

U4 PRACTICE INSIGHT

2014: 1

(Traducción de U4 PI 2013: 2, en inglés)



Hady Fink
Investigador externo
Max-Planck-Institute

Karen Hussmann
Asesora del sector salud (U4) y
consultora independiente

Combatir la corrupción con estrategias sectoriales:

Lecciones de la estrategia anticorrupción para el sector salud de Marruecos

Los esfuerzos anticorrupción específicamente sectoriales son ampliamente recomendados, pero pocas veces implementados a nivel nacional. La Autoridad Central para la Prevención de la Corrupción de Marruecos eligió un enfoque sectorial e identificó como prioritario el sector salud. El análisis del proceso y los desafíos que enfrentó ofrecen lecciones valiosas para quien contemple estrategias similares en cualquier sector. Los enfoques específicos de sector requieren involucrar a los actores interesados desde la etapa de diseño, así como ser conscientes de la resistencia potencial de los actores afectados. Los papeles y las responsabilidades deben estar claramente definidos, tomando en cuenta la supervisión de todo el proceso de implementación.

1. Antecedentes

1.1. Enfoques sectoriales

Los enfoques sectoriales para evaluar y enfrentar la corrupción han ganado impulso entre las agencias donantes en años recientes por tres razones principales (U4, 2007 y 2010): 1) la investigación y la experiencia práctica demuestran que la corrupción se manifiesta de distinta manera en diferentes sectores—las estrategias anticorrupción necesitan tomar en cuenta los aspectos específicos del sector para enfrentar adecuadamente el problema—; 2) los enfoques de sector permiten dar prioridad a los esfuerzos en áreas que sufren problemas críticos (e.g., debido a escándalos recientes), son particularmente vulnerables, potencialmente ofrecen logros rápidos (e.g., impuestos, aduanas) o tienen importancia estratégica—frecuentemente se pone atención especial a los sectores esenciales para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU (salud, educación y agua) o que son cruciales para la economía nacional (industrias extractivas)—, y 3) pueden adaptarse de forma específica y ser más fáciles de llevar a cabo, pues los actores respectivos, usualmente el Ministerio y las agencias relacionadas con el sector, pueden asumir el control y la responsabilidad del proceso y sus resultados. En resumen, los enfoques bien diseñados que dan prioridad a sectores específicos permiten producir resultados concretos para los ciudadanos al establecer medidas de buen gobierno generales o transversales en áreas de prestación de servicios concretas y en los ministerios correspondientes. Sin embargo, para asegurar actividades sostenibles, debe tomarse en cuenta que las estrategias sectoriales deben apoyarse en y coordinarse con estrategias nacionales de combate a la corrupción.

A pesar de estas ventajas, dar prioridad estratégica a enfoques sectoriales anticorrupción es todavía más la excepción que la regla. Las agencias de prevención de la corrupción y las políticas anticorrupción frecuentemente buscan involucrar al mismo tiempo a los ministerios y las agencias públicas de distintos sectores y distintos niveles. Este curso de acción no permite aprender por medio de experiencias piloto, ni tiene en cuenta las limitaciones de recursos que enfrentan las agencias especializadas de prevención de la corrupción. Esto último es particularmente importante dada la orientación especializada requerida para encauzar, acompañar y supervisar los enfoques de sector. El desafío reside en diseñar iniciativas anticorrupción en políticas y programas sectoriales como parte de las rutinas de negocio de las instituciones sectoriales relevantes.

Los Autores:

Hady Fink es investigador externo en el Max-Planck-Institute (Human Ethology Group), en Alemania.

Karen Hussmann es consultora independiente y experta en temas anticorrupción para U4 en Colombia.

Foto: Molemaster en flickr.com

Ante este escenario, este documento explora críticamente el desarrollo de la estrategia anticorrupción para el sector salud de Marruecos. Este caso fue escogido debido a que ilustra el enfoque estratégico que adoptó el órgano nacional de prevención de la corrupción. El *Instance Central de Prévention de la Corruption* (ICPC) decidió concentrar sus recursos y su capacidad técnica en proporcionar asesoría en sectores prioritarios. La investigación presentada en este documento es el resultado de una revisión de la literatura disponible y de 26 entrevistas abiertas con personas clave realizadas en las ciudades de Rabat y Casablanca durante septiembre de 2012. Dado que este proceso cambia constantemente, pueden haber ocurrido cambios desde que la investigación fue concluida.

1.2. La corrupción y los desafíos de desarrollo en Marruecos

La corrupción es ampliamente reconocida como un problema grave en Marruecos. Los indicadores disponibles ubican al país como bastante corrupto [rather corrupt] en términos de los estándares internacionales en la materia. En el más reciente Índice de Percepción de la Corrupción (TI 2012), obtuvo 37 en una escala que va de 0 (altamente corrupto) a 100 (muy limpio), mientras los indicadores de gobernabilidad en el ámbito mundial (WBI 2011) le dieron 51 puntos en el indicador de Control de la Corrupción (0 siendo la posición más baja y 100 la más alta de todos los países). Adicionalmente, Global Integrity (2010) estimó los indicadores de integridad de Marruecos como “muy débiles”, con una calificación de 56 sobre 100, en cualquier caso mejor que la de 46 que obtuvo en 2008.

Estudios disponibles señalan algunos indicios positivos como las actividades anticorrupción promovidas por el ICPC (Global Integrity 2010), aunque la evaluación general es bastante negativa:

Marruecos desafortunadamente ostenta una de las peores calificaciones en integridad electoral del Global Integrity Report: 2010, en parte por la falta de un mecanismo formal de monitoreo electoral. Hay poca transparencia en el financiamiento de los partidos políticos, y el proceso presupuestario es opaco e inaccesible para el público, mientras las protecciones para los denunciantes son inexistentes. (Global Integrity 2010).

Congruentemente, el Estudio de Integridad Nacional (*National Integrity Study*) destaca las siguientes limitaciones (TM 2009: 1):

- *La incapacidad del sistema nacional de*

integridad para desempeñar un papel decisivo en el combate a la corrupción;

- *La debilidad intrínseca de la mayoría de los pilares;*
- *La incapacidad del poder judicial para desempeñar su papel de forma apropiada;*
- *La ausencia de reconocimiento del derecho de acceso a la información como un elemento clave que contribuye a la falta de transparencia, la carencia de rendición de cuentas y la corrupción.*

La información acerca de los niveles de corrupción experimentados refleja una situación similar. Por una parte, predomina la pequeña corrupción que asume la forma de sobornos de pequeña escala. De acuerdo con el Barómetro Global de la Corrupción (TI 2010), el 35% de los entrevistados reportaron haber pagado un soborno en los últimos 12 meses, mientras que los servidores públicos y el poder judicial son señalados como las instituciones más corruptas, con sendas calificaciones de 3.5 en una escala de 1 (nada corrupto) a 5 (extremadamente corrupto). Por otra parte, los problemas de corrupción a gran escala son severos (v. una panorámica de 2011 en TM 2012) y Marruecos fue agregado a la Grand Corruption Watch List (Lista de Observación de Corrupción a Gran Escala), una lista de países con alto riesgo de robo de recursos públicos a gran escala. Los países son incluidos en esa lista si la evidencia indica que “algunas protecciones anticorrupción clave eran tan débiles que el riesgo de robo de recursos públicos a gran escala era mayor que en otros países”. La evaluación se basa en los siguientes indicadores de riesgo: “protecciones contra conflictos de interés en el gobierno extremadamente débiles, pobre supervisión sobre grandes empresas propiedad del estado, y controles débiles o inexistentes sobre los flujos de dinero en el sistema político” (Global Integrity 2009).

Aún más, Marruecos enfrenta desafíos similares a los que experimentan otros países en desarrollo (Semlali 2010), y su sociedad se caracteriza por altos niveles de pobreza (33%) y analfabetismo (43%). El crecimiento de la población ha provocado una situación demográfica desafiante, exacerbada por la dependencia de las actividades agrícolas y la desigualdad en las condiciones de vida entre los sectores urbano y rural: sólo 43% de las unidades habitacionales rurales tienen acceso a una fuente de agua potable segura, mientras el 95% de éstas dispone de los desechos en la naturaleza. Las condiciones geográficas presentan un desafío más, con las montañas más altas de África y con un clima impredecible que incluye tanto inundaciones como sequías.

1.3 El sector salud en Marruecos y su vulnerabilidad a la corrupción

El sistema de salud de Marruecos se divide en un sector público y otro privado. Este estudio se centra en el sector público, que representa la mayor parte del sistema de salud y es manejado de forma centralizada por el Ministerio de Salud (MS). El sistema público de atención a la salud es financiado por medio tanto de fondos públicos como de gasto residencial privado, con un financiamiento público

anual equivalente al 5% del PIB o alrededor de 121 dólares estadounidenses por habitante. Del total del gasto en salud, 57% se financia por medio de gasto privado, lo que hace que el problema de desigualdad antes mencionado sea un tema serio para el sistema de atención a la salud (WHO 2009 y 2011; BAMF 2011), mientras la atención básica y las emergencias son atendidas de forma gratuita en las instituciones públicas. Bajo un nuevo sistema iniciado en 2012 (RAMED), los pobres son usualmente elegibles para obtener atención gratuita, mientras que los que se encuentran en situación financiera vulnerable deben pagar 120 dirhams marroquíes (MAD) (14 dólares estadounidenses) por familia y tratamiento, hasta un máximo de 600 MAD (70 dólares) anuales. Los pacientes que no están en situación de pobreza reciben tratamientos no básicos a precios subsidiados. El seguro médico obligatorio fue establecido para empleados públicos y privados en 2005, lo que ha sido financiado por medio de un impuesto a la nómina de 2% y 2.5% respectivamente.

El sector salud enfrenta una serie de desafíos globales a la prestación de servicios para asegurar la salud de todos los ciudadanos: 1) proveer acceso equitativo a la salud es complicado por los desafíos geográficos del país y la concentración de las instalaciones sanitarias secundarias y terciarias en Rabat y Casablanca; 2) hay una notable falta de personal médico y de apoyo calificado, puesto que de acuerdo con la OMS (WHO 2010), Marruecos es uno de 53 países en el mundo “con una escasez crítica de trabajadores del sector salud”. Además, las malas condiciones de trabajo han producido un éxodo de personal médico; 3) el manejo inadecuado de los hospitales públicos presenta un problema para la eficiencia y el uso transparente de recursos, y 4) el acceso económico a las medicinas es señalado como un problema importante (WHO 2009).

A lo largo de las dos últimas décadas, una serie de reformas han producido cambios fundamentales en el sector, incluyendo reformas hospitalarias e institucionales (1995), regionalización (1996), descentralización (1997), y varias reformas al financiamiento de la atención a la salud introduciendo, por ejemplo, el seguro médico obligatorio (desde 2002).

A pesar de las limitaciones mencionadas, debe notarse que los resultados en términos de salud y cobertura del servicio han mejorado significativamente en las últimas cinco décadas. Sin embargo, incluso en la evaluación del MS (2008), los resultados del sector salud se caracterizan por serias limitaciones en lo que respecta a mortalidad infantil y materna, diferencias regionales y cobertura, personal, y estructuras de financiamiento, organizacionales y administrativas. Esta situación general, aunada a la escasez de servicios de salud para responder a su creciente demanda fomenta, en conjunto con otros factores estructurales, políticos y sociales, la corrupción en el sector.

Hay un amplio reconocimiento público de la importancia de la corrupción en el sector salud marroquí. De acuerdo con Transparency Maroc (2001), 80% de los jefes de familia perciben como (muy) común la corrupción entre el personal de los servicios de salud. La escasez de recursos, las distorsiones en su distribución, y las irregularidades y la corrupción en los gastos de los servicios de salud

comprometen gravemente el funcionamiento del sector y su percepción por parte del público. En estas circunstancias, el acceso a tratamiento y la provisión adecuada y a tiempo de los servicios son las actividades principales detrás de la extracción de sobornos menores (pequeña corrupción). Además, los entrevistados señalaron que los casos de corrupción a gran escala, que involucran a actores como la industria farmacéutica y la élite política, ilustran la severa debilidad de la gobernabilidad del sector salud mencionada anteriormente y su impacto en la provisión de servicios (para ejemplos del sector salud en 2011, v. TM 2012, pp. 13f).

2 La estrategia anticorrupción en el sector salud

2.1 Marco de referencia: La estrategia anticorrupción nacional y el enfoque sectorial

La reciente serie de esfuerzos anticorrupción en Marruecos comenzó en 1999 con el inicio del sistema nacional anticorrupción. Tras la firma de la Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción (UNCAC) en 2003 y su ratificación en 2007, el ICPC fue establecido como la agencia nacional anticorrupción, compuesta de tres órganos: una asamblea general formada por 45 miembros provenientes de diferentes sectores sociales (incluyendo el sector

público, el privado y la sociedad civil), un comité ejecutivo, y una secretaría general. De acuerdo con su mandato de implementar un enfoque global para la prevención de la corrupción, el ICPC tiene la misión de desarrollar una estrategia que fortalezca los pilares del Sistema Nacional de Integridad.

Para lograr este fin, el ICPC optó por un enfoque sectorial. Como primer paso, identificó los sectores prioritarios de acuerdo con los siguientes criterios (ICPC 2011 c, p. 5):

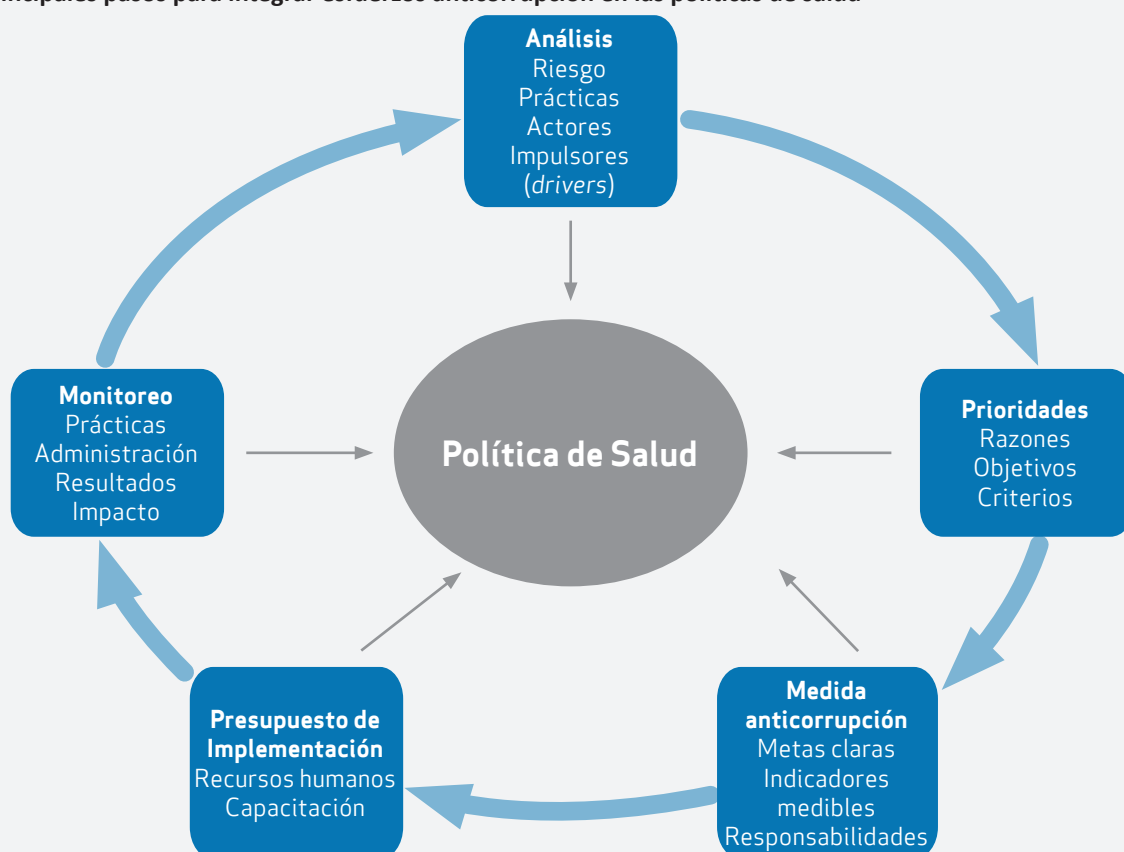
- Disposición y disponibilidad de las instituciones clave del sector;
- Reconocimiento de los riesgos de corrupción en las instituciones identificadas;
- Sectores más afectados de acuerdo con el barómetro mundial de la corrupción (2010).

Como resultado de esta evaluación, los sectores de salud, transporte, bienes raíces y educación fueron seleccionados como prioritarios.

El desarrollo de las estrategias sectoriales fue dividido en cuatro fases (ICPC 2011b):

- Evaluación de políticas y prácticas establecidas;
- Diagnóstico de frecuencia, causas y consecuencias de la corrupción;

Figura 1: Principales pasos para integrar esfuerzos anticorrupción en las políticas de salud



- Mapa de riesgos de acuerdo con su prioridad;
- Desarrollo de una estrategia sectorial, incluyendo un plan de acción.

Los planes de acción serían implementados y supervisados en cooperación con las autoridades sectoriales respectivas, e.g. el MS en el caso del sector salud. Este enfoque coincide con el marco general presentado en la Figura 1., que refleja la experiencia de Marruecos hasta el momento.

2.2 La experiencia marroquí en el sector salud

Desarrollo de la estrategia

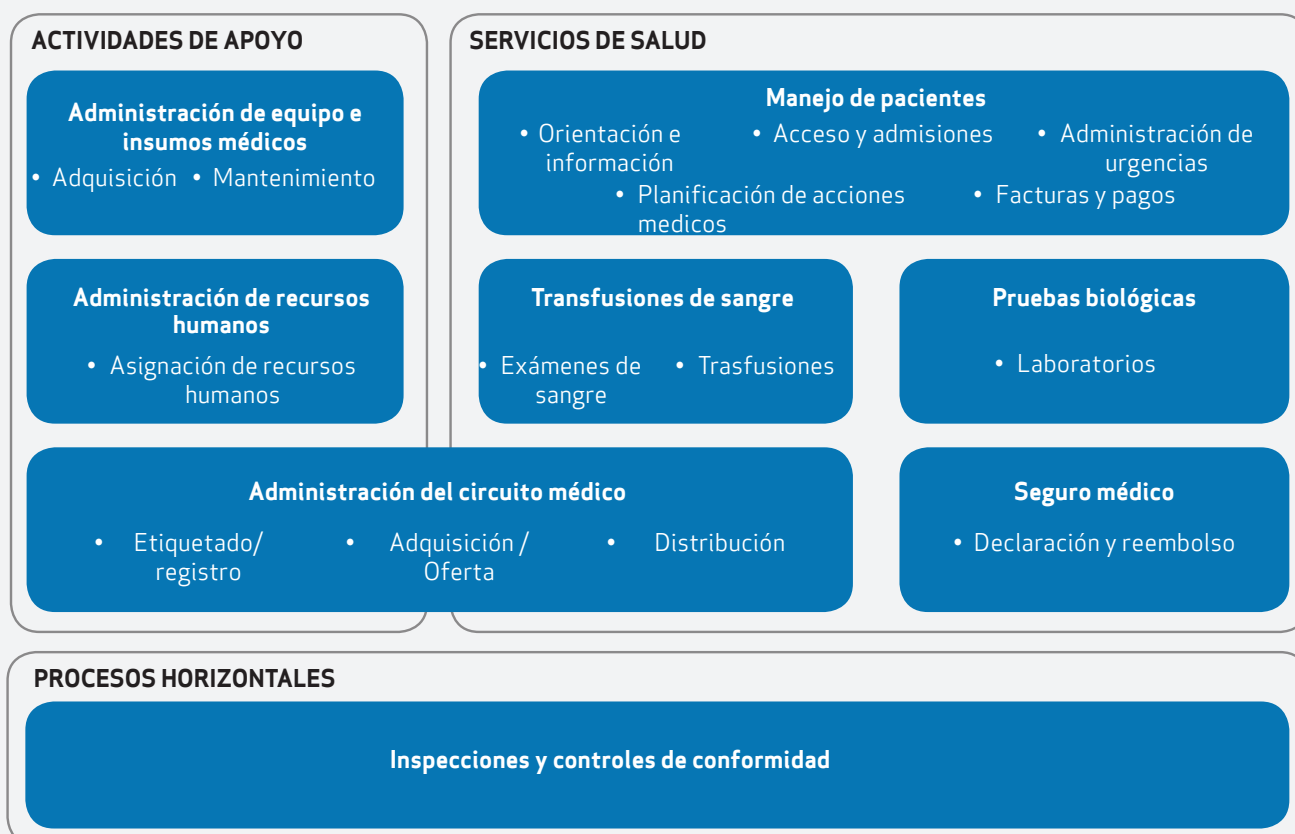
The El ICPC contrató a una consultara privada para desarrollar un plan de acción para la estrategia sectorial, como se mencionó antes. En un primer paso, se evaluaron las políticas públicas y las medidas preventivas existentes, incluyendo leyes y regulaciones para prevenir la corrupción (ICPC 2010a). En segundo lugar, los riesgos y experiencias de corrupción fueron identificados para todas las áreas administrativas y de servicios de las instituciones de salud pública. Con este fin, se recolectó información en cinco regiones distintas, 3,500 pacientes fueron entrevistados y 87 miembros del personal (médico y no médico) de hospitales públicos participaron en entrevistas y discusiones en grupos de enfoque (ICPC 2010b). La Figura 2. presenta un panorama general de los diferentes programas y actividades analizados.

Los resultados revelaron una alta incidencia de corrupción, con 30% de los entrevistados reportando que habían estado involucrados en transacciones corruptas y 75% de los casos involucrando pagos de 75 MAD (9 dólares) o menos.

Las siguientes tipologías de corrupción fueron analizadas (ICPC 2010b, pp. 26f):

- Pagos por debajo de la mesa, sobornos, regalos;
- Favoritismo, nepotismo;
- Tratamiento o facturación incorrectos (provisión excesiva de servicios o provisión de servicios sin justificación médica);
- Facturación fraudulenta (por servicios no proporcionados o facturación ficticia para pacientes inexistentes);
- Fraudes de beneficiario (sobornos por recibir servicios para los que el paciente no tiene cobertura);
- Abuso de equipo médico para fines privados;
- Robo de medicamentos de instituciones públicas y su venta para ganancia privada;
- Irregularidades en los procesos de reclutamiento, promoción y transferencia.

Figura 2: Marco de referencia para analizar la corrupción en el sector salud de Marruecos



- Bajo estas condiciones, la corrupción se puede presentar de tres formas principales en el sector salud (ICPC 2010b, p. 28):
- Sobornos al personal médico para recibir servicios públicos a los que no se tiene derecho;
- Pagos por debajo de la mesa para la provisión de servicios de salud o la administración de bienes públicos (adquisición, distribución);
- Intercambio de servicios con base en el favoritismo (con frecuencia involucrando actores externos).

En este marco, un total de 87 riesgos de corrupción fueron identificados, que se distribuyen entre las instituciones de salud de la siguiente manera: hospitales (42), centros de salud (15), administración central del MS (14), clínicas (12), centros regionales para la transfusión de sangre (2) y laboratorios privados (2).

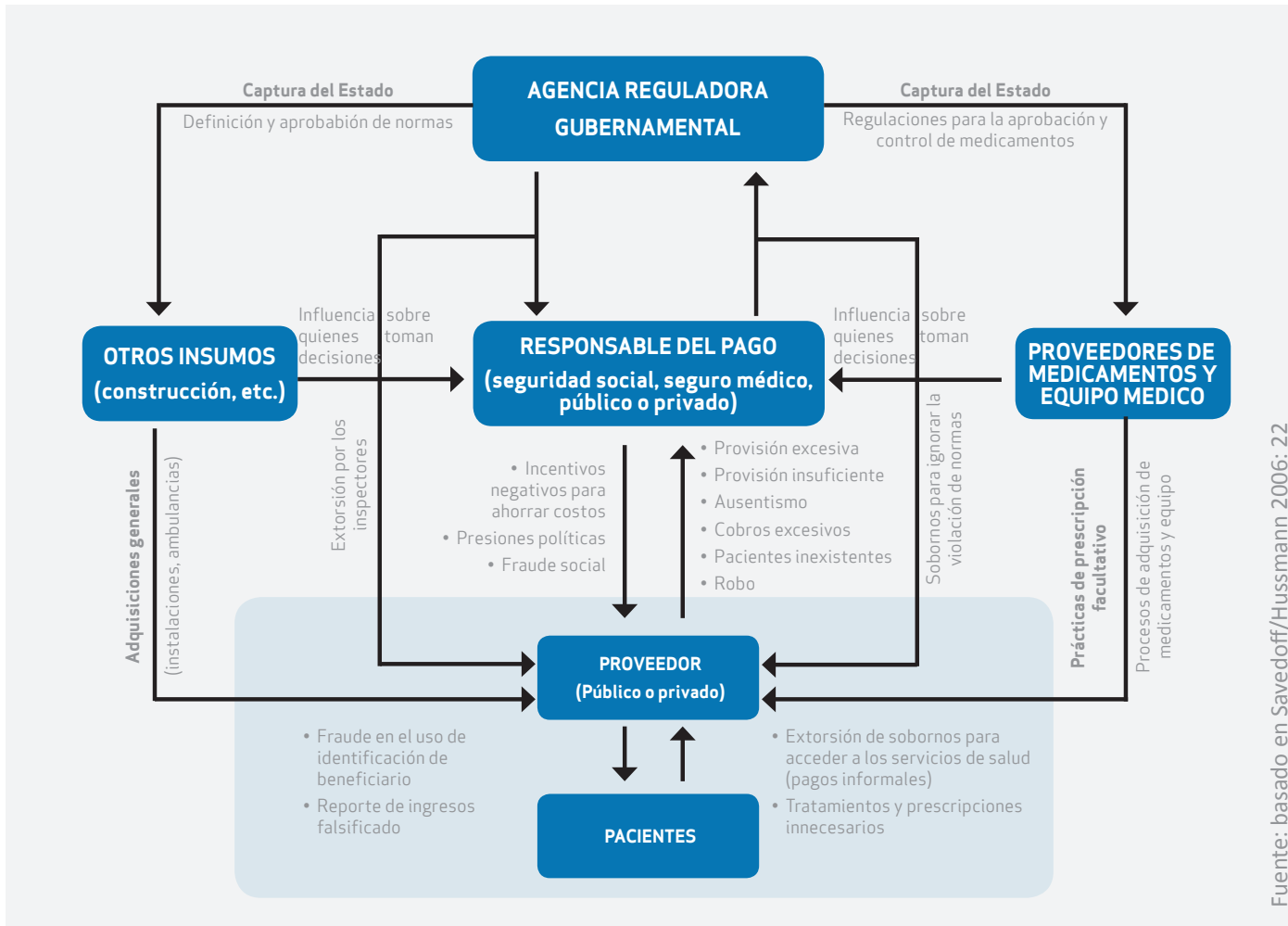
Si bien el análisis cubre algunos aspectos de la interacción entre prestadores de servicios y proveedores (la compra y administración de medicamentos y equipo médico), además de los responsables de los pagos (facturación), el énfasis recae en la corrupción en la provisión de servicios en los tipos descritos (v. Figura 3.).

En un tercer momento, se asignó prioridad a esos riesgos en dos pasos más: 1) la urgencia de cada riesgo se calculó multiplicando la probabilidad de que ocurriese por su impacto (económico, social y cultural) potencial. El proceso distribuyó los riesgos en 30 de prioridad baja, 17 de media, y 40 de alta. Y 2) la efectividad de las medidas y prácticas anticorrupción existentes para controlar el riesgo fue evaluada en una escala que incluía las categorías: fallida/inexistente, poco efectiva, requiere mejora y eficiente.

En un cuarto paso, se desarrolló una estrategia sectorial anticorrupción definida con base en los resultados anteriores. Su núcleo consistió en un plan de acción constituido por siete ejes:

1. Consolidación de valores de ciudadanía;
2. Renovación de la confianza en los servicios de salud;
3. Evolución de la administración de recursos humanos en las instituciones;
4. Adaptación del ambiente de trabajo;
5. Optimización de la administración del equipo y los insumos;
6. Administración y control de actividades;

Figura 3: Actores clave en el sistema de salud y una visión de la estrategia marroquí



7. Implementación de los factores fundamentales.
8. Un total de 55 proyectos serían implementados en el transcurso de cinco años, incluyendo medidas de monitoreo y seguimiento.

Adicionalmente, el plan estratégico de salud para el MS (2008-2012) también contenía el objetivo específico de implementar medidas para combatir la corrupción en las instituciones del sector (Ministère de la Santé 2008, 4). El objetivo central del plan es “reconciliar al ciudadano con su sistema de salud”. Por ello, una de las metas estratégicas fue la de combatir la corrupción en las instalaciones de salud, con las actividades recomendadas dirigidas específicamente a incrementar el acceso a la atención y la información. Algunas de las medidas clave fueron:

- Línea gratuita de denuncia (*hotline*), así como ventanillas especiales para presentar quejas;
- Días de puertas abiertas;
- Comités locales;
- Publicación de listas de precios y del personal a cargo de las instalaciones específicas;
- Campañas de concientización;
- Establecimiento de indicadores de desempeño e inspecciones.

Implementación

Respecto a la asignación de responsabilidades, el ICPC y el MS supervisaron por medio de un comité conjunto la primera etapa que culminó con la formulación del plan de acción. En septiembre de 2011, firmaron un acuerdo de colaboración, y en noviembre de 2011 el ICPC entregó los resultados del proceso descrito antes al MS. Es difícil evaluar el estatus actual de la implementación ya que sólo hay una pequeña cantidad de datos disponibles, aunque algunas de las medidas relevantes para el combate a la corrupción han sido implementadas—por ejemplo, la línea gratuita para denuncias, incluyendo las relacionadas con la corrupción, campañas informativas y el registro de turnos de atención por Internet o por teléfono. Sin embargo, no se puede juzgar en qué medida esto refleja la implementación del plan de acción anticorrupción o del plan estratégico de atención a la salud del MS porque hasta septiembre del 2012, los detalles, incluyendo indicadores medibles de las actividades, no estaban disponibles.

El proceso de implementación estuvo suspendido por un periodo de cerca de 10 meses, en los que el MS no impulsó activamente una implementación rigurosa o un seguimiento sistemático, cuando ambos podrían haber ayudado a identificar potenciales obstáculos o cuellos de botella en la implementación. Mientras, el ICPC alcanzó acuerdos bilaterales con el Hospital General Ibn Sina en Rabat para empezar a implementar la estrategia, como proyectos piloto, en sus 10 hospitales. Para fortalecer el proceso, existe un plan para establecer un comité conjunto entre el ICPC y el MS, pues se espera que este tipo de monitoreo conjunto institucionalizado permita que el ICPC ofrezca asistencia

técnica para asegurar la adecuada implementación de la estrategia.

3. Análisis del enfoque hasta la fecha

3.1 Marco general

Para entender mejor el caso de Marruecos y extraer lecciones aprendidas, el caso será examinado usando un marco de análisis de temas clave para enfoques sectoriales (Chêne, 2010). La discusión que sigue considera la estrategia, los factores de implementación relativos a la voluntad política, la capacidad institucional y los desafíos operativos. La evaluación y las lecciones se centran en las fases llevadas a cabo antes de septiembre de 2012.

3.2 Enfoque en la corrupción en la provisión de servicios: ¿un diseño apropiado?

Como se describió antes, la estrategia se centra principalmente en la corrupción que ocurre en la provisión de servicios de salud. Una serie de argumentos fueron presentados por el ICPC para explicar y justificar esta decisión. Primero, la pequeña corrupción en el sistema de salud marroquí presenta una frecuencia alarmante, y tiene un efecto importante en restringir el acceso a los servicios de salud. Los pacientes pobres que no tienen recursos para pagar un soborno reciben peor y más lento tratamiento, o no reciben tratamiento alguno. El reporte de un informante que contó la experiencia de un colega cuyo hijo murió en las semanas previas a la entrevista ilustra esta situación. Tras correr al hospital, el padre tuvo que pagar un soborno para lograr que examinasen a su hijo, a pesar de que su condición era tan grave que más tarde moriría en ese mismo hospital. Además de acontecimientos negativos específicos de este tipo, la existencia de pequeña corrupción generalizada exacerba la desigualdad y erosiona la confianza en el sistema. En segundo lugar, concentrarse en objetivos alcanzables puede ser una decisión razonable, ya que la aproximación “suave” escogida permite atender los procesos y prevenir actos de corrupción en el futuro, en lugar de solamente investigar y sancionar conductas ilícitas pasadas. Si las medidas adecuadas fuesen implementadas, llevarían a logros rápidos sin requerir de decisiones políticas mayores o la cooperación de otros sectores, ministerios, etc. En tercer lugar, de acuerdo con la valoración de que bajo las condiciones actuales, reformas para combatir la corrupción a gran escala tendrían pocas posibilidades de éxito, el ICPC consideró difícil forzar cambios más substantivos en el sector salud. Por ello, se espera que la decisión de adoptar un enfoque estratégico dirigido a la corrupción a pequeña escala en la provisión de servicios para generar logros rápidos y resultados tangibles sea una forma de avanzar en la atención al problema.

Por otra parte, este enfoque es susceptible a críticas, porque con un alto grado de impunidad y los considerables problemas de corrupción a gran escala, algunos desvirtúan la estrategia calificándola de incompleta o mal concebida. La

concentración en actos de corrupción del personal o de los proveedores del sector salud, en lugar de “pescar a los peces gordos”, puede producir descontento entre el público, además de que los afectados por esfuerzos anticorrupción pueden resistirse a las reformas. Esto es especialmente importante en un entorno que los informantes han caracterizado de la siguiente manera: una alta sensibilidad de los doctores y el personal médico a ser estigmatizados como corruptos; personal no médico insatisfecho con su compensación y el prestigio de su trabajo, y una sociedad civil que demanda cambio y rendición de cuentas, en particular de quienes están involucrados en la corrupción y extracción de rentas a gran escala. Además de esta situación en el sector salud, vale la pena notar que existe una crítica generalizada a que la investigación y procesamiento de casos de corrupción se ha limitado a casos de pequeña corrupción (Global Advice Network, 2011): significativamente, el documento de Transparency Maroc (2011) mencionado anteriormente lleva el título “El combate a la corrupción en 2011: Ente el prometedor discurso de las autoridades y la realidad endémica de la corrupción”.

Independientemente de qué tan justificada sea esa crítica, el descontento del público en general, la sociedad civil y los actores interesados en el sector es un elemento importante a considerar.

3.3 Un liderazgo fuerte: prerrequisito en la lucha contra la corrupción

Un compromiso creíble y un fuerte liderazgo al más alto nivel son requisitos fundamentales para que cualquier proceso de reforma conduzca a cambios duraderos. Los principales argumentos esgrimidos por los críticos para enfatizar la aparente carencia de voluntad política para enfrentar substancialmente la corrupción en el sector salud son el limitado presupuesto público para el sector salud, la falta de sanciones impuestas a casos de corrupción, el fracaso en la implementación de las medidas recomendadas por estudios anteriores y el retraso en la implementación del plan de acción propuesto en la estrategia anticorrupción del sector salud. En contraste, la supuesta importancia atribuida al tema por el Ministro de Salud actual, que ocupa el cargo desde 2012 (una de sus primeras visitas después de que tomó posesión del puesto fue al ICPC), el hecho de que el MS firmó un acuerdo de cooperación con el ICPC, el hecho de que empezó a introducir medidas y que ahora pretende implementar un plan de acción son argumentos sostenidos por los entrevistados para subrayar la determinación de las autoridades de salud pública para enfrentar el problema.

En resumen, la experiencia de Marruecos destaca la importancia de un compromiso claro y una administración proactiva del proceso por parte de los líderes políticos. Independientemente de si los retrasos en la implementación y los obstáculos encontrados son resultado de la falta de voluntad política o de otros factores que impiden el avance (como la falta de recursos, la presión política o la resistencia al cambio), la conclusión a resaltar es que es esencial emitir señales constantes y creíbles de que existe un fuerte liderazgo con el fin de conseguir y mantener el apoyo de todos los actores interesados al plan de reforma,

particularmente en el caso del personal médico y el público en general.

3.4 Capacidad institucional y control sobre el proceso: básicos para la implementación

Los impulsores del proceso de reforma necesitan tener capacidad institucional, incluyendo recursos humanos y financieros, así como asumir la responsabilidad del proceso. Con atribuciones políticas limitadas, financiamiento escaso y la consecuente falta de personal, el ICPC dispone de medios limitados para lograr un impacto substancial. Por lo tanto, y en vista de que la responsabilidad de generar resultados tangibles en la prevención de la corrupción recae en el ámbito de los ministerios sectoriales, es importante estimular que otras instituciones, como el MS, atiendan los problemas de corrupción. Como parte de este esfuerzo, el ICPC se apoya en una estrategia de cooperación, que se concentra en los riesgos de corrupción y las acciones preventivas, así como en la transparencia y la buena gobernabilidad, en lugar de la detección e investigación de prácticas de corrupción existentes. Desde que el ICPC entregó los resultados de su diagnóstico del problema y del establecimiento de prioridades en 2011, la responsabilidad de la implementación ha recaído en el MS.

La Primavera Árabe, las elecciones legislativas de finales de 2011, una nueva Constitución y un nuevo gobierno, que incluyó un nuevo ministro de Salud, han tenido un impacto substancial en la gestión del sector salud en general y consecuentemente en las condiciones para la implementación de la estrategia sectorial. Como se mencionó antes, el MS ha empezado a implementar algunas medidas, y el ICPC ha iniciado un proyecto piloto. Sin embargo, el proceso estructurado de implementación que había sido propuesto aún no ha comenzado. Aún queda por verse cómo se avanzará en este proceso con un nuevo ministro de Salud y con un comité conjunto del MS y el ICPC que institucionalizaría el papel del ICPC en la provisión de asesoría técnica y apoyo en el monitoreo de la implementación.

3.5 Asegurando el compromiso: la inclusión de los actores relevantes

Incluir a todos los actores relevantes desde una etapa temprana aumenta de forma substancial las posibilidades de diseñar un enfoque anticorrupción adecuado para un sector específico y de implementarlo de forma que tenga un impacto duradero. La composición de la Asamblea General del ICPC refleja esta preocupación, dado que sus miembros provienen de todos los sectores sociales. Sin embargo, la investigación llevada a cabo para este documento reveló una falta de conocimiento generalizado por parte de los entrevistados acerca del enfoque sectorial, sugiriendo que el enfoque podría fortalecerse con actividades complementarias—por ejemplo, sub-comités específicos al sector, talleres y otras iniciativas para incluir e informar de

forma explícita a los actores interesados del sector. Un plan de comunicación para las diferentes etapas del proyecto es una herramienta fundamental para promover sus objetivos y administrar las expectativas que produce. Incorporar a todos los actores relevantes (incluyendo sindicatos, ONGs, los proveedores de equipo médico, la industria farmacéutica, las aseguradoras privadas y públicas, y los contrapartes de desarrollo internacional desde las primeras etapas del proyecto es benéfico de dos formas distintas, pues proveen especialización técnica adicional y experiencia práctica para el diseño de las actividades, y reducen la resistencia a su implementación. El ICPC planea aumentar la participación de los actores interesados al invitarlos a un taller para presentar y discutir el plan de acción y la distribución de responsabilidades para la implementación. En particular, es fundamental que los actores involucrados hagan suyo el proyecto. Los entrevistados expresaron gran preocupación por el riesgo de que el personal médico, en especial los doctores, se opusiera a las reformas.

3.6 La integración de la estrategia: vínculos con otras reformas y sectores

Para reducir el riesgo de una estrategia aislada es importante que el enfoque sectorial anticorrupción se integre vertical y horizontalmente con otras políticas sectoriales y de gobierno existentes. Como se mencionó antes, se han implementado una serie de reformas desde 1995, que han tenido un gran impacto en el sector salud en términos de su organización, financiamiento, infraestructura y los resultados de los servicios de salud.

Adicionalmente, los esfuerzos para reducir de forma implícita la corrupción por medio de la reducción de oportunidades para la corrupción están en el corazón de las reformas de políticas públicas en Marruecos. Algunas de éstas ya han sido o están en proceso de ser implementadas, incluyendo:

- Redefinición, desconcentración, simplificación, y procesamiento electrónico de datos, en la administración;
- Transparencia y mejora ética de la vida pública;
- Modernización de la función pública, el manejo de los recursos humanos y los procesos presupuestarios.

En resumen, el sector ha sido reformado por medio de cambios profundos y se han alcanzado logros significativos en términos de infraestructura y de la calidad de los servicios disponibles para el público, así como de los resultados de los servicios de salud en el pasado reciente (Health Affairs 2007; WHO 2010a).

Aún está por verse cómo se resolverá el asunto de la integración vertical y horizontal. Debido a que su diseño está basado en una revisión del marco de políticas anticorrupción y los planes específicos para el sector del MS actuales, la integración al interior del sector (vertical) parece viable. El mayor desafío, sin embargo, sería integrar el enfoque (horizontalmente) con las reformas y procesos dirigidos a enfrentar los desafíos generales de gobernabilidad

mencionados anteriormente (impunidad, pobre supervisión presupuestal, etc.) con un enfoque especializado en la corrupción de pequeña escala en la provisión de servicios de salud.

Coordinar e integrar las actividades específicas (sectoriales) es una tarea de gran importancia para el combate a la corrupción en Marruecos (ICPC 2012), y será interesante observar cómo se resuelve este asunto durante el proceso de implementación.

3.7 Desafíos y temas pendientes: Lecciones para enfoques futuros

Es difícil extraer conclusiones claras cuando buena parte de la implementación de la estrategia está aún pendiente. Medidas específicas tomadas por el MS, un proyecto piloto bilateral ante el ICPC y un grupo de 10 hospitales en Rabat, no refleja adecuadamente los objetivos de la estrategia, a saber: un enfoque sistemático para enfrentar la corrupción. Con este objetivo, el plan de acción prevé un curso de acción estratégico con actividades jerarquizadas en orden de prioridad, incluyendo en la primera etapa proyectos para establecer administración de proyectos, indicadores, etc. Como en muchos esfuerzos para enfrentar la corrupción de manera efectiva, el desafío real recae en la implementación. La difícil tarea de avanzar un plan estratégico de esta naturaleza es que limitaría el poder de individuos o grupos, quienes a su vez resistirían los cambios. Como se describió antes, los doctores y el personal médico podrían convertirse en una preocupación de este tipo.

Para enmarcar la discusión en un contexto más amplio, puede decirse que la corrupción es un problema bien conocido en Marruecos, con los medios de comunicación cubriendo los escándalos de corrupción, varias ONGs dedicadas a su combate, y con la ratificación de la UNCAC y Marruecos siendo el país anfitrión de la Conferencia de sus Estados Partes en 2011. La Primavera Árabe y el Mouvement 20 février, junto a la nueva Constitución, parecen haber dado lugar a mayores derechos ciudadanos y propiciado la emergencia de una sociedad civil que demanda sus derechos y exige medidas contra la corrupción. En este sentido, en términos generales el cambio está ocurriendo.

4. Lecciones aprendidas y recomendaciones

El análisis del proceso de reformas propuestas ofrece una oportunidad para que otros países aprendan de esta experiencia. Esta sección resume las lecciones que hasta el momento emergen del proceso. Dado que Marruecos está en la etapa clave de implementación de su enfoque sectorial anticorrupción en los servicios de salud, el desarrollo de este proceso ofrecerá en el futuro más lecciones que aprender, incluyendo elementos de monitoreo y seguimiento. Esto proporcionará información para evaluar este proceso de forma más completa y permitirá una mejor comprensión de los enfoques sectoriales. Así, se debe dar seguimiento al caso de Marruecos conforme estos procesos se desarrollan.

4.1 Análisis y prioridades: Diseñando un enfoque estratégico anticorrupción para el sector

Situación en Marruecos

Como se explicó en la discusión anterior, la estrategia actual necesita entenderse de acuerdo a lo que realmente es: un método sistemático para enfrentar la corrupción en la provisión de servicios de salud basado en un diagnóstico exhaustivo y un plan de acción comprensivo. Debido a las razones antes descritas, dar prioridad a la provisión de servicios a los pacientes puede considerarse una opción válida para iniciar el proceso de enfrentar la corrupción en el sector salud marroquí. Sin embargo, actores relevantes y algunos riesgos de corrupción reconocidos como importantes aún no han sido atendidos, así que para enfrentar el problema de forma completa, el enfoque actual debería complementarse con una estrategia apropiada que incluya a todos los actores relevantes y todos los riesgos de corrupción, especialmente en el caso de la corrupción a gran escala.

Lecciones aprendidas

En el desarrollo de una estrategia sectorial, una posibilidad es empezar con metas alcanzables y medidas como la de enfrentar la pequeña corrupción. Las (más complejas) partes del problema, la corrupción a gran escala, pueden dejarse para un momento posterior. Sin embargo, por múltiples razones se recomienda atender desde el principio ambos tipos de problemas, al menos a nivel de análisis. En primer lugar, reconocer explícitamente el problema y sus complejidades otorgaría más credibilidad a la estrategia, fortaleciendo la confianza de los ciudadanos y reduciendo la resistencia de quienes son afectados por las reformas. Una estrategia de comunicación explícita que explique a los actores interesados, los ciudadanos y los medios de comunicación la naturaleza gradual de la estrategia es un elemento crucial para obtener el apoyo necesario. En caso contrario, es difícil responder a los argumentos de que la estrategia es sólo decorativa y que ignora aspectos fundamentales del problema.

En segundo lugar, entender el problema permite actuar estratégicamente dónde y cuándo aparezcan oportunidades. Reformas esenciales para el sector salud, como las realizadas recientemente, podrían hacerse de manera que tomen en cuenta los riesgos de corrupción. Éste es el caso respecto a la integración de los enfoques sectoriales con reformas más amplias como las que se discutieron antes. Por ejemplo, es importante que los sistemas penal y judicial estén adaptados a las necesidades de la lucha contra la corrupción para cumplir sus funciones de forma apropiada (ICPC 2010). Aún más, un análisis de la estructura de incentivos y de los riesgos de corrupción para todos los actores, que ponga atención especial a la corrupción a gran escala, ayudaría a identificar la necesidad de reformas más amplias en el sistema judicial desde la perspectiva del sector salud. De esta manera, los enfoques sectoriales pueden contribuir a asegurar que las reformas de gobernabilidad más amplias sean diseñadas de la mejor manera para alcanzar sus

objetivos. En tercer lugar, puesto que la corrupción a pequeña y a gran escala suelen reforzarse mutuamente, las medidas para enfrentar la corrupción en la relación con los pacientes requerirían adoptar un enfoque más amplio; por ejemplo, para enfrentar el nepotismo en los nombramientos y la corrupción en la adquisición de medicamentos y en la compra y administración de equipo e insumos.

4.2 Medidas anticorrupción: integrando medidas con objetivos sectoriales

Situación en Marruecos

Los resultados del estudio indican que hay dos aspectos pendientes. En primer lugar, una forma sistemática de incorporar las medidas anticorrupción dentro de las metas principales del sector beneficiaría el proceso de implementación. El enfoque sectorial anticorrupción busca complementar el plan de salud estratégico del MS, y se han identificado metas para cada uno de los 55 proyectos. La manera en que se cuantifican, se miden, se les da seguimiento y se les integra en las metas generales del sector son elementos importantes para el éxito de la estrategia que serán definidos en la implementación. En segundo lugar, logran que los actores se responsabilicen del proceso, así como la búsqueda activa del cambio por parte del personal son elementos clave para el éxito, por lo que la realización de talleres programados y otras medidas para aumentar la participación de los actores interesados son de gran importancia.

Lecciones aprendidas

La integración de estrategias sectoriales anticorrupción requiere una planificación cuidadosa a distintos niveles y que considere múltiples actores. En términos generales, es útil incluir a los actores clave desde las primeras etapas, puesto que suelen ser un recurso importante para el diseño de la estrategia y un componente esencial para su implementación efectiva. Aún más, resulta útil alinear las medidas y sus criterios de evaluación con las metas del sector a nivel de implementación. Entre otras cosas, puede aumentar el apoyo de los actores interesados puesto que no centra la atención en las conductas inapropiadas del personal y evita el riesgo de estigmatizarlo. Podría ser benéfico también integrar los proyectos anticorrupción con los indicadores para dar seguimiento a la implementación del plan estratégico de salud del MS (Ministère de la Santé 2008: 92ff). Un indicador para medir la productividad, a saber el promedio de admisiones por doctor—en conjunto con poner atención a la medición de los niveles de corrupción experimentados—podría ser usado en el seguimiento a los proyectos que se dedican a temas de admisiones (eje 6, administración y actividades de control). Recomendaciones similares para la cuantificación y el seguimiento que faciliten la integración de los proyectos anticorrupción en la estrategia del sector podrían hacerse potencialmente desde la etapa de diseño.

4.3 Implementación: asegurar la continuidad por medio del liderazgo y la apropiación por parte de los actores

Situación en Marruecos

El proceso de reforma se retrasó tras de la presentación del plan de acción, por lo que para asegurar una implementación apropiada, el seguimiento y el monitoreo necesitan institucionalizarse, incluyendo la capacidad para identificar a tiempo obstáculos y cuellos de botella potenciales. La creación de un nuevo comité entre el MS y el ICPC puede permitir una implementación estratégica que atienda de forma adecuada los desafíos políticos e institucionales. De forma aún más importante, el MS es responsable de hacer avanzar las cosas, asumiendo de manera activa la responsabilidad de la implementación, mandando señales creíbles (marcando la pauta desde el liderazgo), informando a los actores interesados y dirigiendo la implementación del plan de acción en la forma en que fue propuesto, incluyendo monitoreo cuantitativo y evaluación.

Lecciones aprendidas

Asegurar el liderazgo institucional y la apropiación del proyecto por parte de todos los actores principales es crucial. En particular, involucrar múltiples actores y hacer cambios en términos de responsabilidades institucionales en distintas etapas del ciclo de reforma conlleva riesgos predecibles. La implementación de una estrategia sectorial anticorrupción debe integrarse en la rutina diaria de las agencias del sector y vincularse con otros sectores y estrategias de reforma. Como en el ejemplo de Marruecos, deben incluirse indicadores de gestión apropiados para medir el desempeño y los objetivos alcanzados con el fin de permitir que quienes formulan las políticas puedan evaluar los resultados. Así, es posible realizar cambios, si se detecta que la estrategia no fue implementada de forma adecuada, o que el impacto de las medidas no es satisfactorio.

4.4. Consecuencias potenciales para los donantes

Finalmente, debe señalarse que los donantes no han desempeñado papel alguno en el desarrollo e implementación inicial de esta estrategia anticorrupción en el sector salud. No obstante, las lecciones discutidas anteriormente ilustran cómo los donantes, de acuerdo con su creciente interés en la promoción de enfoques sectoriales anticorrupción, pueden contribuir de cuatro formas: 1) pueden proporcionar apoyo específico. En colaboración con contrapartes del país, los donantes pueden proporcionar ejemplos y experiencias de buenas prácticas internacionales en el diagnóstico del problema y el desarrollo de respuestas adecuadas; 2) pueden contribuir a facilitar el diálogo y el compromiso de las instituciones relevantes. Experiencias de testigos sociales han mostrado en distintos contextos que el monitoreo externo es capaz de incrementar la presión sobre las instituciones para cumplir con sus compromisos y dar seguimiento a la implementación de las reformas de la manera en que han sido planeadas; 3) los donantes pueden apoyar material, tanto financiero

como con personal calificado, para promover enfoques sectoriales sistemáticos, que requieren un fuerte apoyo técnico anticorrupción en su diseño y en la etapa de implementación inicial para complementar las habilidades y capacidades de los especialistas del sector, y 4) los donantes están en una posición privilegiada para proporcionar apoyo a mecanismos de monitoreo y seguimiento rigurosos y regulares en las instituciones públicas, pero también, y quizá de forma más importante, mecanismos aplicados por actores externos, incluyendo organizaciones de la sociedad civil, organizaciones comunitarias, universidades, organizaciones profesionales, etc.

Dada su capacidad y objetivos, los donantes pueden y deben desempeñar un papel activo en promover los enfoques sectoriales anticorrupción—particularmente en vista de que muchos donantes han recomendado esta práctica desde hace algún tiempo.

Bibliografía

- BAMF (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge) (2012). Country Fact Sheet: Morocco. www.bamf.de/SharedDocs/MILO-DB/EN/Rueckkehrfoerderung/Laenderinformationen/Informationsblaetter/cfs-marokko-download-englisch.pdf?jsessionid=A6BE59AD8061FB8DF3760D490BB4D8F0.1_cid294?_blob=publicationFile
- Chêne, M. (2010). "Mainstreaming Anti-Corruption within Donor Agencies", U4 Expert Answer, Bergen, Norway. www.u4.no/publications/mainstreaming-anti-corruption-within-donor-agencies/
- Global Advice Network (2011). Business anti-corruption portal: Morocco Country Profile. www.business-anti-corruption.com/en/country-profiles/middle-east-north-africa/morocco/
- Global Integrity (2009). Global Integrity Report 2009: Key Findings. <http://report.globalintegrity.org/globalindex/findings.cfm>
- Global Integrity (2010). Global Report Morocco 2010. www.globalintegrity.org/report/Morocco/2010
- Hussmann, K. (2007). Anti-corruption policy making in practice: What can be learned for implementing Article 5 of UNCAC? Report of six country case studies: Georgia, Indonesia, Nicaragua, Pakistan, Tanzania and Zambia. U4 report 2007:1 (1st part). Bergen, Norway. www.u4.no/publications/anti-corruption-policy-making-in-practice-what-can-be-learned-for-implementing-article-5-of-uncac/downloadasset/177
- Hussmann, K. (2011). Addressing corruption in the health sector: Securing equitable access to health care for everyone. U4 Issue 2011:1. Bergen, Norway. www.cmi.no/publications/file/3934-addressing-corruption-in-the-health-sector.pdf
- ICPC (2010^a). Etude sur le phenomene de la corruption dans le secteur de la sante : Evaluation et diagnostic. Phase 1: Rapport sur l'évaluation des politiques et pratiques concernant la prévention et la lutte contre la corruption dans le secteur de la Santé. Version Provisoire.
- ICPC (2010^b). Etude sur le phenomene de la corruption dans le secteur de la sante : Evaluation et diagnostic. Phase 2: Etude des manifestations, de la fréquence et de l'intensité ainsi que des causes et des implications de la corruption dans le secteur de la Santé. Version Provisoire.
- ICPC (2011a). ICPC's sector approach to the analysis of corruption and the design of specific sector strategies. Brief description of the study about corruption in the health and transportation sectors in Morocco.
- ICPC (2011b). Etude sur le phénomène de la Corruption dans le secteur de la Santé: Evaluation et Diagnostic. Rapport de synthèse. Rabat. www.icpc.ma/wps/wcm/connect/9696e280487ecd89be94be45f50d2bf5/ICPCS_Note+de+Synth%C3%A8se+Sant%C3%A9_20110623_AE_TEF.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=9696e280487ecd89be94be45f50d2bf5
- ICPC (2011c). Le rôle de la coopération dans la lutte contre la corruption.
- ICPC (2012). Résumé du rapport 2010-2012: Instance Centrale de Prévention de la Corruption. <http://www.icpc.ma/wps/wcm/connect/48f467804d4dfb528987af3f624bc886/+R%C3%A9sum%C3%A9+fr.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=48f467804d4dfb528987af3f624bc886>
- Ministère de la Santé (2008). Plan d'action santé, 2008-2012: 'Réconcilier le citoyen avec son système de santé'. Rabat. <http://www.sante.gov.ma/INAS/pdf/Plan-action-08-12.pdf>
- Savedoff, W., y Hussmann, K. (2006). "Why are health systems prone to corruption"? In Global Corruption Report 2006, edited by Transparency International, 4-16. http://archive.transparency.org/content/download/4816/28503/file/Part%201_1_causes%20of%20corruption.pdf
- Semlali, H. (2010). Positive Practice Environments Campaign. The Morocco Country Case Study. WHO, International Council of Nurses. <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/ppemorocco/en/index.html>
- TI (Transparency International) (2010). Global Corruption Barometer 2010. http://www.transparency.de/fileadmin/pdfs/Wissen/Korruptionsindices/GCB_2010.pdf
- TI (Transparency International) (2012). Corruption Perceptions Index 2012. <http://cpi.transparency.org/cpi2012/>
- TM (Transparency Maroc) (2001). La corruption au Maroc: Synthèse des résultats des enquêtes d'intégrité. www.transparencymaroc.ma/uploads/communiqués1/19.pdf
- TM (Transparency Maroc) (2009). National Integrity System Study Overview Morocco 2009. http://files.transparency.org/content/download/272/1092/file/2009_MoroccoNISSummary_EN.pdf
- TM (Transparency Maroc) (2012). Lutte contre la corruption en 2011: Entre le discours prometteur des pouvoirs publics et la réalité d'une corruption endémique. Observatoire de la Corruption et du Développement de la Transparence au Maroc. Revue de presse 2011. http://www.transparencymaroc.ma/uploads/projets/Fr/5065_1.pdf
- WBI (World Bank Institute) (2011). Worldwide Governance Indicators. <http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.asp>
- WHO (2010). Every Woman Every Child: Access for all to skilled, motivated, and supported health workers. www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/20101007_4_skilledworkers



U4 Anti-Corruption Resource Centre
Chr. Michelsen Institute (CMI)
P.O.Box 6033
5892 Bergen, Norway
u4@u4.no

CMI CHR.
MICHELSEN
INSTITUTE