para impedir el acceso y la equidad.

## Referencias

1. Chandler RC, Plano JC. *The Public Administration Dictionary*. 2nd ed. Santa Barbara: ABC-Clio, 1988.
2. World Bank Institute. *Social Accountability in the Public Sector: A Conceptual Discussion and Learning Module*. Washington, DC: World Bank, 2005. [http://siteresources.worldbank.org/WBI/Resources/Social\\_Accountability\\_in\\_the\\_Public\\_Sector\\_with\\_cover.pdf](http://siteresources.worldbank.org/WBI/Resources/Social_Accountability_in_the_Public_Sector_with_cover.pdf).
3. Ravindran TKS, Fonn S. Are social franchises contributing to universal access to reproductive health services in low-income countries? *Reproductive Health Matters* 2011;19(38):85-101.
4. Kruk M, Kujawski S, Mbaruku G, et al. Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: a community and facility survey. 2013 (submitted)
5. George A. Using accountability to improve reproductive health care. *Reproductive Health Matters* 2003;11(21):161-70.
6. Berer M. Repoliticising sexual and reproductive health and rights. *Reproductive Health Matters* 2011;19(38):4-10.
7. Easterly W. Democratic accountability in development: the double standard. *Social Research: An International Quarterly* 2010;77(4):1075-104.
8. Brinkerhoff DW. Accountability and health systems: toward conceptual clarity and policy relevance. *Health Policy and Planning* 2004;19(6):371-79.
9. World Bank. *Silent and Lethal: How Quiet Corruption Undermines Africa's Development Efforts*. Washington, DC: World Bank, 2010.
10. Times of India. CBI files second charge sheet in NRHM scam. 4 April 2012. [http://articles.timesofindia.indiatimes.com/2012-04-04/india/31286817\\_1\\_charge-sheetchargesheet-nrhm](http://articles.timesofindia.indiatimes.com/2012-04-04/india/31286817_1_charge-sheetchargesheet-nrhm).
11. Joshi A, Lavelle AG. Collective action around service delivery 'how social accountability can improve service delivery for poor people'. Sussex: Institute of Development Studies. [http://www.sasnet.org/documents/Resources/How%20SA%20can%20improve%20SD%20for%20Poor\\_IDS.pdf](http://www.sasnet.org/documents/Resources/How%20SA%20can%20improve%20SD%20for%20Poor_IDS.pdf).
12. Booth D. Working with the grain and swimming against the tide: barriers to uptake of research findings on governance and public services in low-income Africa. *Public Management Review* 2012;14(12):163-80.
13. Mansuri G, Rao V. *Localizing Development: Does Participation Work?* Washington, DC: World Bank, 2013.
14. Joshi A, Houtzager P. Widgets or watchdogs? *Public Management Review* 2012;14(2):145-62.
15. Holland J, Ruedin R, Scott-Villiers P, et al. Tackling the governance of socially inclusive service delivery. *Public Management Review* 2012;14(2):181-96.
16. Rocha Menocal A, Sharma B. *Joint evaluation of citizens' voice and accountability: synthesis report*. London: DFID, 2008. <http://www.odi.org.uk/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/3425.pdf>.
17. Gaventa J, McGee R. The impact of transparency and accountability initiatives. *Development Policy Review* 2013;31(s1):s3-s28.
18. Lehmann U, Gilson L. Actor interfaces and practices of power in a community health worker programme: a South African study of unintended policy outcomes. *Health Policy and Planning* 2012;28(4):358-66.
19. Kaler A, Watkins SC. Disobedient distributors: street-level bureaucrats and would-be patrons in community-based family planning programs in rural Kenya. *Studies in Family Planning* 2001;32(3):254-69.
20. Aitken JM. Voices from the inside: managing district health services in Nepal. *International Journal of Health Planning and Management* 1994;9(4):309-40.
21. Schofield J, Sausman C. *Symposium on implementing public policy: learning from theory and practice*. Public Administration 2004;82(2):235-48.
22. Fixsen DL, et al. *Implementation research: a synthesis of the literature*. FMHI Publication No.231. Tampa: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, National Implementation Research Network, 2005. <http://nirn.fpg.unc.edu/sites/nirn.fpg.unc.edu/files/resources/NIRN-MonographFull-01-2005.pdf>.
23. De Savigny D, Adams T, editors. *Systems thinking for health systems strengthening*. Geneva: Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization, 2009.

24. Paina L, Peters D. Understanding pathways for scaling up health services through the lens of complex adaptive systems. *Health Policy and Planning* 2012;27:365–73.
25. Penn-Kekana L, McPake B, Parkhurst J. Improving maternal health: getting what works to happen. *Reproductive Health Matters* 2007;15(30):28–37.
26. Erasmus E, Gilson L. How to start thinking about investigating power in the organizational settings of policy implementation. *Health Policy and Planning* 2008;23:361–68.
27. Thomas LS, Jina R, Tint KS, Fonn S. Making systems work: the hard part of improving maternal health services in South Africa. *Reproductive Health Matters* 2007;15(30):38–49.
28. Sterman JD. Learning from evidence in a complex world. *American Journal of Public Health* 2006;96(3):505–14.
29. Banerjee AV, Duflo E, Glennerster R. Putting a band-aid on a corpse: incentives for nurses in the Indian public health care system. *Journal of the European Economic Association* 2008;6(2–3):487–500.
30. O'Connell L. Program accountability as an emergent property: the role of stakeholders in a program's field. *Public Administration Review* 2005;65(1):85–93.
31. Pritchett L, Woolcock M, Andrews M. *Capability traps? The mechanisms of persistent implementation failure.* Washington, DC: Center for Global Development, 2011.
32. Freedman LP. Integrating HIV and maternal health services: will organizational culture clash sow the seeds of a new and improved implementation practice? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2011;57:S80–S82.
33. Pritchett L, Woolcock M. Solutions when the solution is the problem: arraying the disarray in development. *World Development* 2004;32(2):191–212.
34. Dasgupta J. Ten years of negotiating rights around maternal health in Uttar Pradesh, India. *BMC International Health and Human Rights* 2011;11(Suppl 3):S4.
35. United Nations High Commissioner for Human Rights. *Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality.* A/HRC/21/22. Geneva: UN General Assembly, 2012. [http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22\\_en.pdf](http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22_en.pdf).
36. Petchesky R, Judd K. *Negotiating Reproductive Rights: Women's Perspectives across Countries and Cultures.* New York: Zed Books, 1998.
37. Barrett SM. *Implementation studies: time for a revival? Personal reflections on 20 years of implementation studies.* *Public Administration* 2004;82(2):249–62.
38. George A. 'By paper and pens, you can only do so much': views about accountability and human resource management from Indian health administrators and workers. *International Journal of Health Planning and Management* 2009;24(3):205–24.
39. Messac L, Ciccarone D, Draine J, et al. The good-enough science-and-politics of anthropological collaboration with evidence-based clinical research: four ethnographic case studies. *Social Science and Medicine* 2013; Doi: 10.1016/j.socscimed.2013.04.009.
40. Andrews M, Pritchett L, Woolcock M. *Escaping capability traps through problem-driven iterative adaptation (PDIA).* Working Paper 299. Washington, DC: Center for Global Development, 2012. <http://www.cgdev.org/publication/escaping-capability-traps-throughproblem-driven-iterative-adaptation-pdia-working-paper>.
41. Pawson R, Tilley N. *Realistic Evaluation.* London: Sage, 1997.
42. Klugman B. *Effective social justice advocacy: a theory-of-change framework for assessing progress.* *Reproductive Health Matters* 2011;19(38):146–62.
43. Gaventa J. *The Powercube.* [www.powercube.net](http://www.powercube.net).
44. VeneKlasen L, Miller V. *Power and empowerment.* In: *A New Weave of Power, People & Politics: The Action Guide for Advocacy and Citizen Participation.* JASS, March 2007. <http://www.justassociates.org/en/resources/new-weave-power-people-politics-action-guideadvocacy-and-citizen-participation>.
45. *Every Woman, Every Child: Strengthening Equity and Dignity through Health.* 2nd Report of the Independent Expert Review Group on Information and Accountability for Women's and Children's Health. Geneva: WHO, 2013.