

Descentralización del sistema de salud: una oportunidad para el empoderamiento de las mujeres y la transversalización de la perspectiva de equidad de género.

Liliana La Rosa Huertas

Washington, Abril 2004.

¹ Agradeceremos sus comentarios a: lilarosa@cox.net

Índice:

	Número de página
Presentación	3
I.- Descentralización: una mirada general sobre los conceptos y procesos.	5
II.- Descentralización de los servicios de salud y equidad de género: razones, realidades y potencialidades del proceso.	9
III.- La transversalización de la equidad de género en la Descentralización del sistema de salud: igualdad de oportunidades y derechos para hombres y mujeres.	22
IV.- Empoderamiento de las mujeres: niñas, adolescentes, adultas y adultas mayores.	30
V.- Las políticas descentralizadas de salud y el empoderamiento de las mujeres: mirando casos en Perú, México y Brasil.	36
VI.- A modo de conclusiones y recomendaciones.	66
Bibliografía	72
Anexo	76

Presentación.-

Este documento da cuenta de un proceso de revisión, construcción y aplicación de conceptos básicos que consideramos se ponen en juego con los procesos de **Descentralización del Sistema de Salud, como oportunidad para el empoderamiento de las mujeres y la transversalización de la perspectiva de género en las políticas públicas del ámbito salud.**

Buscamos construir una aproximación conceptual que muestre las interacciones teóricas e instrumentales de estos procesos, las cuales aplicamos en el análisis de tres casos reales de políticas dirigidas a la población en pobreza y que tienen como protagonistas a las mujeres: El Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) de México, el Programa de Saúde da Família de Brasil y el Programa de Administración Compartida de los Servicios de Salud (CLAS) del Perú².

Nuestro objetivo es explorar las dimensiones y formas en que la descentralización del sistema de salud ayuda o puede ayudar a transversalizar la perspectiva de género en las políticas públicas y con ello, fortalecer e impulsar el empoderamiento de las mujeres y la equidad de género. Conceptuamos empoderamiento como el proceso de acumulación de capital social, humano y cultural, para el cierre de la brecha histórica instalada con relación a los hombres y para la ampliación de sus libertades a favor del ejercicio efectivo de sus derechos y deberes ciudadanos. En este marco logramos relevar algunas lecciones aprendidas, así como delinear áreas de debate, líneas para la acción de abogacía y temas de investigación y desarrollo metodológico, las cuales irá encontrando el lector a lo largo del texto, a modo de tramas conclusivas que dan inicio a nuevas interrogantes y análisis.

Organizamos el documento presentando en primer lugar los conceptos básicos de descentralización de bienes y servicios públicos y recogiendo algunas de las lecciones aprendidas señaladas por los diferentes estudios en el área. En segundo lugar desarrollamos el marco de análisis de la descentralización del sistema de servicios de salud con relación a la inequidad de género. Ubicamos el espacio de acción pública de la salud, no sólo en el sector salud, sino en el espacio de actores que constituyen el “ámbito salud”, allí donde se conforman los determinantes de la situación de salud, entre los cuales encontramos como central la **INEQUIDAD DE GENERO**. Esta opción conceptual reubica el rol de los Ministerios de Salud en el Estado y aporta nuevos insumos al debate de modernización del sector y descentralización de la producción y provisión de bienes y servicios para el cuidado, protección y promoción de la salud pública.

En este capítulo ponemos a consideración del lector nuestra forma de entender la salud como espacio de reproducción de las diferencias de todo tipo, a través de la acumulación o desacumulación de capital social, humano y cultural. Estas aproximaciones

² Tanto en el caso de México como en el de Brasil, nuestro análisis se basa en información procedente de fuentes indirectas, sin embargo, en el caso del Perú, se ha desarrollado un trabajo de campo extenso sobre el tema. Esperamos en el futuro poder ofrecer estudios de caso en profundidad.

conceptuales nos permiten constatar que son las mujeres, y en especial las mujeres pobres, las que menos capitales acumulan a lo largo del ciclo de vida, lo que reproduce la situación de inequidad históricamente instalada. Esta realidad coloca ante nosotros la tarea de hacer de las políticas de salud, un espacio de ruptura de la cadena de inequidad de género, lo cual sólo será posible si se incluye la perspectiva de género desde el diseño de las políticas, hasta la rendición de cuentas públicas.

En el capítulo cuarto, trabajamos el concepto de transversalización de la perspectiva de género en las políticas de salud y desagregamos sus dimensiones y posibilidades, incluimos una reflexión sobre las políticas públicas y la importancia del diálogo intenso entre las diferentes corrientes de la gestión pública, las de equidad de género y las de salud pública, dado que la estrategia de transversalización trae consigo una profunda vocación de cambio cultural e institucional de largo aliento que debe involucrar al conjunto de actores que toman parte en los procesos de políticas públicas.

En el capítulo quinto, presentamos el concepto y los procesos de empoderamiento de las mujeres que son condición esencial para que la descentralización del sistema de salud tenga éxito en mejorar la Equidad de Género.

Finalmente, en el capítulo VI a modo de aplicación de los conceptos y reflexiones planteadas por el documento, presentamos tres casos de políticas de salud dirigidas a la población en pobreza y pobreza extrema. Cada uno de ellos es analizado brevemente, a fin de reflexionar sobre cuáles son los avances en empoderamiento de las mujeres y las posibles “ventanas de oportunidades” existentes para transversalizar la equidad de género en estas políticas. Esto nos permite ubicar algunas lecciones aprendidas y arribar a recomendaciones para la acción pública en salud.

Este aspira a ser un documento inacabado, cuya vocación es abrir diálogo, generar argumentos y dar algunos tintes nuevos a la mirada sobre políticas para la equidad, desde las políticas realmente existentes, las que afectan a hombres y mujeres. Tiene la ambición de sumar elementos al debate que está recolocando la forma de entender la salud y los derechos de hombres y mujeres a la vida en libertad, a la ciudadanía en salud.

I.- Descentralización: una mirada general sobre los conceptos y procesos.

La Reforma del Estado, en términos sociales, ha tenido el acento en avanzar hacia un Estado subsidiario, que se caracteriza porque su acción se concentra en las funciones de financiamiento, regulación y diseño de la política social, dejando al sector privado y terciario un mayor espacio para la provisión. En este marco, se han instalado diversas iniciativas para modificar los criterios de asignación de recursos, de forma tal que los criterios de focalización del gasto público en función de la eficiencia y equidad del gasto social han adquirido una gran relevancia.

En este contexto, la descentralización se ubica como uno de los instrumentos claves de política, el cual ha tenido diferentes acentos y consideraciones. Para algunos, la descentralización es un mecanismo que ayuda a mejorar la eficiencia de los programas sociales porque permite mejorar la asignación de recursos, genera mayor disposición de los usuarios a pagar por los servicios proporcionados por el Estado, y mejora la focalización del gasto. Para otros, el acento está puesto en la democratización social y política de los países, con el objetivo que éstas generen condiciones para la gobernabilidad, dado que descentralizar permite fortalecer la planificación en espacios locales, mejorar o incluir la rendición de cuentas de los funcionarios y abrir condiciones para fomentar la participación ciudadana.

Otros, parten de una mirada integral y asumen la descentralización como un proceso gradual, que tiene objetivos económicos y políticos, que involucra transformaciones sustantivas en los ámbitos institucionales, financiero y de gestión macroeconómica, y simultáneamente modifica la distribución de poderes de los diversos actores sociales que intervienen en el proceso de provisión de servicios, incluyendo a la propia población organizada.

Existen variadas tipologías de descentralización, pero hay un cierto acuerdo conceptual que la define como: la transferencia de responsabilidades en la planificación, gestión, obtención y distribución de recursos, desde el gobierno central y sus agencias, hacia las unidades de campo de agencias del gobierno, unidades o niveles subordinados del gobierno, autoridades o corporaciones públicas semi – autónomas de mayor presencia, autoridades regionales o funcionales, u organizaciones no gubernamentales privadas y voluntarias. Con referencia a esta última categoría de instituciones, la descentralización puede ser definida también como una situación en la cual los bienes y servicios públicos son provistos por el mercado, respondiendo a las preferencias manifiestas de los individuos. En otras palabras, la privatización puede ser vista como una forma de descentralización de la producción y provisión de bienes y servicios públicos.

Niveles de descentralización.-

Según Rondinelli³, los diferentes modelos de descentralización son:

Desconcentración: transferencia de responsabilidades desde ministerios y agencias del gobierno a sus niveles subordinados, con poder limitado para la toma de decisiones.

Delegación: transferencia de responsabilidades de gestión –de ciertas funciones específicamente definidas -, a organizaciones públicas, que pueden estar situadas fuera de la estructura burocrática normal del gobierno central (corporaciones públicas, empresas privadas reguladas públicamente, autoridades de desarrollo de áreas de planificación regional, y otras), por lo general con autoridad semi independiente para ejecutar tareas.

Devolución: transferencia de responsabilidades de gestión a las unidades subnacionales de gobierno (gobiernos locales, unidades administrativas) o unidades públicas en general, la cual son claramente percibidas como entes separados en los que las autoridades centrales ejercen poco o ningún control directo, es decir, tienen autoridad independiente para ejecutar sus actividades.

Luego de la tipificación de Rondinelli se han desarrollado diversas opciones, que han tratado de precisar mejor el concepto y han generado tipologías de gran uso entre los especialistas. A continuación, damos cuenta de este debate, citando la tipología de Finot, basada en la tipología de Von Haldenwang.⁴

Descentralización administrativa.- Transferencia a espacios administrativos subnacionales, de competencias operativas para ejecutar decisiones sobre provisión y producción de bienes públicos que son adoptadas en niveles superiores. La operación de tales procesos puede estar a cargo de autoridades electas o de funcionarios designados...implica un fortalecimiento del poder central, lo que resulta conveniente para el caso de bienes que deben ser provistos centralmente, pero también puede contribuir a fortalecer los poderes locales, en la medida en que se introduzcan soluciones cooperativas para atender sus respectivos campos de acción.

Descentralización económica, definida no como privatización, sino como aprovechamiento de los mecanismos de mercado –el estímulo de la competencia – para una provisión más eficiente de bienes públicos. No se postula cambiar la propiedad de los establecimientos estatales sino incorporar capacidades actuales o potenciales de las organizaciones no gubernamentales, voluntarias u sociales, para hacer competir a todos los productores de bienes públicos –estatales y no estatales – en igualdad de condiciones.

³ Rondinelli Dennis, McCullough James, Jonson Donald. Decentralizing public services in developing countries: signs and opportunities. The Journal of Social, Political and Economic Studies, Vol. 14, N 1.

⁴ Finot Iván. Elementos para una reorientación de las políticas de descentralización y participación en América Latina. III Congreso Internacional del CLAD sobre Reforma del Estado y Administración Pública celebrado en Madrid, España (14-17 de Octubre de 1998). <http://www.clad.org.ve/rev15/Finot.html>

La idea es que el Estado asigne factores e insumos para la generación de los bienes, bajo la forma de "externalización o tercerización".

Descentralización política.- transferencia de decisiones sobre asignación para la provisión y la producción de bienes públicos a procesos democráticos subnacionales. Implica una transferencia de competencias para decidir sobre gasto público y, simultáneamente, sobre los recursos que la comunidad que ejerce este derecho aportará para cubrir ese gasto, requisito que corresponde al concepto político – jurídico de autonomía. La descentralización política, en el sentido que aquí se está definiendo, resultaría incompleta cuando se transfieren competencias para decidir autónomamente sólo sobre gasto, sin incluir el aporte local con que se financiará ese gasto. Constituye una herramienta poderosa para viabilizar la participación y la eficiencia, pero tiende a aumentar las diferenciaciones territoriales y sociales.

La descentralización es un proceso social progresivo que tiene múltiples posibilidades de expresión en la realidad. La mayor parte de experiencias de descentralización son mixtas, por tanto, combinan elementos de los diferentes tipos de descentralización mencionadas.

Cada una de las combinaciones puede ser pertinente según el tipo de bien público de que se trate y del nivel de desarrollo del Estado nacional y de los gobiernos locales en cada país. Sin embargo, es necesario avanzar a un proceso de descentralización que active los mecanismos económicos y sociales que hacen que se contribuya simultáneamente a incentivar la participación social y la eficiencia de la gestión pública.

Las grandes preguntas que los gestores públicos y políticos se hacen frente al tema versan sobre cuándo, qué y cómo descentralizar, lo que además tiene como pregunta subyacente: ¿Qué cosas no se deben centralizar?. Frente a estas preguntas hay múltiples respuestas que se basan en el debate sobre el rol del Estado, el desarrollo de las instituciones nacionales y locales, el desarrollo de la sociedad civil y de los privados. Sin embargo, hay una coincidencia amplia entre los expertos, que indica que hay roles del Estado que son necesarios cumplir en forma centralizada, como la definición de los objetivos y prioridades nacionales que marcan los lineamientos globales de política social y aseguran recursos para una adecuada implementación de la misma; asimismo, la asignación y distribución equitativa de recursos entre las áreas locales, la fiscalización y el control del uso de los mismos.

Con relación a cuándo y a través de qué mecanismos iniciar el proceso, Raczynski plantea: "Solo tiene sentido iniciar la descentralización en el ámbito social cuando el accionar público en estas materias es fuerte y centralizado: cuando el Estado asigna un monto significativo de recursos a las tareas sociales y dispone de una amplia oferta y cobertura de servicios sociales. Sólo en estas circunstancias es factible el traspaso de competencias y atribuciones al nivel regional y comunal. Si no existen estas circunstancias lo único que se consigue es "descentralizar los problemas" y hacer menos visible la ineludible responsabilidad que todo gobierno tiene en el ámbito social"⁵.

⁵ Raczynski Dagmar, Serrano Claudia. Políticas Sociales, Mujeres y Gobierno Local. CIEPLAN. Chile 1992.

A continuación presentamos una síntesis de algunas preocupaciones expresadas por expertos sobre los procesos de descentralización en la región:

- El poder político y económico puede volver a fortalecer las oligarquías locales o los poderes tradicionales regionales.
- La ejecución de nuevas responsabilidades en el nivel local, puede ser de mala calidad por la carencia de capacidad técnica.
- Si no existe inversión pública directa en fortalecer las capacidades para la participación social de la población, ésta puede ser manipulada en su capacidad de decidir y de ejercitar el control sobre la producción y provisión de los bienes y servicios públicos.
- Las experiencias de descentralización implementadas en la región muestran que existe una tendencia persistente a que los gastos locales crezcan más aceleradamente que los correspondientes ingresos.
- Los sistemas de redistribución territorial instaurados en la región, junto con la descentralización política han implicado importantes avances en términos de equidad territorial y social – en este último principalmente al aumentar la cobertura de los servicios sociales – pero no alcanzan a compensar desigualdades territoriales y sociales preexistentes.
- Las oportunidades de corrupción son mayores cuando la descentralización no alcanza a los niveles más próximos al ciudadano y más bien contribuye a potenciar nuevos centralismos^{6, 7, 8}.

El paradigma de la descentralización surge en las políticas públicas de la región como estrategia que enfrenta los desaciertos e ineficiencias del centralismo intenso de la mayor parte de gobiernos. La hipótesis es que esta estrategia impactará en la democratización social y mejorará la eficacia, eficiencia, equidad y sostenibilidad de las políticas y servicios de salud. Su implementación supone grandes retos para los procesos sociales y la participación ciudadana efectiva, así como para la Reforma Institucional del Estado.

Este proceso está involucrando gran parte de los países de la región, muchas veces como respuesta a una reivindicación de las regiones y en otros casos como decisión del gobierno central; en todas las situaciones, desafía a los diferentes actores sociales a explorar el Pareto óptimo de sus intereses, en nuestro caso, desafía nuestras capacidades para instalar mecanismos que impacten en el cierre de brechas de inequidad de género, como elemento sustantivo de todo proceso que busca la democratización social y el ejercicio de los derechos y deberes ciudadanos del conjunto de la población.

⁶ Guimaraes Luisa. Modalidades de descentralización en el sector salud y sus contribuciones a la equidad: elementos fundamentales para la formulación de un marco normativo. Organización Panamericana de la Salud. Serie Informes Técnicos N 76. Washington D.C. Septiembre 2001.

⁷ Finot, op.cit.

⁸ GTZ. Descentralización y Género. Referencias con respecto a la orientación en género. Asunción-Paraguay. Año 2003.

II.- Descentralización de los servicios de salud y equidad de género: razones, realidades y potencialidades del proceso.-

La descentralización del sistema de salud es un proceso gradual de transferencia del poder desde el nivel central a los niveles subnacionales y locales y está instalado como instrumento de las Reformas Sanitarias. Su implementación podría impactar en:

- a) **Ampliar las coberturas de promoción, prevención y cuidado de la salud**, con atención especial en las poblaciones tradicionalmente excluidas, siendo las mujeres pobres de todos los grupos generacionales las más excluidas.
- b) **Adaptar la oferta pública a las necesidades y capacidades locales**, cumpliendo los derechos y deberes ciudadanos en salud que el nivel central garantiza e incluyendo el capital cultural y humano del nivel local en el diseño de la agenda local.
- c) **Instalar procesos de rendición de cuentas públicas y mecanismos comunitarios de control social**, que impacten en mejores estándares de calidad, equidad, eficiencia, eficacia y sostenibilidad de los servicios.
- d) **Fortalecer la participación ciudadana en salud**, con inversión específica en el empoderamiento de los sectores tradicionalmente excluidos de la participación y el ejercicio ciudadano en salud, de forma tal de ampliar el capital social de la población.

Estos objetivos sólo serán posibles de lograr si se instala una interacción democrática entre el ámbito institucional – estatal y la sociedad civil. Se requiere que los actores sociales sean fuertes y estén en capacidad de interactuar entre ellos y con el gobierno local y central. Asimismo, es necesario que los líderes y autoridades sociales estén en condiciones de entender la estrategia descentralizadora como mecanismo de democratización social y de creación de valor público a través de políticas y programas nacionales y locales diseñados con la población y de acuerdo a sus intereses y expectativas.

¿Qué es crear valor público para la equidad en salud?.

Para responder a esta pregunta, es necesario dar cuenta de nuestra forma de entender la salud, pues ello nos permitirá definir cuáles son las áreas de oportunidad que abre la descentralización para avanzar en equidad, vale decir para crear valor público desde los programas y políticas.

Asumimos que la salud es un bien público meritorio porque produce grandes externalidades positivas⁹ más aún, para los salubristas es un bien público global¹⁰. Sin

⁹ Si el bien salud se dejara de proveer, los problemas sociales y económicos podrían ser catastróficos, en cambio cuando el bien se provee a un individuo, no sólo gana el individuo, sino también su familia y la sociedad toda. Pensemos por ejemplo en el SIDA, que es una pandemia que está arrasando con poblaciones enteras, sobre todo en países de Africa, poniendo en jaque, incluso la viabilidad de estos países. Si existiera

embargo, la salud en términos económicos estrictos, es un bien que puede ser ofrecido por los privados, por sus características de: 1) **exclusión en el uso**, la consulta de salud tiene un precio, los medicamentos tienen precio; por ello es posible excluir al que no puede pagar y se puede segmentar el mercado, diferenciando oferta y precios según ingresos, y 2) por la **condición de rivalidad de uso**. Vale decir que mientras una persona está siendo operada, otra no puede ser operada en la misma sala de operaciones y con el mismo personal.

Justamente por las características mencionadas, la realidad nos muestra que la provisión del bien salud es altamente inequitativa. De hecho, en nuestra región está instalado un proceso de exclusión de grandes grupos de personas, que no pueden pagar por los servicios¹¹: las personas que viven en pobreza, pobreza extrema, vulnerabilidad. En esta lista, **las más excluidas son las mujeres de toda edad: niñas, adolescentes, adultas, adultas mayores**.

En este marco, el rol del Estado es más que sustantivo, tiene el deber de asegurar la provisión adecuada de los bienes y servicios de salud a tod@s los ciudadan@s, en especial a l@s que no tienen acceso al mercado de bienes y servicios.

La salud es un derecho humano y un pre requisito para el desarrollo socio económico de nuestros pueblos; por ello, dada la situación de inequidad en salud y los serios problemas de cobertura, ineficiencia y calidad de los servicios y programas de salud, la descentralización del sistema público de salud, se presenta como un instrumento para superarlos.

Pero: ¿cómo se construye la situación de salud de una población?

La situación de salud es un producto móvil, de triple construcción social: “en primer lugar, el Estado construye la **demanda** a través de la producción de las disposiciones y preferencias individuales, generadas a través de la educación, la regulación que establece para la comunicación, la propaganda, el empleo, las intervenciones en el medio ambiente, los condicionamientos para el acceso a servicios, el tipo de campañas ambientales e intersectoriales que promueve y permite, etc.

educación sexual, servicios de orientación y consejería en salud sexual, si el acceso a condones estuviese universalizado y su uso fuese ya parte del autocuidado de la salud de toda persona sexualmente activa, no existiría este problema que involucra la salud individual, familiar, nacional y global, por tanto la provisión del bien salud y en este caso específico, del bien salud sexual, tienen altísimas externalidades positivas para tod@s.

¹⁰ Ver: Chen Lincoln, Evans Tim, Cash Richard. Health as a Global Public Good. In: Global Public Goods. International cooperation in the 21ST Century. Edite by: Kaul Inge, Grunberg Isabelle, Stern Marc. UNDP. New York, 1999. Dyna Arhin-Tenkorang and Pedro Conceicao, with a contribution by Michael Kremer. Beyond Communicable Disease Control: Health in the Age of Globalization. In: Providing Global Public Goods. Managing Globalization. UNDP. New York. Oxford University Press 2003.

¹¹ Obviamente la oferta privada no está interesada en ofrecer un bien a gente que no puede pagar.

En segundo lugar, el mismo Estado construye la **oferta** a través de sus políticas y programas públicos y sanitarios en particular¹².

En tercer lugar, finalmente los individuos y comunidades, desde su cultura, experiencias, condiciones de vida, nivel de información y sus capacidades de presión pública, interactúan con los mensajes sociales que quieren determinar la demanda y toman decisiones frente a la oferta de servicios.

La resultante será la situación de salud de los individuos, las familias, las comunidades, los países. Pero este proceso no es aséptico, no es neutro, el Estado a través de sus políticas, expresa las prioridades y los consensos sociales que los grupos de mayor poder han logrado que el Estado represente. Como podemos ver, en la mayor parte de nuestros países, estos grupos han logrado instalar una agenda pública que los favorece e instala y reproduce desde hace siglos relaciones de inequidad con las mayorías nacionales y en especial con las mujeres.

Los estándares de salud de nuestros países, y en especial, la situación de las mujeres de todos los grupos étnicos, muestran los resultados de las políticas y consensos sociales que históricamente han hegemonizado las decisiones públicas.

La Salud es uno de los ejes de diferenciación social y reproducción de la inequidad de Género.-

Tradicionalmente, se ha asumido que el acceso a la salud permite la acumulación de capital humano¹³, en todas las etapas de la vida. Esto ha sido demostrado con múltiples investigaciones, el acceso a servicios de promoción, prevención y cuidado de la salud marcan y reproducen las diferencias sociales y económicas entre individuos y comunidades.

La consecuencia extrema de la no-provisión de servicios de salud es sin duda más dramática que la de otros servicios públicos, puede ser la diferencia entre la vida y la muerte, entre la salud y la discapacidad, entre la salud plena y la sobrevivencia.

Las personas que viven en pobreza y exclusión tienen bajos niveles de capital humano, generalmente cuentan con pocos años de instrucción formal, muestran mayor incidencia de problemas agudos y crónicos de salud relacionados con: sus bajos niveles nutricionales, el poco acceso a agua, desagüe, limpieza pública, las condiciones de hacinamiento y fragilidad de sus viviendas; la escasa información y poco desarrollo de habilidades para el auto - cuidado, etc. De ellos, son las mujeres, las que muestran mayores tasas de expulsión del sistema escolar formal a temprana edad que los hombres, mayor incidencia de embarazos tempranos y no deseados que las mujeres no pobres. Son ellas quienes a lo largo de su vida reproductiva tienen mayor número de hijos y familias más inestables que las mujeres no pobres, tienen mayores deficiencias nutricionales que

¹² La Rosa Liliana. Políticas de Promoción de la salud y Capital Social. Fundación Ford. Lima 2002.

¹³ Reside en la persona, es su activo no transferible plenamente a otros y se refiere a la salud, las competencias laborales, la instrucción.

influyen en su calidad de vida y en la de sus hijos, así como en el acceso a trabajo o permanencia en el mismo.

Diversos estudios sobre desarrollo en la región, muestran que cuando una persona tiene mayor capital humano, tiene más poder y mayores opciones de movilidad social. Asimismo, demuestran que los hombres, incluso los más pobres, acumulan mayor capital humano a lo largo de la vida que las mujeres de su mismo grupo social, étnico y cultural.

Pero la diferenciación social que opera a través de la salud no es sólo por la acumulación de capital humano, sino también de **capital social**¹⁴ y **capital cultural**¹⁵, que constituyen dos elementos centrales sobre los que ha existido poco debate en el ámbito de las políticas de salud.

Si seguimos restringiendo el impacto de la acumulación de capitales individuales y sociales a través de la salud, a la mirada de capital humano, incluso con perspectiva de equidad de género, nos concentraremos en los paquetes de prestaciones básicas, en el debate sobre riesgo y vulnerabilidad y perderemos de vista la mirada holística de la salud, que incluye las capacidades individuales y comunitarias, así como sus posibles mecanismos de ampliación.

El bien salud, es un bien basado en la confianza, la cual se expresa en la aceptación de los servicios y de los oferentes de servicios, a quienes la población consulta y muestra sus preocupaciones, dolores, carencias, necesidades. Si la confianza se rompe, o no existe, el bien salud no se puede proveer - aunque se produzca - como sucede, por ejemplo, con el parto institucional, el cual, aún no logra ser aceptado por grandes sectores de mujeres que viven en pobreza en la región. Estas mujeres, a pesar de existir la oferta pública, siguen teniendo el parto en sus casas, o en manos de las redes de mujeres en las que sí confían y con la que se sienten conectadas a través de las relaciones de reciprocidad y confianza: su **“capital social”**.

¹⁴ Bourdieu, define el Capital social como el conjunto de los recursos movilizados (capitales financieros, pero también información) a través de una red de relaciones más o menos extensas y más o menos movilizable que procura una ventaja competitiva al asegurar rendimientos más elevados de las inversiones. Bourdieu Pierre. Las estructuras sociales de la Economía. Ediciones Manantial SRL. Buenos Aires, Argentina 2001.

La Rosa señala que si relacionamos el capital social con el campo de la gestión de la salud pública podemos especificarlo como: Las obligaciones, expectativas y la confiabilidad de las estructuras sociales de la salud (pactos establecidos entre actores, niveles de confianza o desconfianza, relaciones de reciprocidad y jerarquía en las redes), los canales de información establecidos (relaciones sociales valiosas por el acceso a información privilegiada, simetrías o asimetrías de información) y las normas y sanciones efectivas (leyes, normas sanitarias, capacidad de implementación real de la norma). En: La Rosa Liliana. Políticas de Promoción de la Salud y Capital Social. Fundación Ford. Lima, Agosto 2002.

¹⁵ Se relaciona con bienes y competencias culturales acumulables y transmisibles a través de la acción pedagógica de la familia y el sistema escolar...se incluyen tanto los recursos simbólicos como los instrumentos de apropiación de estos recursos (escritura, lectura y otras técnicas de comprensión). Este tipo de capital tiene dos expresiones básicas: El capital cultural encarnado, referido al que poseen los expertos, individuos refinados. El capital cultural institucionalizado, expresado en asociaciones e instituciones que otorgan credenciales. Bourdieu Pierre, Passeron Jean – Claude. La Reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza. Editorial LAIA. S.A. Barcelona, España, 1995.

Las redes sociales para la sobrevivencia están encabezadas por mujeres masivamente, sin embargo, la mayor parte de ellas no logran instalar sus reivindicaciones y necesidades en la agenda sanitaria, pues su rol se restringe a demandar o producir bienes y servicios para sus familias y en especial para sus niñ@s, postergando de este modo sus urgencias y repitiendo con ello el rol aprendido, en el que ellas no son sujeto de derecho, sino responsables del bienestar de otros, para lo cual deben sacrificar sus aspiraciones, deseos y necesidades básicas. Estas redes constituyen un importante capital social, porque existe confianza, reciprocidad, reglas de interacción, sanciones e incentivos, es una de las grandes capacidades sociales instaladas, que si es apoyado en su desarrollo, fortalecimiento y de - construcción de sus estereotipos sexuales, puede constituirse en un actor clave del proceso de descentralización y eje del cambio de políticas de salud para la equidad.

Existe evidencia que las campañas de información en salud tienen menor éxito que el proceso de socialización y apropiación de los “saberes en salud” que se viven a través de las figuras identificatorias, vale decir, que se aprenden a través de los líderes de las comunidades. Por ello, las acciones de promoción y prevención de la salud, no pueden, ni deben, concentrar su labor sólo en cursos de capacitación o campañas masivas de información, es necesario que trabaje a partir de los líderes de opinión local. Estos, constituyen las figuras de referencia en el imaginario de pertenencia social para sectores específicos de la población. Muchas veces moldean el comportamiento de la población, brindan información, generan redes de apoyo o sanción, son un **capital cultural encarnado**; por lo tanto son una aliado central para el cambio de modelos culturales.

En el caso de la población de adolescentes y jóvenes, por ejemplo, estos “ídolos o figuras paradigmáticas” constituyen un referente para la construcción de su identidad individual y en muchos casos, la social; la cual se expresa en formas de vestir, bailar, correr riesgos, tomar decisiones en su vida y en su salud.

Algo parecido sucede con l@s adult@s mayores, las figuras identificatorias presionan la forma en que se vive en esta etapa de la vida, puede condicionar la resignación y falta de esperanza o puede reforzar el derecho a calidad de vida y a la activa participación social. En una comunidad donde l@s adult@s mayores son confinados al “olvido” y se exige de ellos “invisibilidad social”, los problemas de salud de estos adultos serán mayores que en una comunidad en la que l@s adult@s mayores cuentan con espacios de participación, con líderes pro activ@s y reconocid@s por la comunidad y en la que exista sanción social al maltrato y subvaloración de este grupo poblacional.

Históricamente la provisión del bien salud, ha estado condicionada y acompañado por el capital cultural de nuestros pueblos. Las medicinas alternativas, sus agentes e instituciones, conviven con la medicina occidental y en muchos casos la suplen, compiten y/o la apoyan. Existen muchas investigaciones que muestran el rol sustantivo de los sistemas alternativos de salud, para sostener y apoyar la salud de las poblaciones excluidas de los servicios e insumos de salud, ejemplos como las parteras tradicionales,

los “entendidos”, hierberos, hueseros, etc., son los recursos locales inmediatos para muchos hombres y mujeres pobres; son su **“capital cultural encarnado”**.

La acumulación del capital social, humano y cultural, es un proceso de largo plazo, no se logra con una política o un programa, implica una clara decisión de instalar mecanismos de equidad para igualar las oportunidades para los hombres y mujeres, teniendo en cuenta que existen capitales (como el cultural y social) que se acumulan y transfieren en el marco familiar y comunitario. Por lo tanto, si asumimos que la salud es un espacio de ampliación de libertades, éstas sólo se logran si el Estado y las instituciones, protegen, promueven y acompañan a la población que ha sido excluida históricamente de la acumulación de capitales y hacen viable que éstas acumulen capitales individuales y colectivos.

Si ordenamos este debate en términos esquemáticos podríamos parear dos tipos de acercamientos a la salud, uno que podríamos llamar el tradicional y otro para el que la provisión de bienes y servicios de salud es una oportunidad para la ampliación de capacidades individuales y colectivas.

Salud y Desarrollo: dos perspectivas

Perspectiva tradicional	Espacio de ampliación de libertades
Definen el Estado de salud con relación a los daños y riesgos	Definen la situación de salud con relación a las capacidades y potencialidades de la población y sus diferentes niveles de acumulación de capital social, humano y cultural
La persona es asumida como paciente sin su contexto y la realidad constituye un “dato aislable”	El ciudadano es visto en su contexto, su realidad (social, cultural y humana) es el punto de partida. Subraya las relaciones de poder: diferencias en acumulación de capitales por género, etnia, nivel social.
Los voluntarios y promotores de salud son incluidos como insumos de los servicios.	Los voluntarios y promotores de la salud son incluidos en la cogestión de los servicios.
Los programas y servicios son definidos para grupos / temas específicos: malaria, tuberculosis, SIDA.	Los programas son definidos por ciclo de vida, en un continuum de prestaciones estratégicas definidas con su participación.
El problema de salud es tipificado como falta de cobertura y calidad de los servicios y falta de conocimientos y habilidades para el auto cuidado de parte de la población.	El problema de salud es tipificado como expresión de la reproducción social de las relaciones de poder-subordinación, estereotipos sexuales y exclusión.
El objetivo es mejorar el capital humano y disminuir los costos en salud y costos sociales, así como aumentar la productividad.	El objetivo es la “ampliación de libertades” en salud, garantizar el derecho a la salud para el conjunto de la población. El punto de partida son los niveles de acumulación de capitales: social, humano y cultural.

<p>Consideran central integrar la población a los servicios y programas de salud, así como elevar el nivel de conocimientos e información para el auto cuidado de la salud.</p>	<p>Sus propuestas incluyen: empoderamiento de la población para la promoción, protección y cuidado de la salud, así como para la cogestión de los servicios y la concertación de acciones para la equidad.</p>
---	--

La perspectiva de Ampliación de libertades y capacidades¹⁶, nos saca del marco sectorial y nos remite en términos de gestión de políticas de salud al ámbito salud, que esperamos graficar en el esquema siguiente:



. La descentralización nos refiere simultáneamente a los procesos de Centralización, pues sino se establecen con claridad lineamientos de política nacional, que orienten los programas públicos desde una perspectiva de “ámbito salud”, en el que la salud pública no es sólo responsabilidad del sector salud, sino que se toma conciencia de la salud como producto de la acción del Estado (de lo que permite e impide el Estado y sus políticas en interacción con l@s ciudadan@s), probablemente se descentralizará la forma tradicional de hacer salud, orientada a la prevención y atención del daño, riesgo y la enfermedad y no a la salud individual y colectiva.

Dicho esto, podemos volver al debate sobre el sentido que tiene “ampliar valor público desde el ámbito salud”, este incluye la ampliación de libertades humanas a través de la promoción de la salud, el acceso al cuidado integral, la educación, el deporte, el buen uso del tiempo libre, la salud ocupacional, la regulación y cuidado del medio ambiente, la información, protección y promoción del ejercicio de los derechos ciudadanos en todas las etapas del ciclo de vida.

Siempre es posible incidir en los procesos de política desde la situación en que estén los países. En los que ya sucedió la descentralización, es posible ayudar a repensar la salud

¹⁶ Que proviene de Sen Amartya, en su definición de desarrollo.

desde las áreas descentralizadas y si aún el proceso de descentralización no está instalado, es posible institucionalizar el concepto de “ámbito salud” y promover consensos nacionales sobre aquello en que los diversos programas del Estado deben promover y desarrollar, para arribar a mejores estándares sanitarios sobre los que el sector salud y el Estado en general deberán rendir cuentas a la ciudadanía.

Los que apuestan por la descentralización de los servicios de salud y no avanzan a repensar la descentralización del sistema de salud en el marco de las políticas públicas (sociales, económicas y de seguridad) que inciden y en muchos casos determinan la situación de salud local, regional, nacional y global, se quedarán en sus servicios, debatiendo las formas de mejorarlos internamente (agregando valor público limitado) y no abrirán el camino para establecer las políticas del “ámbito salud” que enfrentan los determinantes y que recolocan el rol del Estado en el espacio de la protección, la regulación, la transparencia en la gestión.

AMBITO SALUD: replanteando el rol del sector

Determinantes de la situación de salud:

1.-Básicas:

- Inequidad social
- Inequidad de género
- Inequidad étnico – cultural.
- Inequidad generacional.

2.- Instrumentales:

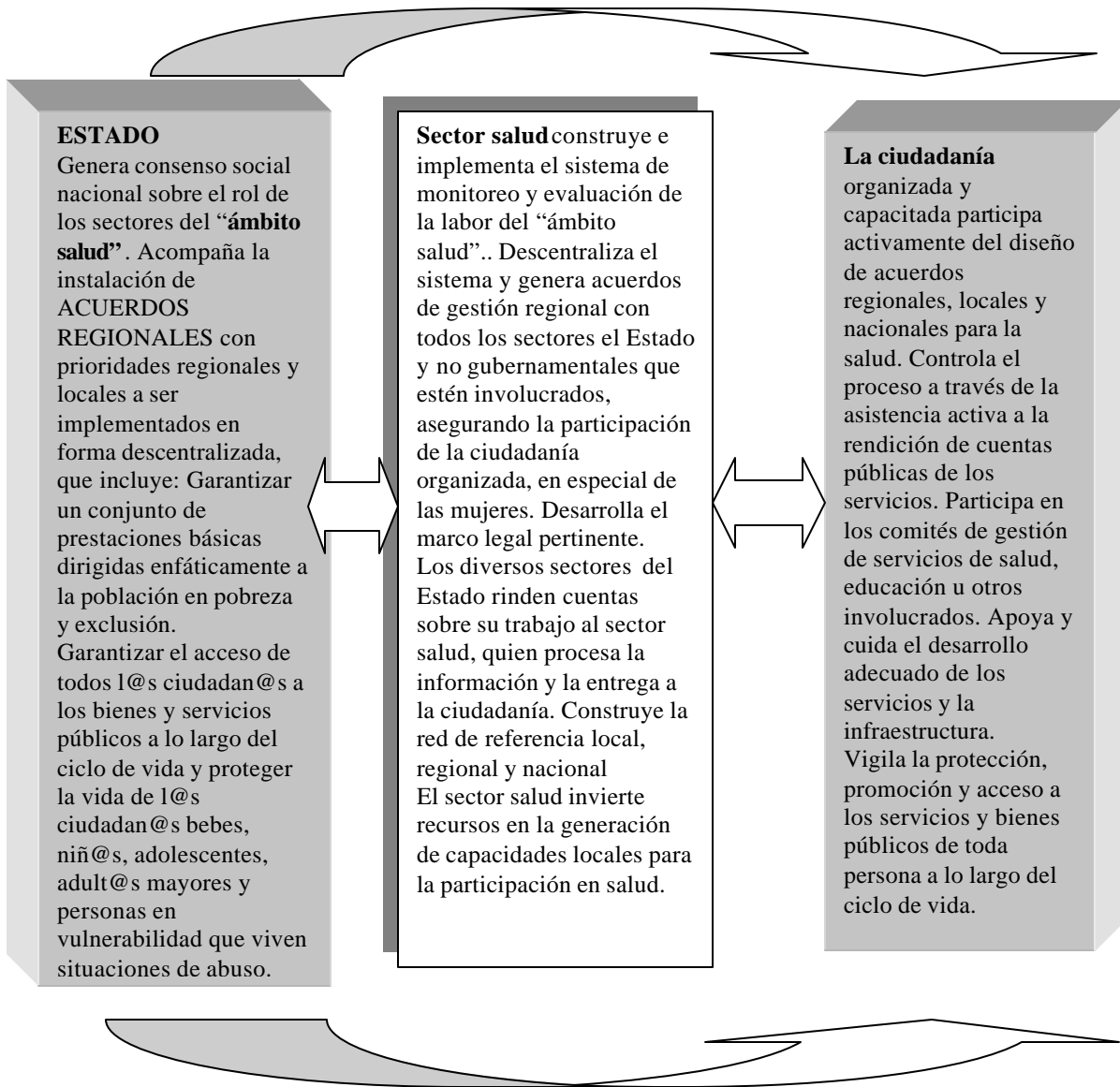
- Escasa cobertura y calidad de los servicios de salud, educación, recreación, transporte.
- Ausencia de servicios de protección social.
- Falta de regulación y protección del medio ambiente.

Sector salud: norma y asegura la provisión de bienes y servicios de cuidado, prevención y promoción de la salud. Establece el consenso público para metas sanitarias con los otros sectores del ámbito salud y las monitorea, evalúa y acompaña la rendición de cuentas en esta área a los otros sectores .

Sector educación, asegura la educación universal de la población con énfasis en habilidades para la vida, autocuidado de la salud individual y colectiva y ejercicio de deberes y derechos ciudadanos. Monitorea, evalúa y rinde cuentas en función de las metas establecidas.

Los sectores de transporte, recreación y deportes, empleo, agricultura, legislativo, medio ambiente, saneamiento, entre otros, deben asegurar la provisión de bienes y servicios públicos de forma tal de universalizar el acceso a los bienes básicos y asegurar saneamiento básico, medio ambiente saludable, oportunidades de recreación y buen uso del tiempo libre, marco legislativo que evite y sancione toda forma de discriminación de los derechos ciudadanos por género, clase social, etnia y grupo generacional. Monitorean, evalúan y rinden cuentas en función de las metas establecidas.

La forma de aproximarnos a la producción de bienes y servicios de salud y la referencia al ámbito salud, plantea una nueva relación entre Estado, Sector Salud y Ciudadanía, que podría incluir las siguientes interacciones y responsabilidades:



Cuando nos referimos al ámbito salud y evitamos la restricción al sector salud como productor de la oferta y demanda, podemos abrir la puerta grande a enfrentar los determinantes de la salud, entre ellos: **LA INEQUIDAD DE GÉNERO** y evitar quedarnos en el sitio trágico asignado al sector salud: receptor responsable de los seres humanos “no saludables”.

La INEQUIDAD DE GÉNERO un determinante de la situación de salud. -

La Salud como espacio de ampliación de libertades y capacidades, nos remite a los determinantes de la situación de salud, entre los que encontramos uno central de la que nos ocupamos en este documento y es la **INEQUIDAD DE GÉNERO**, que unida a la **INEQUIDAD SOCIAL** y **ETNICA CULTURAL**, parecen ser dos caras de una misma moneda. La moneda de la exclusión.

La **INEQUIDAD DE GÉNERO** es un determinante central de la situación de salud, que se reproduce con la cultura, no es comparable a un determinante como “ausencia de saneamiento básico”, que se puede enfrentar con la instalación de servicios de agua, desagüe y eliminación adecuada de residuos sólidos. Romper la inequidad de género en salud, implica generar un proceso social que explícitamente se comprometa e invierta recursos en ello, asumiendo que los resultados se obtendrán en el largo plazo y afectarán el conjunto de relaciones sociales y de marcadores de salud y enfermedad, así como de bienestar social.

Los datos de avance internacional en equidad de género, demuestran que sin inclusión específica de la perspectiva de equidad de género en las políticas, no se logran los objetivos enunciados. Hoy por hoy, no es extraño encontrar funcionarios públicos que sobre la base de los acuerdos internacionales y la inversión realizada en romper la exclusión de las mujeres en los servicios públicos, señalan que la mayor parte de países ya se lograron grandes avances en equidad: las mujeres van al colegio, trabajan, tienen mejor salud, e incluso –en algunos casos- tienen mayor oferta de servicios, concluyendo entonces, que ahora es responsabilidad individual de las mujeres seguir avanzando en igualdad.

Esta forma de pensar desconoce que la inequidad de género va más allá de las cifras de acceso a educación, que tiene que ver con un imaginario cultural instalado en la sociedad, que legitima y reproduce la inequidad. Más aún, este imaginario está instalado en todos los niveles sociales, pero muestra su más rudo rostro en los segmentos sociales más pobres, donde las mujeres siguen experimentando terribles formas de inequidad y dominación traducidas en violencia doméstica y sexual, embarazo no deseado y temprano, escaso acceso a información, orientación, posesión de tierras y bienes, altas barreras de entrada para el empleo, acoso sexual y limitadas oportunidades para su desarrollo humano.

La perspectiva de equidad de género nos refiere a las formas de reproducción social de la asignación de poder de una persona sobre otra sólo sobre la base del sexo con que nace. La sociedad patriarcal y machista en que vivimos, ha inscrito en el imaginario colectivo la subvaloración de las capacidades de las mujeres en todas las esferas de la vida y la sobre valoración de su capacidad reproductiva, así como el mandato de fortaleza, capacidad intelectual y el mensaje de superioridad de los hombres sobre las mujeres, en todas las esferas de la vida. Estas concepciones pretenden “naturalizar”, decir que es parte de la naturaleza humana, lo que es producto del condicionamiento y enseñanza social. Con ello, han creado un “sentido común” que enferma a la sociedad, que hace que los

hombres y mujeres no puedan desarrollar a plenitud todas sus capacidades. Uno de los pilares de la inequidad de género es la sexualidad de hombres y mujeres. La cual es condicionada socialmente para limitar su expresión humana plena.

Las dificultades de interacción humana entre hombres y mujeres y los graves problemas de salud que se vinculan a la inequidad de género, son múltiples y afectan a la integridad de la persona, sea hombre o mujer. La inequidad de género instala la esquizofrenia social, la doble moral, las relaciones de desconfianza y utilización, el rechazo a la diversidad sexual, las dificultades para el placer sexual, la dominación del hombre sobre las mujeres y sobre todo hombre que no cumpla el rol que se le asigna socialmente. Los varones son condicionados a correr riesgos, mostrar valentía, ocultar sentimientos, estar informados sobre sexo, establecer relaciones utilitarias, cumplir rol de proveedor, etc., para lograrlo, muchas veces deben perder su salud emocional e incluso física. Las mujeres, por mandato social, deben ser tiernas, débiles, pasivas, soñar con ser madres, evitar información sexual, así como el placer en sí mismo y sacrificarse por su hogar y su esposo, etc., incluso a costa de su equilibrio emocional y físico, todo ello es posible apreciar detrás de las estadísticas de Violencia Doméstica y Sexual en la región.

Lo planteado es parte del núcleo explicativo de las determinantes de salud desde la inequidad de género. Este nos permite afirmar que los embarazos tempranos y no deseados en la adolescencia, las altas tasas de enfermedades de transmisión sexual, el crecimiento acelerado y la feminización de la epidemia del SIDA, la violencia doméstica y sexual, los violentos conflictos de pareja y familiares, el alcoholismo, la discriminación y violencia contra las personas homosexuales, etc., no son básicamente problemas de individuos que se exponen a riesgos, son evidencias del malestar social, de la enfermedad social que se llama **INEQUIDAD DE GENERO**.

Algunos datos pueden graficar esta situación en forma más explícita¹⁷:

- De 192 países en el mundo, sólo 12 tienen a una mujer como jefa de Estado.
- El 70% de los 1.3 billones de pobres del mundo (los que viven con el equivalente o menos de un dólar diario), son mujeres.
- Las mujeres invierten más del doble de tiempo que los hombres en trabajos no remunerados.
- A lo largo del mundo, las mujeres ganan en promedio dos tercios de lo que ganan los hombres.
- Dos de cada tres mujeres en el tercer mundo, nunca ha ido a la escuela.

¹⁷ Organización Internacional del Trabajo. Global Employment Trends for Women 2004. Ginebra 2004.
Organización Internacional del Trabajo. El trabajo asistencial: en busca de la seguridad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. España 2003.
Organización Internacional del trabajo. Romper el techo de cristal: las mujeres en puestos de dirección – actualización 2004. Ginebra 2004.
Banco Mundial. América latina y el caribe avanza en equidad pero sigue limitando participación de la mujer en mercado laboral. Marzo 2003.

- En los países en desarrollo, casi la mitad de las mujeres solteras de más de 15 años, son madres, desnutridas, sin educación y cargan con la responsabilidad de sus hijos.
- El número de mujeres en cargos de alta dirección sólo se ha elevado entre el 1 y el 5% en los últimos cinco años en 33 países examinados.
- En el terreno de la política, el porcentaje de mujeres representantes en los parlamentos nacionales sigue siendo escaso, pasando del 13 al 15,2% entre 1999 y 2003.
- La **participación de la mujer en el mercado de trabajo** sigue siendo muy inferior a la del hombre. En Brasil, el 56 por ciento de las mujeres participa en el mercado laboral; en Chile el 44 por ciento; Colombia 56 por ciento, México 43 por ciento y Perú 55 por ciento, mientras que en todos estos países la participación de los hombres supera el 77 por ciento.
- La mujer rural enfrenta altas tasas de fertilidad, alto número de dependientes y **falta de acceso a la propiedad de la tierra**. México, por ejemplo, es el país con la mayor brecha de género en la materia, pues las mujeres sólo representan el 21 por ciento de los propietarios de tierras ejidales.
- Las políticas de empleo no toman en cuenta la necesidad de reducir las barreras que enfrentan las mujeres, especialmente las pobres, para acceder al mercado laboral, tales como incrementar el número de guarderías, disponibilidad de servicios de planificación familiar y hacer más equitativo el trabajo doméstico.
- Aunque la mortalidad materna ha disminuido en la mayoría de los países, sigue siendo el principal problema de salud de la mujer, sobre todo en Bolivia, Perú, Ecuador, El Salvador y República Dominicana. El SIDA, por su parte, se ha convertido en uno de los problemas más graves en el Caribe, donde hombres y mujeres tienen un nivel similar de infección.
- La **violencia doméstica** es un “*desafío todavía pendiente en los países de la región*”, siendo Haití el que posee la tasa más alta con 70 por ciento de la población femenina afectada.

La aceleración de los cambios en la situación de la mujer en el mundo está directamente relacionados con la instalación y desarrollo de programas y políticas que han explicitado la inversión pública en la mujer y en su inclusión social. Si bien, las políticas sociales universales, beneficiaron a hombres y mujeres y a la calidad de vida de la población en general, son las políticas con perspectiva de género, las que están haciendo la diferencia en la situación de la mujer, en especial para las mujeres en pobreza.

Existe evidencia empírica que muestra que la inversión en la mujer impacta directamente no sólo en ella sino en la calidad de vida de la familia, en especial de los niños y ancianos y este impacto es mayor que cuando se invierte en varones; esta afirmación supone que transversalizar la perspectiva de equidad Género no sólo permite al Estado cumplir con su rol de aumentar la equidad con la mitad de la población (mujeres), sino que mejora los estándares de logro de las políticas de inclusión social y desarrollo para el conjunto de la población, sin importar el sexo.

Evidenciar las necesidades de hombres y mujeres de diferentes grupos etáreos y establecer la oferta de bienes y servicios en función de sus potencialidades, capacidades y problemas, asumiendo que por ética social, justicia y eficacia pública, es urgente cerrar las brechas de inequidad entre hombres y mujeres instalada en nuestra sociedad, son pasos centrales para que la descentralización efectivamente aporte a la gobernabilidad y viabilidad de nuestros países.

La descentralización de los servicios de cuidado y promoción de la salud abre una ventana de oportunidades para renovar la forma de diseñar e implementar las políticas públicas. Su eficiencia, equidad, eficacia y sostenibilidad se juegan en la capacidad que tenga el gobierno central y los gobiernos regionales de generar estrategias de ampliación del valor público de las políticas con la propia población.

La oportunidad de transversalizar la perspectiva de género en el sistema descentralizado de salud tiene como objetivo central el cambio de la cultura organizacional y abre las puertas al diálogo y participación social en pro de la transformación de la forma de hacer políticas públicas y las formas de convivencia privada y pública de hombres y mujeres, favoreciendo toda forma de equidad de género y sancionando las formas sociales de discriminación, subvaloración, abuso y explotación. Por ello, reiterar que la **INEQUIDAD DE GENERO** es un determinante de las condiciones de salud, constituye un eje para el diseño de políticas de salud, su implementación y evaluación.

III.- La transversalización de la equidad de género en la Descentralización del sistema de salud: igualdad de oportunidades y derechos para hombres y mujeres en un marco de ciudadanía.

La observación actual revela que no es posible seguir insistiendo en el potencial impacto de la reforma sectorial para reducir las inequidades si las necesidades y condiciones específicas de hombres y mujeres no se toman en cuenta desde el inicio de su diseño, implementación, financiamiento y monitoreo.
Dra. Mirta Roses Directora de la PAHO¹⁸.

La transversalización de la perspectiva de género es una estrategia clave para enfrentar una de las caras de la moneda de la EXCLUSION. Como señala Gómez, refiriéndose a la perspectiva de género: "...las desigualdades de género se articulan con otros tipos de desigualdades sociales que afectan los riesgos y las oportunidades de asegurar la salud. Por ende, cualquier estrategia dirigida a reducir las brechas de género deberá abordar ineludiblemente las diferencias de clase, etnia y edad que influyen sobre la índole y magnitud de las inequidades de género¹⁹.

Transversalizar la perspectiva de equidad de género en el sistema de salud, es un proceso que busca que las políticas, programas, áreas de gestión y asignación presupuestaria de salud, incorporen una perspectiva de igualdad de oportunidades y derechos entre hombres y mujeres desde el diseño, la implementación, el monitoreo y la evaluación, hasta la rendición de cuentas públicas, así como en sus procedimientos, prácticas y normas internas.

De políticas universales a políticas con rostro para la equidad de Género.- haciendo caminos nuevos.

Las políticas públicas no son neutras, cuando se deja de invertir en un área es porque se está priorizando otra, si las políticas no explicitan como beneficiarios a los grupos poblacionales más excluidos, se beneficiaran los grupos poblacionales más poderosos, mejor informados, más capacitados para usar la oferta pública y con mayor habilidad y capacidad organizativa para hacer valer sus derechos. Esto es lo que ha pasado con las **Políticas Sociales Universales**, que han pretendido tratar como iguales a los que son diferentes, con ello, si bien han mejorado estándares de vida general, han aumentado las diferencias, han fortalecido la exclusión.

Si la descentralización no corrige esta forma de diseñar políticas, no se producirá ningún cambio efectivo, las políticas sociales seguirán siendo regresivas, los pobres seguirán

¹⁸ Roses Mirta. Desigualdades Ocultas. Documento incluido dentro de la Biblioteca Digital de la Iniciativa Interamericana de Capital Social, Ética y Desarrollo – www.iadb.org/etica

¹⁹ Gómez Elsa. Equidad, Género, y Reforma de las políticas de salud en América Latina y El Caribe. Organización Panamericana de la Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Washington, DC. January 2000.

pagando la cuenta de la exclusión social y los más empoderados mantendrán su poder e incluso lo reforzarán. Del mismo modo, si la descentralización no incluye un intenso proceso de transversalización de la perspectiva de género, no se producirá un cambio sustantivo en la vida de las mujeres, pues se repetirá a nivel local, lo que está instalado a nivel central.

Las políticas universales han mostrado avances sustantivos en mejorar coberturas, pero al mismo tiempo, han mostrado su fracaso para romper la exclusión social, la de género, la étnica cultural. Por ello, mientras esta forma de hacer política se mantenga, las mujeres, los indígenas, los excluidos, seguirán siendo los mismos. Es necesario hacer visibles, darles rostro, edad, sexo, etnia, condición económica a los destinatarios de las políticas públicas. Esta afirmación no es equivalente a señalar que la única opción es la focalización, son necesarias políticas para la integración y movilidad social del conjunto de la población. Nosotros nos situamos lejos del debate sobre la “filtración de los no pobres en los programas sociales”, que en muchos casos genera grandes distorsiones y termina asignando al Estado un rol básicamente compensador y protector de la extrema pobreza y subvalora su importante rol de eliminación de la pobreza y generación de desarrollo para los pobres y no pobres, para el conjunto de la ciudadanía.

En Estados con poblaciones masivamente pobres como los nuestros, el debate sobre filtración debería recolocarse y avanzar hacia un debate sobre **“beneficio social de la inversión sostenida para la movilidad de los pobres”**. Existe una gran cantidad de líderes comunitarios que viviendo en pobreza, no son pobres extremos, y ven desanimados sus esfuerzos por mejorar su comunidad y apoyar el desarrollo de los pobres extremos, cuando no reciben ningún incentivo, apoyo efectivo y reconocimiento social por su labor, lo que muchas veces los devuelve a situaciones de extrema pobreza o los mantiene frágilmente por encima de la línea de pobreza.

Las políticas públicas necesitan diferenciar el tipo de intervención que realizan, pero no pueden pretender abandonar a los que a punta de esfuerzo han logrado salir de la extrema pobreza y no encuentran opciones de movilidad social hacia arriba, no tienen acceso a becas educativas (porque no existen o porque ya no califican como pobres extremos), no pueden tener ingreso a soporte o apoyo alimentario (porque ya no califican como pobres extremos), aún cuando probablemente uno de estos apoyos podría significar la palanca que les permita sostener su frágil equilibrio y poder seguir acumulando capitales (la acumulación es un proceso largo, se da de generación en generación, requiere inversiones sostenidas en el tiempo) para salir de la pobreza.

Por ejemplo, muchos líderes comunitarios, especialmente mujeres, a partir del liderazgo han podido capacitarse, desarrollar habilidades, hacer uso de servicios públicos, cuidar mejor a sus hijos y así mismas, etc., pero dado que ya salieron de la pobreza extrema, no son elegidas para recibir ningún tipo de apoyo específico. Cuando esto sucede, estas personas no tienen el apoyo necesario para entrar en un proceso de acumulación mayor de capitales. Por ejemplo, si ella necesita invertir en una prótesis dental (que generalmente es costosa) que podría ayudarla a tener mejor salud, mayor autoestima y más opciones para conseguir empleo; pero simultáneamente, necesita comprar los

alimentos que antes recibía a través del apoyo alimentario existente con la focalización. El resultado será que no logrará ahorrar para adquirir la prótesis, por tanto, si bien mejoró sus habilidades de liderazgo y organización y eso le permitió mejorar sus condiciones de vida, mientras no encuentre mecanismos que la ayuden a seguir acumulando capitales y lograr movilidad social, tiene altas posibilidades de volver a engrosar rápidamente las filas de la pobreza, en una dinámica de entrada y salida del borde de la pobreza pues no existen políticas diferenciadas por niveles de pobreza y acumulación de capitales. De otro lado, el Estado estará perdiendo la opción de involucrar a las personas que viviendo en pobreza han logrado mayores habilidades y acumulación de capitales y que podrían convertirse en promotores del cambio en sus comunidades.

Aun cuando está poco documentado, cabe anotar que en etapas anteriores de las políticas alimentarias, cuando no estaba instalada la noción de focalización, muchas familias pobres, invirtieron su capital económico en educar a sus hijos en colegios particulares (que aseguraban mejores estándares educativos que los públicos) y compensaban sus carencias económicas para comprar alimentos, obteniéndolos en los clubes de madres. El resultado fue hijos nutridos y bien educados, que acumularon capital humano, social y cultural y pudieron romper la transmisión intergeneracional de la pobreza.

Si est@s niñ@s vivieran hoy en el marco de su familia pobre, pero no pobre extrema, sus vidas no cambiarían, pues con la focalización, no serían seleccionados como “beneficiarios” de las políticas de lucha contra la pobreza, por tanto, no habrían podido ir a la escuela particular, dado que todos los recursos de su familia habrían tenido que ser invertidos en cubrir sus necesidades básicas de alimentación. La primera reacción a estos argumentos será: el presupuesto público es escaso, por lo tanto hay que focalizar la inversión en los pobres extremos; pero si se evaluara en el largo plazo el bienestar social logrado con la inversión en procesos de acumulación de capitales para los pobres y no sólo para los pobres extremos y el costo social e individual de no invertir, probablemente podríamos abrir nuevas pistas de debate²⁰.

Dejamos planteado el tema para el debate, pues nos interesa que estos elementos estén presentes cuando discutamos la forma de hacer políticas en el marco de la descentralización del “ámbito salud”.

Del mismo modo que con la focalización, no se atiende a los pobres que frágilmente han salido de la exclusión y pobreza extrema y no se toma en cuenta el tejido social pre existente en el mundo de la pobreza; con las políticas universales no se ven las necesidades específicas de hombres y mujeres, según sus diferentes características. Por ello, es clave desarrollar políticas para la equidad de género, para visibilizar las profundas brechas que marcan con especial dureza la vida de las mujeres pobres y en extrema pobreza, desde el nacimiento hasta la muerte.

²⁰ Al respecto Canadá tiene políticas exitosas que mostrar, en las que involucrando a personas que han logrado acumular capitales y salir de la pobreza, los convierten en promotores centrales del desarrollo para poblaciones en pobreza extrema, los cuales trabajando en esta condición, logran una gran movilidad social ascendente que en muchos casos los incluye en procesos de educación formal que hace sostenible en el largo plazo la movilidad. México está ensayando políticas que diferencian a la población por nivel de pobreza, una de ellas es analizada en el presente documento.

¿Cómo transversalizamos la equidad de género en las políticas del ámbito salud?

Gender mainstreaming refers to the integration of gender concerns into policymaking and research so that policies, programs and projects reduce inequalities between women and men (World Health Organization, 1998).²¹

La Organización Panamericana de la Salud, en la nueva política de salud para todos en el siglo XXI aprobó “la incorporación de la perspectiva de género en las políticas y estrategias de salud” y enfatizó que la cooperación técnica deberá “desarrollar las capacidades para utilizar la perspectiva de género como instrumento para analizar los impactos de la globalización en el desarrollo y en las políticas estructurales, macroeconómicas y sociales, con especial énfasis en sus relaciones con la salud”²².

En las diversas escuelas de Políticas y de Gestión Pública, la inclusión de la perspectiva de género es considerada como un instrumento central para el diseño, análisis, implementación y evaluación de programas y servicios. Asimismo, se ha logrado un gran desarrollo del tema en el ámbito de los marcos legales que señalan la importancia de la discriminación positiva o acción positiva y el sistema de cuotas que fomenten la inclusión social de los sectores más excluidos de la sociedad: mujeres, indígenas, negros, entre otros.

Según García²³: “El enfoque de Género en Políticas Públicas tiene que ver y pretende dar solución y respuestas a las desigualdades que se expresan en el orden institucional y en las organizaciones, respecto a:

- a) Las asimetrías institucionalmente estructuradas que existen en el acceso a los recursos y beneficios de las instituciones y organismos públicos.
- b) Las situaciones de ventaja o desventaja de las mujeres frente a los hombres en:
b1) las estructuras y las normas, b2) las prácticas y ordenamientos, y b3) la distribución y presencia de las y los actores, en las instituciones y organizaciones.
- c) La desigualdad entre hombres y mujeres en las probabilidades de acceder en términos equivalentes a los bienes y servicios públicos que garantizan el ejercicio de los derechos ciudadanos en todos los órdenes”.

La transversalización de la perspectiva de Género, es un proceso técnico y político, dado que es una estrategia para el logro de políticas de equidad y representa un desafío a la sociedad estructurada en forma patriarcal y machista. Su instalación requiere de un largo proceso de producción conceptual y metodológica, que permita enfrentar las ideologías y actores sociales tradicionalmente instalados en la escena pública y en la toma de

²¹ Exploring Concepts of Gender and Health. Health Canada, 2003. In addition, Gender and Health: A Technical Paper. World Health Organization, 1998.

²² OPS. Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2002, 25ª. Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington D.C. Septiembre 1998.

²³ García Evangelina. Hacia la institucionalización del enfoque de género en Políticas Públicas. Fundación Friedrich Ebert. Caracas, Enero 2002.

decisiones del Estado, así como, convencer a la ciudadanía de los grandes beneficios públicos y privados que se lograrán con este proceso. Por ello, es de esperar un proceso difícil, conflictivo y de largo aliento en el escenario.

Un tema central de este proceso es establecer el diálogo entre tomadores de decisión y expertos en políticas sociales, administración pública, salubristas, movimiento de mujeres, así como especialistas en género y sistemas de salud. Todos ellos representan diversos horizontes ideológicos, organizaciones, tradiciones en la construcción del conocimiento y en la implementación de saberes. Sin embargo, todos ellos están enfrentando el reto de la interdisciplina y el consenso para la construcción de un nuevo contrato social, en el cual se eliminen todas las formas de inequidad, en específico la inequidad de género.

En términos de políticas públicas, dadas las aspiraciones de democratización social y política y de viabilidad económica de los servicios públicos, la descentralización ha sido asumida como estrategia sustantiva, pero, como suele ocurrir, estos esquemas institucionales y políticos se van desarrollando con aparente “neutralidad”, vale decir, sin perspectiva de género, pues se trabaja sobre una comunidad “**sin sexo**”, sin reproducción social de las relaciones de inequidad. Esto sucede aún cuando es mucho lo avanzado en términos de instalación de la agenda de equidad de género en el debate público, pero las herramientas e instrumentos de transversalización están aún en construcción.

A los argumentos de justicia en el cierre de brechas, es necesario sumarle el argumento instrumental de la eficiencia de las políticas cuando tienen como sujeto de derecho a las mujeres. **La acción femenina en las políticas sociales locales es sustantiva.** Las mujeres cumplen un rol central en la satisfacción de las necesidades básicas; ellas generan y activan sus organizaciones de base territorial asumiendo el rol de soporte y de canal de transmisión de los beneficios y subsidios de las políticas sociales hacia la familia. Cuando se ignora el papel femenino en la transmisión, creación y recreación de las políticas sociales se está restando efectividad a estas políticas, dado que se está perdiendo de vista a un actor estratégico. Asumir que las mujeres son intermediarias claves entre el Estado y la familia hace imprescindible que la organización de los programas y servicios consideren sus características, tiempos y condiciones de vida, así como los mecanismos adecuados para aprovechar todas las oportunidades de contacto público con ellas, para brindar información, comunicación, consulta, y capacitación, potenciando así las políticas sociales, su eficiencia, eficacia y equidad.

La incorporación de la variable género en la definición de políticas y programas descentralizados de salud incluye considerar a la mujer y al varón (en forma diferenciada) como grupo objetivo y diseñar e implementar programas específicos, que aborden problemáticas, muchas veces ignoradas. Por ejemplo, la salud sexual y reproductiva, la salud mental, la violencia intrafamiliar, la carencia de espacios de sociabilidad, comunicación y aprendizaje, las habilidades para la negociación, etc.

Es necesario asegurar la inclusión informada de las mujeres y varones de diferentes grupos étnicos, en los procesos de diseño, implementación y evaluación de las políticas,

programas y servicios de salud, así como su participación informada y activa en los procesos de rendición de cuentas públicas de los servicios. Estos procesos no aseguran por sí mismos que la oferta pública varíe y se adecue a las necesidades de la población. Para que ello suceda, es necesario que las mujeres y hombres que participen estén **empoderados**, de tal forma de tener habilidades para expresar sus necesidades, problemas y capacidades e incorporarlos a la agenda de políticas. Simultáneamente, será importante que los profesionales y directivos del sector salud, estén en capacidad de recibir las propuestas de la comunidad y plasmarlas en la agenda sanitaria, en términos de servicios, investigaciones, metodologías, acciones administrativas, etc. Finalmente, será importante que el movimiento de mujeres, los salubristas y cuanto aliado exista en el área, esté en condiciones de abogar y usar argumentos relevantes para que la asignación presupuestaria nacional y descentralizada respete y promueva la transversalización de la perspectiva de género.

En los procesos de Reforma del Sector Salud, la descentralización es una estrategia instalada que ha tomado diferentes expresiones. En algunos casos, se trata de desconcentrar y deslocalizar los núcleos administrativos y los servicios, mejorando con ello las coberturas y la calidad de los mismos, en otros casos, se han generado estrategias de tercerización y generación de cuasi mercados para la provisión, incluyendo la rendición de cuentas a la población y, en otros casos - los menos - se han generado esquemas de Cogestión de servicios de salud con participación de la comunidad organizada.

La mayor parte de procesos de Reforma Sanitaria no han explicitado el interés de transversalizar la perspectiva de género en sus programas. Sin embargo, estos procesos han incluido una paulatina atención a las diferencias por género, en tanto números, comportamientos, necesidades y riesgos. En el desarrollo de la salud pública en nuestros países, se está incluyendo la agenda de género en diferentes momentos y con diferentes ritmos:

- La paulatina transformación de los programas de planificación familiar, en programas de Salud Reproductiva, en los que se incluyen también algunos servicios de reproducción asistida y servicios para el varón.
- El proceso de cambio de programas de Salud Materno Infantil, a salud de la mujer y salud de l@s niñ@s.
- La creación de los programas de Salud del Adolescente que incluyen en su agenda el desarrollo de habilidades para la vida, la salud sexual y reproductiva, la prevención de adicciones, la prevención de la violencia intrafamiliar y sexual.
- La creación de programas de prevención y atención de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA, que han visibilizado el comportamiento de las enfermedades por género y orientaciones sexuales.

Áreas de debate e instalación de la perspectiva de equidad de género en los procesos de descentralización

La situación del sector salud y los procesos sociales que la reforma sanitaria está impulsando, nos permiten prever las siguientes áreas de debate e instalación de la transversalización de la perspectiva de género en los procesos de descentralización:

- **La oferta sanitaria:** necesita flexibilizarse y adaptarse a las necesidades y capacidades de la población, en especial de los hombres y mujeres de diferentes grupos étnicos, que viven en condiciones de pobreza y exclusión. Existe un vacío de políticas con relación al núcleo de la perspectiva de género que es la salud sexual y sus consecuencias en la salud mental y física, con todas las evidencias de violencia sexual, violencia doméstica, embarazos no deseados, displacer sexual, práctica de sexo inseguro con sus efectos en el crecimiento de la pandemia del SIDA, falta de acceso a anticoncepción moderna, etc.
- **Cultura organizacional del sector:** se verá afectada básicamente por la diversificación de actores sociales que participan en la descentralización, las nuevas responsabilidades en el desarrollo de capacidades regionales, locales y poblacionales con relación a salud pública. Se requerirá un proceso de desarrollo de habilidades y capacidades para el necesario establecimiento de relaciones simétricas y horizontales entre los profesionales de las diferentes disciplinas de la salud, y entre estos y la población, en especial la población constituida por mujeres y hombres pobres de diferentes grupos étnicos y con responsabilidades de co - gobierno.
- **Marcos conceptuales para el diseño, implementación y evaluación de políticas sanitarias:** Una de las áreas menos desarrolladas es la metodológica, por ejemplo: sabemos que la violencia es un problema serio de salud pública, pero es poco lo que sabemos sobre las mejores prácticas de detección temprana, atención específica y rehabilitación de víctimas y victimarios: la relación costo – beneficio de cada metodología y la posibilidad de generalizarlas en los sistemas de salud. El desarrollo de metodologías y políticas constituye uno de los grandes retos del momento.
- **Categorías de clasificación de riesgos y patologías, procedimientos de atención y prácticas:** Históricamente la medicina incluye una serie de definiciones conceptuales que no han ido evolucionando con la evolución social, por ejemplo: madre añosa (categoría utilizada para las mujeres embarazadas, mayores de 35 años), se sigue usando aún cuando las mujeres cada vez se casan y tienen sus hijos más tarde. Otro ejemplo, es la planificación familiar como servicio ofrecido para adolescentes, cuando en realidad l@s adolescentes que tienen ejercicio sexual, en general, no están interesados en planificar una familia, sino en explorar su sexualidad en forma placentera, por lo que la oferta de servicios que mejor puede corresponder, es la dirigida a brindar consejería, información e insumos anticonceptivos.

Los riesgos para la salud, generalmente están relacionados con el espacio individual y el ambiente y aún cuando es mucho lo avanzado en epidemiología social, todavía encontramos que en muchos casos, los médicos circunscriben los riesgos al tema clásico de la triada epidemiológica (agente, huésped y ambiente), y diseñan servicios y programas acorde con esta lógica.

- **Categorías de evaluación y sistemas de seguimiento y monitoreo:** Transversalizar de la perspectiva de género trae consigo cambios sustantivos en la oferta y la demanda, por ello, es ineludible generar nuevos estándares de evaluación e incluirlos en la producción de información y en los sistemas de seguimiento y monitoreo local, regional y nacional del sector salud.
- **Políticas de recursos humanos:** salvo contadas excepciones, el sector salud ha mantenido una forma de estructuración vertical, donde los médicos, y en especial los varones, constituyen la escala más alta en la pirámide de poder. Frente a ellos, las otras disciplinas de la salud, que están mayoritariamente compuestas por mujeres, como enfermería, obstetricia, psicología, trabajo social, han ocupado espacios de subordinación, aún cuando, en algunos casos, pueden tener mayor calificación para la labor gerencial o administrativa o para el desempeño de funciones directas con la comunidad, los médicos han mantenido para sí la última palabra. Transversalizar la perspectiva de género en el sector, pasa por renovar en profundidad las políticas de recursos humanos e incentivar la ruptura con las formas de reproducción de la inequidad de género en el sector.
- **Ética pública:** tema central relacionado al debate entre derechos individuales y funciones públicas, especialmente en lo referido a la reivindicación de objeción de conciencia que muchos profesionales están colocando para no proveer anticoncepción moderna o realizar prácticas ginecológicas legalmente establecidas como derecho ciudadano. Asimismo, en esta esfera se encuentra el “derecho de I@s pacientes”, a ser informad@s, consultad@s, atendid@s oportunamente y con adecuación cultural, etc.

Concluyendo, la transversalización de la perspectiva de Género nos plantea por lo menos dos áreas relevantes de intervención:

Empoderamiento de las mujeres, en especial de las que viven en pobreza y exclusión social, de todos los grupos etáreos; como actoras claves de la instalación de políticas de equidad; en el sentido de promover acciones específicas para fomentar su participación ciudadana informada, con voz propia y con capacidad de interlocución organizada con el Estado.

Reforma institucional del sector salud que permita repensar la oferta, los modelos de servicios, la acción y el valor público de los bienes y servicios sobre los que tiene responsabilidad directa y sobre los que debe trabajar como ente aglutinador de las políticas públicas del “ámbito salud”.

IV.- Empoderamiento de las mujeres: niñas, adolescentes, adultas y adultas mayores

**El gran desafío de nuestro tiempo es llevar a la gente desde el empobrecimiento al empoderamiento.
Uner Kirdar, Leonard Silo.**

La descentralización implica movilización y participación social, y esta no sucede por “la naturaleza humana”, las personas participamos en asuntos sociales cuando estamos en condiciones para hacerlo, nos interesa, tenemos información y encontramos un beneficio explícito o implícito. Participar implica una gran inversión pública e individual, no se da per se, tiene determinadas condiciones, la primera: el EMPODERAMIENTO.

El concepto EMPODERAMIENTO es definido por el Banco Mundial, como “la expansión de la libertad de escoger y de actuar. Significa aumentar la autoridad y el poder del individuo sobre los recursos y las decisiones que afectan su vida”²⁴.

Una persona empoderada es aquella que es reconocida como tal por el entorno, tiene autoestima, conoce sus derechos básicos y accede a información, toma decisiones, lo que implica que tiene control sobre su propia vida. Este proceso pareciera natural, que se obtiene por ensayo y error a lo largo de la niñez y adolescencia y luego se ejerce con plenitud en la juventud y adultez. Sin embargo, son millones de personas las que no tienen reconocida su condición humana, son tratados por la sociedad como –no humanos– están fuera del mercado de bienes y servicios, fuera del reconocimiento social y del respeto básico.

La miseria, la pobreza extrema aseguran una sobrevivencia en condiciones de total vulnerabilidad. Las personas que viven en estas condiciones, son excluidas de la historia de la humanidad, no tienen derechos, son aquellos que por su condición de pobreza, su pertenencia étnica cultural, su raza, su edad, su condición física, etc., no ingresan al mundo de derechos y deberes ciudadanos, no son “integrados” al mundo social. De estos millones de personas, la mayor parte son mujeres, de todas las edades.

El proceso de empoderamiento de l@s pobres, debe realizarse con especial atención a las mujeres que históricamente han sido relegadas al ámbito privado y cuya participación pública ha sido des - estimulada y postergada. En este sentido, por un principio de justicia, el empoderamiento de las mujeres, constituye una prioridad en la agenda pública, y en este caso, en la agenda de descentralización de la salud y construcción de ciudadanía activa en el ámbito local. Asegurar que los intereses de las mujeres – sean expresados por ellas mismas, en las políticas locales, bajo las figuras de bienes y servicios que “igualan oportunidades”, implica hacer un esfuerzo sustantivo por empoderarlas, de allí que esto constituye un área de inversión pública, en el marco de la tarea redistributiva del Estado: **redistribuir capacidades y bienes para ejercer ciudadanía y cogobierno.**

²⁴ Banco Mundial. s/f. www.worldbank.org/poverty/spanish/empowement/index.htm

El empoderamiento contribuye a la expansión y expresión de las capacidades de latentes en las personas, para que estén en condiciones de tomar control sobre las decisiones y acciones que afectan su vida.

Empoderar es un proceso progresivo, se logra con diferentes inversiones, en el ámbito individual, organizacional y de acceso a servicios y bienes.

Elementos claves de empoderamiento:

1. - Acceso a la información: Los ciudadanos informados están mejor equipados para aprovechar oportunidades, tener acceso a servicios, ejercer sus derechos y hacer que los actores estatales y no estatales respondan a sus intereses. Entre las áreas críticas en las que la información es sumamente importante están desempeño del Estado y del sector privado, servicios y mercados financieros, y reglas y derechos concernientes a servicios básicos. Las tecnologías de la información y las comunicaciones culturalmente adecuadas, suelen jugar un papel esencial en la ampliación del acceso a la información.

2. - Inclusión y participación: Hay que asegurar oportunidades para que la gente pobre y otros grupos excluidos participen en la toma de decisiones públicas, de forma tal que el uso de recursos públicos limitados se efectúe sobre la base del conocimiento y las prioridades locales establecidas con los ciudadanos. No obstante, sostener la inclusión y la participación informada, usualmente implica cambiar las reglas a fin de crear espacios para que la gente debata los asuntos públicos y participe en el establecimiento de prioridades, la formación del presupuesto y la entrega de servicios básicos locales y nacionales.

3. - Responsabilidad y rendición de cuentas: Los funcionarios estatales, empleados públicos y actores privados tienen que responder por sus políticas, acciones y uso de fondos en el espacio local y nacional. Las agencias gubernamentales, tanto administrativas como políticas, y las firmas tienen que tener mecanismos de responsabilidad horizontal o interna, y también tienen que ser responsables de su desempeño ante sus ciudadanos y clientes.

4. - Capacidad organizacional local: Esta hace referencia a la habilidad de la gente para trabajar organizadamente y movilizar recursos a fin de resolver problemas de interés común. Las comunidades organizadas tienen más probabilidad de conseguir que les escuchen y que atiendan sus demandas.

5. - Acceso a servicios básicos de salud, educación, justicia, transportes, vivienda, recreación.- el capital humano con que se entra a un proceso de empoderamiento es sustantivo. El estado de salud, el grado de instrucción, el acceso efectivo a recreación, a justicia, es la basal con que una persona excluida, inicia un proceso de integración a la ciudadanía. Por ello, si a los elementos anteriores, no se le agrega un efectivo acceso a bienes públicos, la persona no podrá continuar con la acumulación de capitales, que a modo de espiral hagan creíble un proceso de inclusión social.

6. - Capacidad de interacción con otros sectores sociales.- empoderar implica generar experiencias de participación paritaria y democrática con otros sectores sociales, especialmente con sectores más poderosos, es importante invertir en dar muestras que la integración social es viable. La capacidad de interacción de las mujeres no se puede restringir a organizarse e intercambiar entre “mujeres pobres”, sino con ciudadanos y organizaciones de diferente condición social, étnica, generacional.

7. - Reconocimiento de sus saberes e instituciones.- La población excluida cuenta con instituciones de pertenencia y grupos de referencia que le han permitido sobrevivir. Su supervivencia no se debe al azar, aún cuando sus redes son débiles y conflictivas, éstas existen y son su punto de partida y su medio de aprendizaje y crecimiento. Asimismo, esta población tiene su capital cultural, su lengua, sus giros idiomáticos, sus creencias y costumbres, las cuales necesitarán ser incorporadas y valoradas en el marco de la integración. Es necesario evitar la idea que se actúa sobre “el vacío” sobre algo que hay que cubrir con una propuesta occidental de ciudadanía. Si esto se hace, no estamos hablando de empoderamiento, sino de manipulación y reproducción de relaciones de dominación.

En una lógica de ampliación de libertades²⁵, la acumulación de capitales o activos se vuelve un eje transversal del accionar público. De allí que a continuación desarrollamos un esquema que vincula ambas dimensiones.

¿Qué tipo de capitales se acumulan con las diferentes acciones de empoderamiento de las mujeres?

EMPODERAMIENTO	Capital social	Capital humano	Capital cultural
Acceso a información		X	X
Inclusión y participación	X		
Responsabilidad y rendición de cuentas	X		
Capacidad organizacional local	X	X	X
Acceso a servicios básicos, de Salud, Educación, Justicia, transportes, vivienda, recreación.		X	
Capacidad de interacción con otros sectores sociales.	X	X	X
Reconocimiento de sus saberes e instituciones			X

²⁵ Sen...

Como generar empoderamiento de las mujeres desde la gestión pública.- posibles caminos para la centralización y descentralización.

Un enfoque empoderador aborda la creación de leyes, normas y procedimientos que faculten a las organizaciones de ciudadanos que viven en pobreza y de ciudadanos no pobres, para interactuar efectivamente con sus gobiernos. Este tipo de enfoque debe poner énfasis especial en la situación de la mujer y de sus organizaciones, de forma tal de integrarlos en educar, informar y hacer posible el desarrollo de organizaciones que incluyan mujeres en condición de pobreza y exclusión y facilitar espacios de encuentro ciudadano con otros grupos sociales.

Se necesitan reglas y estrategias para incrementar el acceso de las mujeres a la información, crear mecanismos de responsabilidad o rendición de cuentas que las incluyan.

En el mundo de la pobreza, hay diferencias y hay diferentes niveles de empoderamiento a los que corresponden diferentes metodologías de intervención. Por ello, consideramos indispensable repensar las formas de generar programas de empoderamiento teniendo en consideración los niveles de integración y/o exclusión social que existen en la población. Los modelos de gestión de políticas de empoderamiento variarán en función del tipo de población a la que se quiere llegar, por ello, a continuación presentamos el siguiente cuadro propositivo.

Empoderamiento de las mujeres ¿Cuándo puede ser más útil transversalizar la perspectiva de género a nivel central y en forma descentralizada?. Diferenciando objetivos y estrategias por niveles de acumulación de capitales.

Empoderamiento	No pobre	Pobreza (integrados socialmente)	Pobreza extrema (marginados socialmente de los beneficios ciudadanos)	Deprivación social (excluidos sociales)
Acceso a información	Campanñas de información masiva, con puntos de información de información estratégicos son suficientes. Nivel central.	Información detallada y adecuada culturalmente, a ser transmitida a través de medios comunitarios masivos y de organizaciones locales. Descentralización regional.	Individualizar la información, proporcionarla en forma constante, adecuada a las habilidades y marcos culturales. Descentralización local.	
Inclusión y participación	La convocatoria a la participación es abierta. Nivel central.	La participación debe ser precedida de capacitación con énfasis en la inclusión de mujeres y de los diferentes grupos étnicos de la población. Descentralización local	Capacitación y acompañamiento en el mediano plazo, a través de asesores o tutores para el desarrollo de habilidades de participación. Descentralización local	Capacitación y acompañamiento a través de tutores especializados en el largo plazo. Descentralización local

Organización Panamericana de la Salud – Unidad de Género y Salud

Responsabilidad y rendición de cuentas	Divulgar mecanismos existentes para acceder a la información pública existente y normar espacios de rendición de cuentas públicas. Nivel central	Capacitar a la población para participar en las rendiciones de cuentas. Descentralización local	
Capacidad organizacional local	Facilitar espacios para reuniones comunales.	Facilitar espacios para reuniones locales. El gobierno deberá brindar asesoría legal, financiera y metodológica a las organizaciones.	Facilitar espacios para reuniones locales, asegurando asesoría legal, financiera, metodológica, así como apoyo financiero para asegurar la participación de los miembros en su organización y en las relaciones con otras redes. Apoyar con guarderías o cunas para los niños durante los espacios de reuniones y las coordinaciones previas que éstas supongan.
DESCENTRALIZACIÓN LOCAL			
Acceso a servicios básicos, de Salud, Educación, Justicia, transportes, vivienda, recreación.	Adecuar la oferta pública a las necesidades y posibilidades de la población. Establecer oficina de servicios al cliente y organizaciones de usuarios. Nivel central y descentralizado	Establecer modelos de cogestión local de los servicios públicos de salud y educación, para optimizar su calidad, eficiencia, eficacia y equidad en el ámbito comunitario. Generar bienes y servicios públicos específicos de mediano plazo para esta población que complementen los básicos generales.	Generar bienes y servicios públicos específicos y de largo plazo para esta población, que sumados a los básicos generales, compensen los niveles de profunda inequidad, promuevan a esta población y la acompañen a un proceso de integración social, como parte de la responsabilidad del Estado frente a cada ciudadan@.
DESCENTRALIZACION LOCAL			
Capacidad de interacción con sectores sociales más poderosos.	Propiciar espacios públicos de intercambio social entre diferentes sectores de la población y organizaciones. Nivel central y descentralizado	Capacitar a la población para participar con liderazgo en este tipo de espacios de intercambio social, así como financiar el transporte y viáticos.	Habilitar y capacitar a la población para participar en este tipo de espacios de intercambio social, así como financiar el transporte, los viáticos y gastos inherentes a la participación.
DESCENTRALIZACION LOCAL			
Reconocimiento de sus saberes e instituciones	Fomentar la participación de los académicos, activistas y sus instituciones en el desarrollo del paquete de prestaciones básicas que asegure la provisión de bs. y ss. para la equidad de género. Nivel central.	Incluir desde el diseño hasta la evaluación de las acciones de salud a las organizaciones no formales, las redes y líderes comunitarias, los líderes no formales de los núcleos familiares y a las personas que constituyen la referencia inmediata cuando la comunidad percibe un problema de salud y cuando implementa acciones que benefician su salud individual y colectiva.	
DESCENTRALIZACION LOCAL			

La descentralización del sistema de salud podría impactar en la acumulación de capital social, humano y cultural para la equidad de género.-

Consideramos que la descentralización del sistema de salud, para tener impacto en mejorar la acumulación de capitales de la población y, por tanto, sumar en el proceso de romper la cadena de la reproducción social de la diferenciación social y la inequidad de todo tipo y en específico la de Género, debe incluir inversión en:

- Desarrollo de la sociedad civil y el voluntariado en salud y su incorporación al proceso de la toma de decisiones locales y regionales. Esto podría permitir institucionalizar una alianza de pares entre los sistemas de salud (formal y alternativos) instalados en las comunidades locales, regionales y nacionales. Con ello, se fortalecería el capital cultural en salud incluyendo en forma sustantiva las capacidades de la población y las de los recursos humanos de salud, potenciando así la calidad y cobertura del sistema de salud formal y alternativo.
- Movilización de los líderes comunitarios, de diferentes grupos étnicos, estén o no involucrados en acciones directas de los servicios de salud. Con ellos y desde ellos, es necesario construir mecanismos para que los acuerdos de gestión del “ámbito salud” con los niveles regionales y nacionales sean viables y se pueda propiciar un cambio cultural que apunte y haga sustentable espacios saludables.
- Aumentar el control social y la participación efectiva de la comunidad. La evidencia indica que esto no sucede por arte de magia, sino que obedece a un proceso largo de empoderamiento, relaciones y redes de confianza y reciprocidad, que pueden excluir o incluir sectores sociales.
- Generar redes horizontales y verticales en las comunidades, así como mecanismos de cogestión de los servicios de salud, control social de la oferta y accountability o rendición de cuentas públicas; estaría aportando a la generación de confianza social. Especialmente, si este proceso se basa en el tejido social pre existente y si se invierte en la conformación y fortalecimiento de las organizaciones.
- Construcción de tejido social de integración (de diferentes sectores sociales), que rompa la asimetría de interacción entre profesionales y población, entre poblaciones de diferentes grupos sociales y étnicos, e instale oportunidades de diálogo democrático.
- Institucionalizar y fortalecer las redes sociales involucradas en el ámbito salud y generar condiciones para la “expresión pública” de los excluidos y las personas que viven en pobreza y situación de vulnerabilidad. Si aseguramos inversión pública destinada a establecer un proceso de Empoderamiento estaríamos asistiendo la efectiva democratización de la salud y a la instalación de la salud como derecho, desde y con los propios [ciudadan@s](#).

V.- Las políticas descentralizadas de salud y el empoderamiento de las mujeres: mirando casos en Perú, México y Brasil²⁶.

V.1.-Perú: Los Centros locales de Salud como estrategia de empoderamiento de la población en la cogestión de los servicios de salud de primer nivel de atención.

El Ministerio de Salud (MINSA) del Perú, en 1993, concibió el modelo de Centros Locales de administración de Salud (CLAS), como un programa piloto que buscó “probar una forma de gestión de los servicios de primer nivel de atención, orientado a lograr la ampliación de cobertura del sistema de salud a las zonas más pobres y en extrema pobreza, incluyendo el elemento de cogestión y participación ciudadana como **instrumento** para mejorar la eficiencia y eficacia de las prestaciones”²⁷.

Para formar una asociación CLAS, se sigue el siguiente proceso:

La comunidad organizada o el médico jefe del servicio de salud, solicita a la autoridad regional de salud la conformación de un CLAS. Si la evaluación técnica de la región es positiva, se inicia la constitución de la asociación CLAS, que tiene como punto de partida la elección de seis miembros de la comunidad que tienen trayectoria de trabajo en salud o nutrición.

Esta elección, se produce en asamblea general de organizaciones de la población. Generalmente, tres miembros son elegidos por el médico jefe o la región de salud y tres por la comunidad; en algunos servicios – en acuerdo con el médico jefe- es la comunidad la que elige a los seis miembros. El médico jefe del servicio de salud es el séptimo miembro del CLAS.

Con la junta directiva elegida, se procede a la inscripción de la Asociación CLAS bajo el modelo de ONG (organización no gubernamental) o sociedad civil sin fines de lucro; lo cual permite a la asociación contar con personería jurídica que la autoriza para el manejo de recursos públicos y privados²⁸. Los CLAS cuentan con tres niveles de participación: Asamblea de CLAS, Consejo Directivo y Gerencia de CLAS.

²⁶ Es importante expresar que hemos tenido muchas limitaciones para acceder a información producida en Brazil, por lo que el caso es tratado en forma bastante general, haría falta un trabajo de campo específico en ese país, en especial con los promotores de salud que provienen de la población y con la población objetivo diferenciada por sexo y grupo etareo.

En el caso de México haría falta un trabajo de campo específico para relevar información directa de la población, en especial de las mujeres niñas y adolescentes que figuran como beneficiarias.

²⁷ MINSA. PAAG-SBPT-AC. Resumen Ejecutivo de la Acción Compartida. Print, s/f.

²⁸ Los CLAS están registrados en el sistema nacional de tributación, usan el sistema bancario nacional, tienen normas específicas de funcionamiento. Están encargados de la selección, contratación y evaluación del personal de salud que labora en los establecimientos que el CLAS administra. Asimismo, son responsables de la adquisición de bienes y servicios necesarios para el cumplimiento del Plan Local de Salud.

Los CLAS cogen el servicio de salud sobre la base de un Contrato de Administración Compartida, expresado en un Plan de Salud Local (PSL)²⁹, el cual debe ser implementado, supervisado y evaluado en forma conjunta e incluye la provisión de atención y las acciones de promoción de la salud; todo ello financiado con recursos del Estado, algunos recursos propios generados con la provisión del servicio y, posibles recursos captados de la cooperación técnica y financiera internacional u de ONGs interesadas³⁰. Cada CLAS cuenta con supervisión y asesoría de la Dirección Regional de Salud correspondiente a cada ámbito geográfico, las cuales, a su vez, se relacionan directamente con el nivel central del sector salud³¹.

Este programa formalizó su implementación en 1994; así nacieron las primeras 13 asociaciones CLAS en el Perú. En el 2002, se proyectaban implementar 787 asociaciones CLAS que cubrieran un total de 2095 establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención, bajo esta modalidad. Lo que constituye, según el Censo de infraestructura sanitaria de 1996, el 31% del total de establecimientos de este nivel existentes en el Perú.

Los demás servicios de atención de salud (Centros y Puestos de Salud), que no funcionan bajo el modelo CLAS, continúan gestionándose en forma tradicional desde el Ministerio de Salud y a cargo de un médico jefe, sin ninguna participación de la comunidad en la gestión.

²⁹ El Plan Local de salud debería basarse en un censo comunitario que les permita determinar actividades y objetivos para un año, pero esto difícilmente se realiza y generalmente se utiliza la información epidemiológica que tiene el MINSA sobre la zona y las directivas de los programas nacionales del sector.

³⁰ La mayor parte de los CLAS cuentan solamente con el financiamiento del Tesoro Público, pues las capacidades y oportunidades de gestión de proyectos de apoyo, son mínimas. Existen dos modelos CLAS: a) **El CLAS individual** es el esquema más simple en el que una asociación administra un servicio. B) **El CLAS agregado**, es una red administrada por un único CLAS, la integra más de una dependencia de salud (en el caso ideal, 5 ó 6, aunque este número puede variar considerablemente). Cada dependencia tiene un plan de salud local, los cuales se reúnen en un plan de salud global, que es la base del contrato con la región/subregión de salud. La integración, puede tener diferentes versiones:

-Varias dependencias, originalmente establecidas como CLAS individuales, se juntan en un solo CLAS agregado, perdiendo con ello su perfil de CLAS individual.

-Una o dos dependencias que son CLAS individual, se juntan con otras dependencias “nuevas” (no CLAS) para formar un CLAS conjunto. En este caso las que eran CLAS individual pierden esa condición.

-Varias dependencias de salud, asociadas en red, por accesibilidad geográfica y capacidad resolutoria para la referencia y contrarreferencia, se juntan para formar un CLAS por primera vez. El servicio más complejo se constituye en la sede del CLAS, pasando su médico a ser director del CLAS agregado. De entre las comunidades de la jurisdicción se nombran a seis personas para la asamblea general del CLAS. Si la red comprende más de seis dependencias, algunas de ellas no tendrán representación en la asamblea general, éstas pueden alternarse como miembros en la renovación, del Consejo directivo del CLAS³⁰.

³¹ Cada mes los CLAS presentan a la dirección regional de salud una declaración jurada, no documentada, sobre la ejecución del gasto realizada y un informe del avance del cumplimiento del Plan de Salud Local; de esta forma, la dirección autoriza al nivel central la transferencia de recursos para el siguiente mes. En forma trimestral, la dirección de salud hace una supervisión a cada CLAS, para verificar el avance del Plan y la situación del gasto y brindar asesoría en aspectos sanitarios, legales, tributarios, contables y de participación comunitaria o lo que se requiera, a los miembros del CLAS. Finalmente, cada año, cada CLAS elabora un balance contable y estados financieros auditados, presentan una Memoria institucional de lo realizado en función del Plan Local de salud acordado y contratado con el Estado.

EVOLUCIÓN DEL CRECIMIENTO DEL PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN COMPARTIDA

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
N° de centros/ Puestos de salud en CLAS	133	435	611	611	637	985	1242
N° habitantes en la jurisdicción de CLAS	958,473	3,012,403	3,200,000	3,200,000	4,000,000	5,000,000	6,000,000

MINSA. CLAS 2000. Citado en: Diaz Ricardo³². CLAS. Una experiencia peruana de empoderamiento en salud.

Es interesante señalar, que simultáneamente a la instalación de los CLAS, que generan un proceso de participación social en salud, el Estado Peruano aumentó la inversión en el programa de planificación familiar, el cual fue posteriormente denunciado por el movimiento de mujeres ante las distintas instancias de poder en el Perú y ante la comunidad internacional, dadas sus distorsiones de diseño e implementación y sus efectos terribles para la vida de por lo menos un centenar de mujeres pobres.

Esta situación obligó su corrección y la generación de nueva normatividad que reconociera la condición de cliente y ciudadana de las mujeres. Esto no es un dato menor, en la medida que ilustra la forma en que, por un lado se impulsa una forma de participación comunitaria en la gestión para “garantizar el derecho a la salud” y por otro lado, se implementa una política, en la que el problema central fue la violación de derechos humanos básicos, como el consentimiento informado. Existieron por lo menos un centenar de casos de mujeres que fueron sometidas a esterilización quirúrgica en forma coaccionada y sin cumplir los requerimientos básicos de este tipo de intervenciones³³.

Analizando los CLAS en función de la tipificación del Modelo de Gestión:

El CLAS, corresponde al tipo de política tradicional y utiliza la estrategia de intervención de las políticas compensatorias. Sus características permiten afirmar que de ser ajustado el modelo, podría transitar hacia el tipo de política focalizada y con estrategia integradora. Esto es así, porque:

- i. La institucionalidad de la política es **sectorial** (no multisectorial), pues aunque incluye la corresponsabilidad con la comunidad, su accionar está restringido al trabajo del servicio de salud. Sin embargo, en algunos CLAS se viene implementando una experiencia de labor multisectorial que es liderada por el servicio y la comunidad, lo cual supone una oportunidad para la construcción de

³² Diaz Ricardo. Clas: una experiencia peruana de empoderamiento en salud. Banco Mundial, Lima 2001.

³³ Zauzich Maria-Christine. Perú: Política de Población y Derechos Humanos. Campañas de esterilización 1996-1998. Deutsche Kommission Justitia et Pax. 1° edición en castellano. Lima, abril 2000.

un esquema intersectorial desde el diseño del Plan Local de Salud. En general, la labor multisectorial, es progresiva y se ve limitada o potenciada en primer lugar, por el propio equipo de salud existente en el servicio y en segundo lugar por el sector, dado que no hay incentivos, instrumentos, ni directivas del MINSA expresadas en esta dirección.

Estudios sobre el imaginario de salud en las comunidades, muestran que hay un concepto holístico, el cual se autolimita a lo físico-biológico cuando interactúan con el sector, en una suerte de “sabiduría popular” que muestra conocer “qué se puede pedir a cada cual”, en este caso, a los servicios de salud. Debido a que las comunidades que trabajan con los CLAS, tienen facultades para administrar y decidir sobre la aplicación de los recursos públicos destinados a la prestación de servicios de salud en el ámbito local, y de ejercer el control social sobre el desempeño de los servicios, la potencialidad de la labor multisectorial, es enorme.

- ii. El diseño de las prestaciones se realiza **desde la oferta**, aunque es la comunidad la que desarrolla el plan local de salud y lo aprueba en primera instancia, éste está restringido a la oferta ya existente en el MINSA, vale decir, que la comunidad elige dentro de un menú establecido, no genera el menú, ni se le permite rehacerlo. Si aplicamos el concepto de cliente de Mintzberg, podríamos decir que el MINSA no está respetando el rol de cliente de la población, pues no pone a consideración su oferta, la impone.
- iii. La implementación de la política, está sostenida en una **oferta regular**. No discriminante (no existe una oferta dedicada según perfil epidemiológico y social de las zonas, si esto fuera así, por ejemplo, alguno de los planes locales de salud deberían considerar atención específica a adolescentes en pandillas, prostitución, etc.), pero el sector salud no ha mostrado capacidad de respuesta ni a la condición de clientes de estos ciudadanos.
- iv. La **ejecución se efectúa en el nivel local**, pero el nivel central conserva para sí la capacidad de visar los planes y autorizar los presupuestos para su cumplimiento. Vale decir, que aunque el Consejo Directivo, con la gerencia del CLAS, la comunidad organizada e incluso la DISA, aprueben un Plan Local de Salud, el nivel central del MINSA puede solicitar variaciones al plan y efectuar los ajustes en las áreas que ellos crean convenientes y la mayor parte de veces esto viene aparejado con la restricción presupuestaria. Los informantes en forma consensuada señalan que “todo es negociable con las autoridades, pero el nivel de influencia está básicamente relacionado con la empatía, la relación de amistad o el clientelismo político, más que con criterios estrictamente técnicos”. La centralización de esta política atenta contra el núcleo de la Cogestión, que apuesta por una acción descentralizadora.

Si analizamos los CLAS desde el punto de vista de las estrategias de intervención, encontramos que el CLAS corresponde a una política **normalizadora**, pudiendo transitar a convertirse en política habilitadora, porque:

a.-Sus objetivos de intervención general son básicamente **paliativos** (están centrados en la provisión de atención básica, correspondiente al primer nivel de atención); sin embargo, los objetivos del modelo de gestión, buscan generar corresponsabilidad social en salud. En este sentido, tiene objetivos también promocionales, pero restringidos por la propia oferta, vale decir, por el sector salud.

b.-La estrategia es **discriminante**, en la medida que busca promover el acceso pleno a la atención de salud, de los sectores más deprimidos y excluidos y se concentra en el primer y segundo nivel de atención, que son justamente los más demandados por este tipo de población.

c.- El punto de partida para definir el grupo objetivo es **la carencia**, la enfermedad y el riesgo y no el capital social ni el cultural (capacidades, redes, relaciones de confianza), probablemente este es el nudo central que le impide transformarse en una política habilitadora.

d.-El satisfactor que el CLAS tiene como horizonte se reduce a las **necesidades de salud**, y en ese marco busca cubrir múltiples necesidades tradicionalmente tipificadas en salud, como la información durante las visitas domiciliarias, la atención directa, la provisión de medicamentos y la educación sanitaria.

Podemos afirmar que el CLAS empodera en la gestión administrativa de los servicios a los dirigentes, pero limita su accionar ciudadano, dado que impide que afecten las decisiones sobre la oferta de servicios. De otro lado, el CLAS tiene escaso efecto en la generación de ciudadanía en los pobladores excluidos y no habilitados.

Conclusiones del caso.-

El sector salud a través de este programa, ha avanzado a generar espacios de fortalecimiento del tejido social local de salud en algunas zonas, con el consecuente cambio progresivo en la democratización de la interacción entre proveedores y población; el cual toma diferentes formas según los niveles de desarrollo de la cultura ciudadana en la población y el funcionariado. Sin embargo, aún con el avance logrado por estas asociaciones, el sector mantiene relaciones asimétricas con los CLAS, esto atenta contra el concepto mismo de cogestión de la salud, circunscribiéndolos a la administración de servicios. El centralismo en la toma de decisiones es una de las tensiones centrales del modelo.

La oferta sanitaria no muestra cambios sustantivos con la inclusión de los CLAS en las políticas del sector. La oferta, sigue centrada en el Capital Humano (la atención a la salud, la protección del riesgo físico y biológico, la prevención del daño), soslayando la perspectiva de las potencialidades de la población para el autocuidado individual y colectivo de la salud y la importancia de la inversión sanitaria en el fortalecimiento y democratización de redes sociales como base de los entornos saludables.

Encontramos que esto tiene las siguientes explicaciones: el plan local de salud es realizado bajo una perspectiva de daño, por tanto la cogestión se limita a administrar la

oferta existente y aunque la propia comunidad viene abriendo espacios para incluir procesos preventivos y promocionales (contrata psicólogos y trabajadoras sociales e insiste en su prioridad), todavía el sector no ha desarrollado políticas, programas y protocolos que acompañen este proceso.

Otra posible explicación es que la comunidad no participa activamente en la elaboración del plan y por lo tanto el funcionariado que media y aprueba el plan sigue operando bajo patrones biomédicos, dado que el propio sector aún no permea su oferta con una perspectiva integral de salud.

El capital social de la población se ha visto fortalecido con la estrategia de Gestión Compartida, pero de forma fragmentada, dado que ha empoderado a tres actores claves: mujeres organizadas, juntas vecinales y promotores adultos de salud. Simultáneamente, el modelo CLAS ha excluido a l@s adolescentes y jóvenes y a las organizaciones diversas (las vinculadas a Iglesias, partidos políticos, arte y deporte), así como a instituciones sustantivas del ámbito salud, como son, los colegios, comisarías, ONGs. Estas instituciones son convocadas para la implementación de acciones en cuya planificación no tomaron parte. Vale decir, que en lugar de extender el “ámbito salud” el CLAS lo recorta en una perspectiva sectorial.

La confianza se revela como una variable clave en el éxito de los CLAS. Esta crece cuando hay información clara, oportuna y asequible a la población, sobre el modelo, sus productos, problemas y potencialidades. La “rendición periódica de cuentas, en forma abierta al conjunto de la población”, constituye una práctica central para el fortalecimiento de la confianza. Sucede que en los CLAS menos exitosos, no existe la experiencia de accountability pública, solo se entregan cuentas al consejo directivo y a quienes sus miembros decidan.

Si la confianza en el sistema de salud o en el servicio, se ha roto en algún momento del proceso, la situación no es simple, implica una larga inversión de tiempo, recursos y afectos, para recuperarla. Estos elementos deben ser incluidos en los planes locales de salud, no pueden ser puntos ciegos, pues de ellos depende la viabilidad del modelo. La ausencia de confianza, trae consigo fragmentación, confrontación, intrigas y problemas de viabilidad a una institución. La forma de superarla es la información transparente y abierta, el diálogo, la generación de espacios de encuentro e intercambio para la generación de normatividad que fomente la confianza.

Hay dimensiones de la confianza que son aparentemente no medibles, sin embargo, son sustantivas, como las percepciones que denotan las siguientes afirmaciones de dirigentes comunales: “este Doctorcito me da confianza porque me acepta como soy y me respeta”, “en cambio, el otro no me da confianza porque se nota que finge aceptar a la población”, “Ella me da confianza porque no tiene asco de los pobres, no le molesta nuestra forma de vida, es sencilla, hasta ha bailado con nosotros, va a las polladas, es una más”. Estas dimensiones rara vez son reflexionadas por el equipo de salud, sin embargo, constituyen ejes básicos de la interacción entre ell@s y la población, en este sentido, es necesario

promover espacios de debate y reflexión sobre estos elementos que se colocan a la base de cualquier experiencia humana.

Un tema clave en el capital social, es la presencia de normas, reglas y sanciones claras. Al respecto existe evidencia que muestran que los CLAS más exitosos, son aquellos en el que el conjunto del Consejo Directivo y de los miembros activos de la comunidad y el equipo de salud, conocen las normas y reglas de juego e incluso han tenido incidencia en su elaboración.

La presencia de otros niveles de jerarquía, como la DISA o el municipio, ayudan a hacer realidad el cumplimiento de las normas y sanciones. En los CLAS menos exitosos, la población maneja menor información sobre el CLAS y tiene menor ingerencia en sus decisiones. Asimismo, la DISA cumple escasamente su labor de supervisión y apoyo a los CLAS.

En relación a los RRHH, es interesante anotar que la experiencia de miedo a la sanción de la comunidad sobre un miembro del equipo de salud, establece relaciones de desconfianza, que se expresan en actitudes de sumisión (no hay relación de pares), rebeldía, e incluso manipulación, de parte de los trabajadores de salud. Es necesario establecer normas de juego claras y mecanismos de generación de competencias para el trabajo y evaluación al desempeño, que haga que las evaluaciones de personal tengan una clara racionalidad y no obedezcan a subjetividades o animadversiones personales.

El capital social expresado en redes de apoyo, ha sido también una variable sustantiva para evaluar el éxito del CLAS. Cuando los gerentes y el equipo de salud, han tenido experiencia previa al CLAS, de “compromiso social”, el CLAS es más exitoso. No es posible comparar este dato con los miembros del consejo directivo, porque en los cuatro CLAS, el 100% de dirigentes tiene experiencia de liderazgo anterior.

Los actores sociales de los CLAS con experiencia previa de trabajo social, han movilizado sus diversas redes para lograr mejorar su gestión, ellos confirman que sus redes sociales son extensas y diversas, debido a sus historias personales de participación social (dirigentes estudiantiles, municipales, además de los espacios de capacitación profesional).

El capital humano sigue siendo la variable más afectada en extensión, por los servicios de salud. Su rol curativo y de educación sanitaria se mantiene y aporta lo suyo a la vida comunitaria, incluyendo a l@s más pobres, pero sin contar con una oferta dedicada. Sin embargo, este rol no se extiende a procesos sostenidos de protección, habilitación y capacitación. En esta área, el CLAS ha avanzado poco, como el conjunto del sector.

El capital cultural es el gran ausente del modelo CLAS. No existen normas, protocolos, procesos que evidencien la inclusión activa de los “expertos comunitarios en salud”, el denominado Capital cultural encarnado. El sector forma sus propios expertos, denominados promotores de salud, los cuales, pueden ser o no, reconocidos por la comunidad. Sin embargo, al lado del CLAS y de los promotores, podemos encontrar a los

“consultados por salud”, los hueseros, los hierberos, las parteras, los curanderos, los que “pasan el huevo y curan el susto”, etc, ellos no tienen un espacio en la salud comunitaria y la gestión compartida del servicio.

Pasa lo mismo en el caso de I@s adolescentes y jóvenes, donde sus líderes o figuras paradigmáticas, que constituyen la primera referencia de comportamiento e identificación, como los raperos, jefes de pandillas, futbolistas, artistas; no son incluidos en los servicios, ni en los procesos de formación de promotores. Normalmente el sector forma como promotores educadores de pares, a adolescentes que no viven situaciones de riesgo o que tienen poco liderazgo social, esto limita su accionar a espacios de iguales. Estas personas, “el capital cultural encarnado”, deberían ser claves para el CLAS, pues son los pares que informan y moldean la demanda y las interacciones con el sector, especialmente las de los más pobres.

De igual manera sucede con el capital cultural institucionalizado, que está en los colegios, las universidades, los institutos superiores, los comedores populares, el vaso de leche, etc. Ellos son agentes claves de salud, en la medida que brindan información, generan conocimiento, forman “expertos”. Sin embargo, no están presentes en los criterios de inclusión y conformación del Consejo Directivo. Aparentemente la salud sigue siendo vista desde una mirada sectorial y centrada en las carencias y no en las capacidades de la población.

El capital cultural interno, del sector salud, no está siendo fortalecido, pues no existen políticas que evalúen el desempeño, incentiven las buenas prácticas y mejoren las competencias de los trabajadores del sector.

El sector salud está avanzando muy lentamente a un proceso de descentralización y de generalización de los Acuerdos de Gestión a través de los Planes de Salud Local, que ahora deben hacer los establecimientos CLAS y los no CLAS. Sin embargo, esto no va acompañado de un replanteamiento de la oferta, peor aún, el Seguro Integral de Salud es sólo asistencial y los indicadores de evaluación de los planes y programas son básicamente asistenciales, por tanto las posibilidades de realizar una labor de salud comunitaria y de promoción de la salud son mínimas.

La oferta sanitaria es ciega a los problemas y necesidades sociales: la violencia de todo tipo (familiar, sexual, social), la sexualidad de hombres y mujeres y su derecho al placer, la reproducción planeada y deseada, la salud mental, son áreas en las que no hay respuesta alguna.

Existen políticas de Salud Sexual y Reproductiva que son regresivas frente a los derechos sexuales de hombres y mujeres. El sector no ha avanzado nada en términos técnicos y normativos sobre salud sexual, asimismo, hasta la fecha no se provee anticoncepción oral de emergencia, la cual fue aprobada durante el gobierno de transición. El marco restrictivo es claro, en especial en lo relacionado a la sexualidad y salud reproductiva de I@s adolescentes, quienes no pueden recibir atención de salud sexual y reproductiva sin permiso de padres o tutores y sólo pueden ir a planificación familiar después de los 16

años, justamente cuando el embarazo de alto riesgo se da en menores de 15. Existe una campaña desde el propio sector salud, que genera desconfianza y miedo en la población y en los profesionales de salud, frente a las acciones de planificación familiar y los métodos anticonceptivos modernos.

Las ONGs constituidas a través de los CLAS, son parte de la sociedad civil organizada o expresión de la misma, sin embargo no vienen liderando ninguno de los espacios de representación de la sociedad civil que tiene el propio sector, como por ejemplo, el Consejo Nacional de Salud.

Las mujeres organizadas en los CLAS y los propios CLAS no tienen ninguna respuesta organizada frente a las políticas regresivas que en materia de salud sexual y reproductiva viene implementando el sector, dada la perspectiva conservadora y confesional que lo ha venido liderando. En este sentido, podríamos afirmar que los CLAS no han mostrado ningún impacto en el empoderamiento ciudadano en salud, vale decir, en cómo se hacen las cosas y las políticas; sin embargo, hay un claro avance en la dimensión de cliente, dado que la población y en este caso algunos CLAS han logrado crear plazas que consideraban importantes para su realidad sanitaria.

V.2.-MEXICO: Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA): ¿empoderando a las mujeres que viven en extrema pobreza?

ProgresA es un programa nacional del Estado Mexicano, que se inició en 1997 con acciones dirigidas a mejorar la educación, salud y alimentación, de los niños que provienen de familias en condición de extrema pobreza. La cobertura del programa es aproximadamente de 2.6 millones de familias, cifra que representa un tercio de las familias que habitan en comunidades rurales y 10% del total de familias mexicanas. PROGRESA opera en casi 50,000 localidades rurales en 31 estados, su presupuesto asciende a 960 millones de dólares, 0.2% del PIB. Su diseño es conocido mundialmente y está en proceso de ser adoptado por países como Argentina, Colombia, Honduras y Nicaragua³⁴.

El programa consta de tres componentes estrechamente relacionados: educación, salud y alimentación, se fundamenta en que la interacción positiva de cada uno de sus componentes impulsa la efectividad de un programa integral, por encima de la entrega individual.

En el componente de educación se otorgan becas educativas a niños menores de 18 años inscritos en la escuela, entre tercero de primaria y tercero de secundaria. El monto de becas aumenta en relación al grado escolar. El propósito de esto es compensar el ingreso con el que contribuirían los niños si trabajaran. Además el monto de la beca es ligeramente mayor para las niñas que estudian la secundaria, que para los niños, como estrategia para evitar la temprana exclusión de las niñas del sistema escolar.

El monto mensual de las becas educativas asciende a 90 pesos (aproximadamente 9 dólares) para tercer año de primaria, y llega a ser de 290 pesos (30 dólares) para los niños y 335 pesos (35 dólares) para las niñas que cursan tercero de secundaria.

Bajo el componente de salud, se otorga un paquete básico de cuidados para la salud a cada uno de los integrantes del hogar y pláticas educativas en salud (de asistencia obligatoria para los beneficiarios y abiertas a toda la comunidad) que incluyen temas como: higiene, salubridad, detección de enfermedades, planificación familiar y nutrición. Los servicios de salud son proporcionados a través de la Secretaría de Salud y el IMSS-Solidaridad, dependencia del Instituto Mexicano del Seguro Social. El componente de alimentación incluye un apoyo monetario fijo (equivalente a 135 pesos mensuales, aproximadamente 14 dólares) para mejorar el consumo de alimentos, así como suplementos alimenticios. Estos últimos están dirigidos a los niños de entre 4 meses y 2 años de edad y a las mujeres embarazadas y en período de lactancia. También se entregan a los niños de entre 2 y 5 años si presentan signos de desnutrición.

El objetivo del diseño de los beneficios de PROGRESA a través de sus tres componentes es incrementar el capital humano, por lo que su entrega está condicionada al cumplimiento de corresponsabilidades por parte de las familias beneficiarias. Las becas

³⁴ Gertler Paul. UC-Berkeley. El impacto del Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) sobre la salud. www.....

educativas se encuentran ligadas a la asistencia regular de los niños a la escuela, por lo que si el niño falta más de 15 por ciento del total de los días de clases en un mes (por razones injustificadas), la familia no recibe el monto de la beca. De igual forma, las familias deben completar un calendario de citas en las unidades de salud para poder recibir el apoyo monetario para alimentación.

La totalidad del apoyo monetario se entrega directamente a la **madre de familia**, por lo que los miembros del programa señalan que el diseño puede aumentar el “empoderamiento” de las mujeres, “al aumentar su control sobre los recursos, incrementando de esta manera su poder de negociación”...asimismo, señalan que “el poder de negociación al interior del hogar, puede verse afectado por: el control sobre los recursos, tales como los activos y bienes; influencias que se pueden utilizar para afectar el proceso de negociación, tales como los derechos legales, las habilidades y los conocimientos, la capacidad para adquirir información, la educación y las habilidades de negociación; la movilización de las redes interpersonales; y los atributos en las actitudes básicas, por ejemplo, la autoestima, la confianza en uno mismo y la satisfacción emocional.

Progresá tiene el potencial de cubrir los cuatro factores que afectan el poder de negociación y de ejercer influencia en los procesos de empoderamiento de la mujer, en las siguientes cinco formas:

- 1.- incrementando los recursos en las manos de las mujeres.
- 2.- ayudando a las mujeres a aprender más y a estar más organizadas por medio de pláticas sobre salud e higiene.
- 3.- creando una red de co-beneficiarias con quienes se reúnen las mujeres de manera regular.
- 4.- al otorgar el control de recursos adicionales, incrementando así su confianza y su autoestima.
- 5.- promoviendo la educación de las niñas, con lo que se mejorará la posición de la mujer en el futuro.

El programa fija un límite máximo de beneficios mensuales para cada familia equivalente a 820 pesos (aproximadamente 80 dólares). El monto promedio del apoyo monetario es casi 300 pesos (30 dólares) y representa el 22 por ciento del ingreso mensual de las familias beneficiarias. Después de tres años, las familias pueden renovar su condición de beneficiarias previa reevaluación de sus condiciones.

La identificación de las familias beneficiarias, se realiza en tres etapas. En la primera, se realiza una focalización geográfica para seleccionar las regiones y comunidades más pobres del país. Estas comunidades presentan un alto nivel de marginación, medido por características como el porcentaje de analfabetismo en la localidad. En la segunda, se aplica una encuesta para recolectar la información de las condiciones socioeconómicas de cada uno de los hogares en las comunidades seleccionadas. A esta información, se aplica una técnica estadística denominada análisis discriminante para identificar los hogares beneficiarios. Los hogares son clasificados como pobres no solamente por su nivel de

ingreso (el cual no es siempre un buen indicador del bienestar), sino por otras características básicas, entre ellas, disponibilidad de agua entubada en la vivienda; índice de dependencia; posesión de enseres, animales y tierra, y presencia de individuos discapacitados. La tercera etapa, consiste en la participación de la comunidad para depurar la relación de las familias identificadas como beneficiarias³⁵; sin embargo, según Adato³⁶, esta tercera etapa no ha logrado ser implementada.

En una comunidad en la que opera PROGRESA existen beneficiarios y “no beneficiarios”; éste último grupo puede favorecerse indirectamente a través del incremento de recursos en sus comunidades mediante mejorías en el suministro de recursos de salud y educación, incluyendo las “pláticas educativas para la salud” a las cuales son invitados, sin embargo éstos no reciben los beneficios en efectivo. Esta diferenciación al interior de las comunidades tiene diferentes efectos.

Según Adato “existe evidencia de que se han fortalecido las relaciones sociales entre los beneficiarios, a través de actividades en que participan juntos: las reuniones mensuales de mujeres beneficiarias del PROGRESA, las pláticas educativas para la salud y actividades de trabajo comunitario. También se dan reportes de nuevas divisiones sociales que ocurren por el hecho de que la gente, por lo general, se percibe como “todos somos pobres y todos estamos necesitados de ayuda”, y hay algunos que reciben beneficios y otros que no, “me duele que otros no lo tengan porque sentimos que somos una familia”.

Un actor importante del PROGRESA son las promotoras, ellas son beneficiarias del programa y son electas como trabajadoras comunitarias, para vincular a las beneficiarias con el Programa, su trabajo es voluntario.

Analizando el PROGRESA en función de la tipificación del Modelo de Gestión:

El PROGRESA es una política focalizada, que utiliza una estrategia de intervención de política habilitadora; esta afirmación se basa en que:

La institucionalidad del programa es novedosa, pues involucra a un órgano desconcentrado de la Secretaría de Desarrollo Social, que a través de un comité técnico coordina con los representantes de las secretarías de Desarrollo Social; de Hacienda y Crédito Público; de Educación Pública; de Salud y del Instituto Mexicano del Seguro Social. Todos ellos, tienen como responsabilidad promover, en el marco de la política social del Gobierno Federal, estrategias y acciones intersectoriales para la educación, la salud, la alimentación, así como para la coordinación con otros programas sociales que fomenten el empleo, el ingreso y el ahorro de las familias en situación de pobreza extrema, a efecto de impulsar y fortalecer sus capacidades y potencialidades, elevar su nivel de vida, generar oportunidades y propiciar su incorporación al desarrollo integral³⁷.

³⁵ Parker Susan, Skoufias Emmanuel. El impacto de PROGRESA sobre el trabajo, el ocio y el uso del tiempo. 2000.

³⁶ Adato Michelle. El impacto de PROGRESA sobre las relaciones sociales en la comunidad. 2000.

³⁷ Decreto. www.progresa.gob.mx/htmls/decreto.html

La implementación es dedicada a la población calificada como beneficiaria, para lo que es necesario que reúna las características estipuladas por el programa. El programa ha desarrollado instrumentos de selección que le permiten diferenciar entre población pobre y en pobreza extrema, aún cuando este es el tema (la selección por familia) que más se discute por parte de los beneficiarios y no beneficiarios, el diseño lo estipula así.

El diseño del programa se ha elaborado desde la oferta y no desde el grupo poblacional, el cual no es consultado sobre la oferta, sólo si es seleccionado, la recibirá y tendrá que cumplir requisitos estipulados, para poder seguir siendo beneficiario.

La ejecución del programa es local, a través de los sectores involucrados, de allí que los médicos de los servicios y los profesores constituyen referentes centrales, así como las promotoras del programa.

Si analizamos el PROGRESA desde el punto de vista de las estrategias de intervención,

La estrategia elegida es básicamente la de política normalizadora en tránsito a una políticas habilitadora.

En primer lugar, el programa parte de objetivos que buscan atender a la población para lograr promover su integración social, a través del mejoramiento del acceso a bienes y servicios públicos de Salud, Educación y Nutrición de los niñ@s de familias en extrema pobreza. En este sentido, en primer lugar es una política que tiene como objetivo paliar el grave problema de la pobreza extrema y generar condiciones para la promoción de esta población a través del mejoramiento de su capital humano.

La estrategia de la política es discriminante, pues está dirigida a población en extrema pobreza y excluye a la población que no reúne esta condición.

La definición del grupo objetivo parte desde sus carencias y no toma en cuenta sus potencialidades y sus capacidades efectivas, aun cuando confía en la elección de una promotora proveniente del grupo beneficiario, como nexo entre este y el programa. Sin embargo, los reportes del programa nos muestran que la comunidad que se va empoderando en el programa, va comenzando a proponer desde sus capacidades y formas de ver sus vidas, nuevas posibles vías de direccionar el programa. Por ejemplo, han propuesto compartir parte de sus ingresos efectivos para poder incorporar a nuevos pobladores al programa.

El satisfactor que este programa se ha colocado cubre múltiples necesidades y a manera de sinergia, fortalece el capital humano, las capacidades organizativas de la comunidad y mejora el capital cultural, pues expone a la comunidad a nuevos conocimientos, ideas, informaciones y lazos con “capital cultural encarnado”, como son los médicos y trabajadores de salud y educación.

Conclusiones del caso.-

El sistema de focalización de hogares de PROGRESA implica costos sociales que deben tomarse en cuenta en las evaluaciones de este sistema y en la consideración de focalización alternativa. El eje del costo es la división que la focalización hace en las comunidades al diferenciar entre “hogares beneficiarios y no beneficiarios”, pues un programa como este que llega a poblaciones rurales pobres, termina discriminando entre pobres y pobres extremos, no entre no pobres y pobres. Esto afecta el tejido social de las comunidades, desincentiva la participación en el trabajo comunitario colectivo (los no beneficiarios expresan que “no se les paga por hacerlo, como si sucede con los beneficiarios”), rompe la participación conjunta en actividades de capacitación (“van los beneficiarios, yo no he recibido invitación directa, los beneficiarios son los preferidos”), introduce una forma externa de luchar contra la pobreza, cuyo argumento es la equidad, mientras las comunidades defienden sus puntos de vista contra la elección de beneficiarios a través del argumento de igualdad: “acá todos somos igual de pobres, todos tenemos necesidad”.

PROGRESA ha fortalecido las relaciones sociales entre las mujeres beneficiarias, creando el potencial para nuevas formas de capital social; éste es un valioso efecto indirecto del Programa³⁸; “Ahora saben cómo hablar más porque entre ellas se preguntan cosas. Tenemos reuniones, así que platicamos entre nosotras; por ejemplo, cuando estamos en las reuniones, platicamos y nos preguntamos una a la otra: ¿cómo le hiciste para realizar alguna cosa?, así es como empezamos a platicar, y bueno, cuando una sabe más, nos guiamos una a la otra”.³⁹ “Ahora estamos en una situación mejor, porque antes, aunque éramos del mismo lugar, sólo nos conocíamos de nombre, nunca nos hablábamos, no había amistad y relación social. En cambio ahora podemos hablar de todo, algunos hablan más, otros menos...ahora nos sentimos más a gusto. Esto nos sirve para civilizarnos un poco, para despertar y abrirnos más, además, algunas mujeres casi no salían de sus casas y ahora salen un poco más”

En términos de empoderamiento de las mujeres, el PROGRESA ha sido evaluado a través del avance en el poder de negociación al interior del hogar, sus reportes revelan que⁴⁰:

-Las características del esposo y de la esposa son los determinantes más uniformes de los patrones en la toma de decisiones. Es más probable que el esposo sea el único que toma

³⁸ “Las reuniones mensuales, las pláticas educativas para la salud, las faenas y desplazarse a recoger sus beneficios, son actividades en las que las beneficiarias del Programa se reúnen y tienen la oportunidad de platicar con las demás en grupo. El propósito principal de las reuniones mensuales es que las promotoras les transmitan información acerca del Programa, contesten sus preguntas y observen ciertos aspectos de las operaciones del mismo; sin embargo, en los grupos focales las mujeres decían que en ocasiones hablan de otros temas, comparten problemas y soluciones y se dan cuenta de que tienen experiencias en común”. Op. cit.

³⁹ Promotora del Estado de Guerrero, citada por Adato, *idem*.

⁴⁰ Adato Michelle, De la Briere Benedicte, Mindek Dubravka, Quisumbing Agnes. El impacto de ProgresA en la condición de la mujer y en las relaciones al interior del hogar.

las decisiones, si su esposa tiene menor educación, si tiene menos experiencia laboral antes del matrimonio, si no habla español, o sí habla lengua indígena.

Las transferencias económicas disminuyen la incidencia del esposo como única persona que toma las decisiones.

Existe un incremento a través del tiempo en la probabilidad que las mujeres decidan sobre el uso de su ingreso extra, sin embargo, en general, las mujeres toman sus propias decisiones en cuestión de compra de alimentos, mientras que los hombres o parejas deciden sobre los gastos mayores del hogar.

Las mujeres describen un sentido nuevo de empoderamiento al no tener que pedir dinero a sus esposos cada vez que quieren comprar algo. Sin embargo, señalan “antes los esposos daban dinero para comprarle zapatos a los niños y ahora la mujer los paga, por ejemplo, le da menos dinero de lo que antes le daba, esto tiene implicaciones para los beneficios netos de las mujeres”.

El PROGRESA mejora el logro educativo con relación a los niños de la misma edad, esto está relacionado con las intervenciones múltiples que vinculan la capacitación de las mujeres, el acceso a salud y educación.

Las mujeres apoyan fuertemente la designación de ellas como las titulares beneficiarias del Programa y sostienen que ellas son más responsables con el dinero, y por lo tanto más recursos se gastan en la familia...es más probable que los hombres gasten el dinero que reciben en alcohol...PROGRESA es para satisfacer las necesidades del hogar, como alimentos, y son las mujeres las que saben cuáles son las necesidades del hogar. A pesar de estas afirmaciones de las mujeres involucradas en el programa, se hace necesario investigar en profundidad el tema de uso del dinero, pues los médicos entrevistados señalan que los hombres les quitan el dinero.

PROGRESA ha impulsado el reconocimiento de la importancia de las mujeres en la familia, así como ha reconocido que el grado de responsabilidad de las mujeres hacia la familia es mayor a la de los hombres.

La evaluación reporta que los informantes consideraron útil haber incluido a los hombres en la asamblea comunitaria de PROGRESA, en donde se explicaron las responsabilidades de las beneficiarias y las actividades del Programa, de manera que cuando las mujeres tuvieron que salir de casa para participar en estas actividades, los esposos estuvieron en posición de entenderlo.

Las mujeres participantes en el programa reportan cambios personales que son formas de empoderamiento, incluyendo una mayor libertad de movimiento, confianza en sí misma, y “apertura mental”. Los tipos de cambios reportados caen en tres categorías: 1) las mujeres salen con más frecuencia de sus casas; 2) las mujeres tienen oportunidad de comunicarse entre sí sobre preocupaciones, problemas y soluciones, y 3) las mujeres se sienten más cómodas cuando hablan en público. Estos cambios son más fuertes en las promotoras que en las beneficiarias, incluso algunas beneficiarias no reportaron ningún cambio. Es importante señalar que las reuniones mensuales se centran en el funcionamiento del programa y podrían ser una oportunidad de capacitación en

habilidades básicas para la toma de decisiones, o en aquellos temas que realmente les interesen a las mujeres y les permitan empoderarse.

El programa no contempla una aproximación específica al tema de género, re - socialización de género, redes de apoyo frente a violencia doméstica, rehabilitación de víctimas y victimarios de violencia doméstica y sexual, etc. Los resultados sugieren que las mujeres se están beneficiando del reconocimiento de su importancia en la familia, de la nueva libertad de movimiento, y de una mayor confianza, conciencia y conocimiento, sin tener que pagar un precio muy alto con relación a la armonía al interior del hogar. No obstante los cambios en las relaciones al interior del hogar originados por el Programa parecen ser modestos.

Es poco lo que se ha explorado en el cambio de relaciones entre hombres y mujeres, sin embargo, las beneficiarias reportan que las pláticas de salud, les han dado una serie de conocimientos que antes no tenían, sobre higiene, alimentación, enfermedades y sobre todo, sobre planificación familiar.

Sin embargo, la creación del “grupo de mujeres PROGRESA” siendo que está teniendo un efecto del empoderamiento de esta población específica, corre el riesgo de propiciar divisiones sociales internas en la comunidad.

La modalidad de ayuda de PROGRESA se centra en los individuos como beneficiarios y no incluye a organizaciones locales. Esto limita las oportunidades para el tipo de empoderamiento que puede ocurrir cuando las mujeres participan en organizaciones, y los efectos indirectos de desarrollo, que pueden ocurrir cuando se acumula capacidad de organización, capital social y el tipo de aprendizaje que ocurre a través de la participación en grupos.

La lucha contra la pobreza extrema diseñada desde el nivel central, que no incluye un proceso de empoderamiento de la comunidad que la haga conciente de sus posibilidades de desarrollo al utilizar los recursos de salud, educación y alimentación con que cuentan y la haga partícipe de la toma de decisiones en la definición sobre la asignación de los recursos públicos a las familias más pobres y en extrema pobreza, así como en la implementación, evaluación y rendición de cuentas del programa, corre el riesgo de redituar intervenciones que no transfieren capacidades al espacio local y rompen el tejido social ya frágil por la pobreza y la exclusión social.

En relación a los niñ@s y adolescentes, el PROGRESA ha impactado en el imaginario sobre la importancia de la educación de las niñas y niños. Las mujeres plantean cuatro razones que argumentan a favor de la educación:

- 1.-la educación es importante para la capacidad que pueden tener las niñas en obtener empleo, o un mejor empleo, un mejor sueldo, y una menor explotación..si el matrimonio fracasa, el marido la abandona o la relación termina mal, la mujer podrá mantenerse a sí misma y a los niños.
- 2.- la educación ayuda a que las niñas vivan en general mejor, con relación al ingreso, al desarrollo personal, a la posición en la familia, y a la probabilidad de que tarde más en casarse.
- 3.- la educación permite que las niñas y las mujeres se

defiendan mejor con el mundo exterior. 4.- la educación hace que las mujeres se valoren más a sí mismas.

En las zonas donde existe el PROGRESA la asistencia y permanencia de los niños y las niñas en las escuelas ha aumentado. El gobierno ha puesto énfasis en la asistencia de las niñas, lo que puede impactar en la toma de conciencia social sobre esta inequidad histórica y propiciar un cambio de actitudes: “Cuando los programas del gobierno se aplican en contra de los prejuicios socio-culturales, estos pueden tener éxito en cambiar las actitudes por la presencia de hecho de que las niñas asistan a la escuela; en generar discusión y conciencia sobre la educación de las niñas y reducir el sesgo contra su educación; y ofrecer a las niñas la oportunidad para tener éxito y para demostrar el valor de educarlas. Sin embargo, tal éxito será menos aparente mientras no existan mayores oportunidades de empleo para las mujeres (en el sector formal o informal) y en la medida en que las niñas sigan casándose jóvenes y parezca que no “aprovechan” esta educación”.

El programa tiene fallas para brindar información adecuada al nivel de instrucción y al imaginario cultural de las promotoras que constituyen el eslabón con la comunidad, aparentemente “PROGRESA se interesa más porque los incentivos del programa funcionen, que por el hecho de que los beneficiarios puedan comprenderlos”. Esto sucede por ejemplo con las promotoras, las cuales no han sido capacitadas para entender mejor, apropiarse y enriquecer los principios y la estructura de incentivos del programa para estar en condiciones de compartir esta información con los beneficiarios. Las evaluaciones reportan que muchas veces las promotoras no pueden sustentar las razones de mayores incentivos para la educación de la niña o porqué se selecciona a las madres, o las razones para que toda la población participe en las pláticas de salud aunque no sena beneficiarios, etc.

La expectativas de las mujeres beneficiarias del programa, se concentran en mejorar sus condiciones para obtener un empleo, en este sentido, el PROGRESA debería incorporar en sus componentes de educación de adultos, uno destinado a oficios y a inclusión en el mercado de trabajo o a generación de actividades productivas. Incluso, un tema presente en las expectativas se refiere a alfabetización, “aprendes a leer y escribir, para llenar solicitudes y firmar papeles, para ayudar a sus niños en sus estudios y con las tareas, y para “defenderse” en las esferas tanto públicas, como privadas. Los doctores entrevistados dijeron que otras formas de educación de adultos tales como enseñarlos a leer y escribir, a sumar y a restar, son elementos críticos para el buen funcionamiento del Programa PROGRESA.

Es relevante que las evaluaciones reporten que una de las expectativas centrales de las mujeres es que se eduque a los hombres, específicamente sobre: cómo tratar a las mujeres y a la familia; control de la natalidad /planificación familiar; violencia doméstica; educación para las parejas; la importancia de los cuidados de la salud para toda la familia. Estas expectativas nos hablan justamente de los temas postergados por el Programa y por la mayoría de programas cuando no han transversalizado la perspectiva de equidad de género, vale decir cuando no hay explicitado la centralidad de impactar en las formas de reproducción de la dominación de hombres y mujeres. Si bien es cierto, el PROGRESA afecta áreas claves de los “síntomas de la inequidad”, como son la educación de las niñas

y el acceso a ingresos de las mujeres, sus estrategias necesitan ser completadas en una perspectiva más integral que ponga en cuestión las formas de dominación y promueva la generación de nuevas maneras de interacción entre hombres y mujeres.

V.3.-Brazil: La saúde da Família, un programa nacional para fortalecer la Atención básica de salud para los más pobres incluyendo la participación y el control social. ¿Empodera a las mujeres?

El Programa do Saúde da Família (PSF), fue creado en 1994 por el Ministerio de Salud, ha sido implantado por todas la regiones de Brasil. Hasta diciembre de 1998, el PSF estaba implantado en 24 estados, en 1219 municipios y 3,119 equipos⁴¹, siendo que para octubre de 1999, había llegado a 1,693 municipios, en 27 estados.

El PSF está inspirado en experiencias obtenidas en otros países cuya salud pública logró niveles interesantes de calidad, con inversión en promoción de la salud, como Cuba, Inglaterra y Canadá; estuvo precedido por la creación del Programa de Agentes de Salud Programa Agentes de Saúde (Ceará-1987) y PACS - Programa Agentes Comunitarios de Saúde (Brasil-1991).

El propósito central del programa es reorganizar la práctica de atención de salud en nuevas bases, sustituyendo el modelo tradicional y llevando la salud cerca a la familia, con eso, se busca mejorar la calidad de vida de los brasileros.

Sus objetivos principales son:

- Brindar una atención de calidad, integral y humana en unidades básicas municipales, garantizando el acceso a asistencia y prevención en todo el sistema de salud, de forma de satisfacer las necesidades de todos los ciudadanos.
- Reorganizar la practica asistencial con nuevas bases y criterios: atención centrada en la familia, entendida y percibida a partir de su ambiente físico y social.
- Garantizar equidad en el acceso a atención de salud, de forma de satisfacer las necesidades de todos los ciudadanos del municipio, avanzando a la superación de las desigualdades.

Principios fundamentales de la estrategia de saúde da Família:

- Avanzar en el proceso de descentralización.
- Integralidad y establecimiento de la línea jerárquica de los servicios.
- Territorialización y catastramiento de la clientela.
- Participación y control social.
- Actuación basados en equipos multidisciplinares.

⁴¹ Ministerio de Salud del Brasil. Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família - PSF. Brasília, 2000. 65p.

Esto se traduce en:

Desarrollar procesos de trabajo basado en los conceptos de prevención, promoción y vigilancia de la salud. Lo que implica actuar en los momentos más precoces del inicio de la transmisión de las enfermedades, así como sobre los riesgos sanitarios, ambientales e individuales. Esta actuación garantiza mejores niveles de salud y de calidad de vida para todos.

Carácter substitutivo, la idea es sustituir las prácticas convencionales de asistencia por un proceso de trabajo basado en el concepto de promoción de la salud.

Integralidad y jerarquización; las unidades básicas de salud están insertas en el primer nivel del sistema municipal de salud (atención básica). Debe estar vinculada a la red de servicios, de forma tal de garantizar atención integral, asegurando la referencia y contrareferencia para los diversos niveles, inclusive los de mayor complejidad tecnológica para la resolución de situaciones u problemas identificados.

El Equipo de salud de la Familia es multiprofesional, se compone básicamente por un médico de familia y comunidad, un enfermero de salud pública, un auxiliar de enfermería, 4 a 6 agentes comunitarios de salud. Desde octubre del 2000 se incorporó en el equipo mínimo a odontólogos.

La participación de universidades, en la creación de polos de capacitación, formación y educación continua en salud de la familia, constituye un marco diferencial de la capacitación dirigida a profesionales que vienen actuando en los equipos.

Las unidades de salud de la familia deben ser capaces de resolver problemas de salud más comunes y de manejar nuevos saberes que promuevan la salud y prevengan las enfermedades.

El trabajo desarrollado por el Programa de Salud de la Familia y los Agentes Comunitarios de salud (ciudadanos de la propia comunidad que son entrenados para realizar visitas domiciliarias y orientar a las familias), busca llevar a cada domicilio el acceso a tratamiento y prevención de las enfermedades. Estos equipos van hasta las casas, prestando atención, determinando los principales problemas y, evitando la ruptura innecesaria con las unidades de salud, así juntos, buscan las mejores soluciones para enfrentar los desafíos locales que puedan estar determinando los problemas de salud, antes que ellos se instalen de modo más grave.

Las comunidades que no cuentan con ESF, pueden solicitar a su municipio que su comunidad sea censada/catastrada y pase a contar con acciones que promuevan la salud, identificando preventivamente los riesgos a los cuales está expuesta la comunidad. Junto con la comunidad, cada equipo debe elaborar un plan para enfrentar los principales problemas detectados a trabajar para desarrollar educación en salud preventiva, promoción y calidad de vida de los habitantes del área.

Responsabilidades del Equipo de Salud de la Familia:

- Conocer la realidad de las familias de las cuales son responsables (características socio económicas, demográficas y epidemiológicas).
- Identificar los problemas de salud más comunes y las situaciones de riesgo a los que la población está expuesta.
- Elaborar con participación de la comunidad, el plan local para el enfrentamiento de los factores que colocan en riesgo la salud.
- Promover la vigilancia de la salud y la vigilancia epidemiológica, de los pacientes de diversas edades; controlar enfermedades transmisibles, como TBC, hanseniasis, enfermedades de transmisión sexual y SIDA, entre otras.
- Valorizar la relación con el usuario y la familia y crear vínculos de confianza.
- Resolver la mayor parte de los problemas de salud detectados y cuando no fuera posible, garantizar la continuidad de tratamiento a través de una adecuada referencia del caso.
- Desarrollar procesos educativos a través de grupos centrados en la recuperación de la autoestima, intercambio de experiencias, apoyo mutuo para mejorar el autocuidado.

Los ESF, brindan atención ambulatoria a través de consultas y otros procedimientos, visitas domiciliarias, educación para la salud, vigilancia epidemiológica, participación en eventos de las comunidades, articulación con los demás sectores del municipio, entre otras.

Su implementación prevé la realización de educación permanente con los profesionales integrantes de los equipos, a través de la oferta de cursos de especialización en salud de la familia, para profesionales de nivel superior y cursos de capacitación para los agentes comunitarios de salud de salud. Esos cursos se realizan en convenio con las Universidades y escuelas de salud, incluso existe una residencia en salud de la familia en algunos estados, cuyo público blanco son también profesionales de nivel superior.

El PSF es marcadamente innovador porque plantea una relación interactiva entre los profesionales y las comunidades.

El equipo trabaja durante 40 horas por semana; sus actividades priorizan la promoción de la salud, a partir de acciones básicas capaces de atender el mayor número de personas dentro de un área geográfica y poblacional definida. Algunos municipios por dificultades de contratación de personal optaron por implantar solamente un programa de agentes comunitarios de salud. En este caso, el equipo consta de un enfermero encargado de instruir y supervisar las actividades de hasta 30 agentes comunitarios de salud.

El agente comunitario de salud es una persona que vive en la comunidad en la que trabaja, por lo menos dos años, con un nivel educativo mínimo establecido por cada municipio y debe ser mayor de 18 años, en la mayor parte de municipios se privilegia la participación de las mujeres.

Siendo que el eje estructurante para organizar la atención básica del Ministerio de Salud, es la estrategia de Salud de la Familia, el nivel central a establecido incentivos técnicos y financieros a los municipios que optan por su implementación.

Para capacitar a los profesionales y agentes comunitarios en las nuevas atribuciones y tareas, el Ministerio de salud está estimulando iniciativas que varían de cursos puntuales hasta la implementación de polos de capacitación que se establezcan como parte de las responsabilidades de las secretarías de salud de cada estado.

La cobertura poblacional del PSF en algunos estados, es superior al 80%, lo que maximiza las acciones de salud y permite revertir el modelo hospitalocéntrico.

La lógica de financiamiento, establecida en 1996, modificó la forma de interacción entre el Ministerio de salud y los municipios, pasando de una basada en producción de servicios a una lógica basada en cobertura poblacional.

El programa se ha expandido de forma tal que puede ser una estrategia nacional, para cambiar el modelo asistencial vigente en el Brasil, en este sentido, es relevante estudiarla, para analizarlas y tratar de explorar las opciones para la transversalización de la perspectiva de género y el empoderamiento de las mujeres.

Según una evaluación realizada en 1999⁴², el 67% de estados en que opera el programa, existe un coordinador nombrado o designado, en algunos estados la coordinación se comparte con otro programa. Los equipos de coordinación son diferentes de estado a estado, los mayores equipos cuentan con 8 técnicos de nivel universitario y los más pequeños, apenas con uno, que es el coordinador; del total de 24 estados con PSF implantado, apenas 9 contaban con por lo menos un médico en el equipo. En el nivel intermedio, los equipos de coordinación incluyen hasta 16 categorías de profesionales, ocupando el mayor porcentaje los enfermeros, seguidos de asistentes sociales, sin embargo, lo interesante del diseño, es que los equipos han logrado incluir profesionales que no han estado tradicionalmente involucrados, como pedagogos, sociólogos, economistas y profesores.

En relación a los principales motivos que llevan a los Secretarios Municipales de Salud a implementar el PSF, ellos señalan:

- Sustitución de la forma tradicional de atención de salud.
- Ampliación del acceso de la población a los servicios de salud.
- Descentralización de la atención básica.

Los criterios de definición de las áreas de implementación del PSF:

- Enfoque de riesgo.
- Reivindicación comunitaria.
- Reivindicación de líderes políticos.

⁴² Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a saúde. Coordenação de atenção básica. Avaliação da implantação e funcionamento do programa de saúde da família – PSF. Relatório preliminar. 1999.

El PSF ha ampliado el acceso a los servicios y ha diversificado los servicios ofrecidos a la población.

El abordaje del PSF se centra en la familia y pretende ser integral:

Comprender la familia en forma integral y sistémica, como espacio de desenvolvimiento individual de grupo dinámico y pasible de crisis.

Identificar la relación de la familia con la comunidad.

Identificar los procesos de violencia en el medio familiar y abordarlo en forma integral y participativa con diferentes disciplinas y sectores de acuerdo con los mandatos éticos y legales vigentes.

Los resultados más importantes del PSF se concentran en:

Disminución de la muerte infantil por causas evitables.

Aumento del número de gestantes saludables, bien informadas sobre el parto.

Mejóro la calidad de vida de los adultos mayores.

Mejóro el índice de vacunación.

Hipertensos y diabéticos son diagnosticados, acompañados y tratados.

Pacientes de TBC y hanseniasis son localizados y tratados.

Aumentó el espacio para el control social efectivo.

En las acciones de control social participan básicamente:

Consejos: nacional, provincial, municipal y local.

Comisiones interinstitucionales.

Consejo Nacional de secretarios municipales de salud.

Red de educadores populares en salud.

Red de municipios saludables.

Distribución de equipos de salud de la familia, según las actividades realizadas en el área de desarrollo antes y después de la implementación del PSF. Brasil 1999.

	Actividades	% de actividades en el área antes de la implementación	% de actividades en el área después de la implementación
Pre natal	Consulta de enfermería	22,1	86,2
	Consulta médica	43,8	93,7
	Vacunación con Toxoide tetánico.	53,3	92,9
	Utilización de carné de gestante	44,8	96,5
	Provisión de sulfato ferroso	45,6	91,3
	Evaluación del estado nutricional	31,8	93,1
Asistencia a la puerpera	Consulta de enfermería	14,1	85,6
	Consulta médica	30,9	90,7
Atención al niño	Consulta médica	51,4	97,9
	Consulta de enfermería	21,7	90,5
	Inmunización	57,1	93,1
	Utilización de carné del niño	53,1	98,3
	Complemento alimentario	27,0	81,0
Recolección de muestra para Papanicolau	Hecha por médico	26,1	52,4
	Hecha por enfermero	16,1	67,5
Planificación familiar	Consulta médica	25,2	81,5
	Consulta de enfermería	16,5	79,8
	Distribución de preservativos (*)	24,9	77,0
	Inserción de DIU(*)	6,8	28,7
Atención del adulto	Consulta médica	55,3	96,9
	Consulta enfermería	18,5	86,4
Consulta ginecológica (*)		27,4	80,2
Control de hipertensión (*)	Busca activa de casos	13,9	96,0
	Diagnóstico	34,4	97,9
	Tratamiento	34,8	98,5
Control de diabetes (*)	Busca activa de casos	12,7	93,9
	Diagnóstico	31,7	96,1
	Tratamiento	32,5	97,0
Control de enfermedades de	Busca activa de casos	9,9	78,4
	Diagnóstico	28,3	92,8
	Tratamiento	29,0	94,0

transmisión sexual (*)	Investigación de contactos y consejería para pacientes en riesgo	16,3	83,6
Control de Hanseniasis (*)	Busca activa de casos	13,4	78,0
	Diagnóstico	14,3	68,2
	Tratamiento	12,5	59,0
Control de TBC (*)	Busca activa de casos	14,8	87,3
	Diagnóstico	18,6	79,9
	Tratamiento	16,2	67,4
Acciones de vigilancia epidemiológica (*)	Notificación inmediata	33,4	96,5
	Investigación epidemiológica	24,4	91,4
	Bloqueo: vacuna, quimioprofilaxis.	25,6	89,1
Acciones para el adulto mayor		10,6	78,2
Acciones para adolescentes		8,6	64,0
Pequeñas cirugías		26,7	61,2

(*) no están incluidos los municipios de los estados de Río de Janeiro y Minas Gerais.

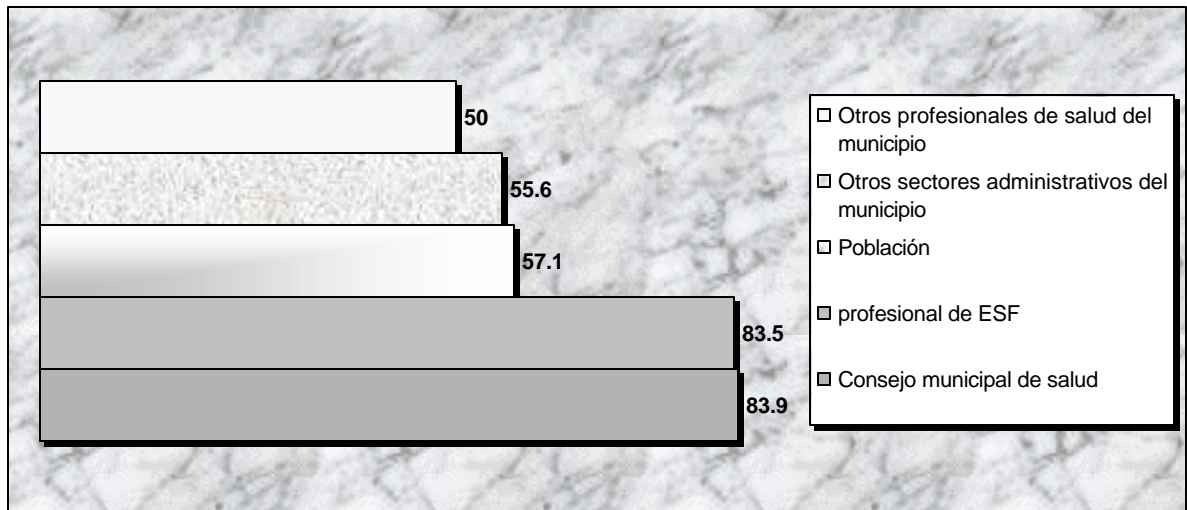
En relación a disponibilidad de equipos, materiales, vacunas, exámenes de laboratorio e insumos básicos para asegurar una buena calidad de atención, la evaluación reporta: “se observó una disponibilidad relativamente buena de instrumentos básicos en funcionamiento de los ambulatorios de atención primaria, tales como estetoscopio, termómetro y balanzas. Más del 80% de los ESF refirieron tenerlos en perfectas condiciones de uso. Sin embargo, 19.3% de ESF, en el momento de la evaluación no tenían un tensiómetro en buenas condiciones, oftalmoscopio (14,6%), material para parto (15%), ambu (19,8%), glicosímetro (29,7%), doppler (44,9%), materiales para pequeña cirugía (56,6%), medicamentos para suero de emergencia (63,3%) y otoscopio (66,9%)...fue registrada la disponibilidad de otros equipamientos en algunos equipos, como electrocauterio, autoclave, estufa, balones de oxígeno, etc. Entre el 64,6% y el 84,4% de los equipos refirieron que existían vacunas en el momento de la evaluación, siendo que la triple, polio, sarampión, llegan al 84%, la BCG en e 76,3% de los equipos. Sin embargo, la población atendida por el 35,4% de los equipos del programa, necesitaban completar el carné de vacunación pre natal, pues no contaban con toxoide tetánico disponible.

En relación a material curativo, el 62,6% reportaron que b tenían en cantidad suficiente, 2,5% reportaron no tener este tipo de material.

Lo más sorprendente es que el material educativo para el trabajo con la población, en el 60.1% del total de equipos fue insuficiente, sólo el 40,5% contaba con televisor y video para las sesiones educativas.

La supervisión está a cargo de las coordinaciones estatales, el sistema de información en salud, especialmente el Sistema de Información de Atención Básica y la rendición de cuentas está dirigida básicamente al gestor municipal, quien es el encargado de tomar decisiones relacionadas con los equipos de PSF. Los resultados de las evaluaciones son transmitidas al Consejo Municipal de Salud y en 83,5% de los casos, a los profesionales de los equipos del PSF.

Distribución de municipios evaluados de acuerdo a los destinatarios de la divulgación de los resultados del proceso de acompañamiento y evaluación del trabajo de equipos de salud de la familia, Brasil, 1999.



Según la opinión de la mayoría de coordinadores estatales del PSF y para el 95,4% de los secretarios municipales, éste se ha constituido efectivamente en una estrategia de reorganización de la atención básica en sus estados.

Con la implementación del PSF han emergido problemas de salud que antes eran ignorados por la planificación sectorial, como el tema de violencia, salud mental, salud sexual, saneamiento básico, higiene, sedentarismo, etc. Asimismo, ha permitido a los profesionales de salud, repensar prácticas, valores y conocimientos y desarrollar nuevas habilidades, impactando incluso en el currículum de formación de profesionales de salud en el Brasil.

Los profesionales necesitan saber hacer planes de acción participativos, en base al conocimiento de los determinantes de la salud individual, familiar y comunitaria. Estos planes deben explicitar estrategias y medios de implementación, lo que implica apropiarse de una racionalidad gerencial, intersectorial y simultáneamente participativa, consultiva, en términos interdisciplinarios y con la comunidad. Finalmente, la estrategia ha colocado un tema no menor en los diseños de provisión de servicios públicos y es el núcleo de partida, en este caso, la familia como núcleo básico, frente al cual se deben garantizar insumos, formas de educación popular diferenciada por miembro y que integre

al conjunto en forma de grupo de autoayuda para el autocuidado de su salud y para su relacionamiento con la red del sistema de salud. Finalmente, estos ESF deben tener las habilidades y capacidades para rendir cuentas públicas de su accionar, involucrando a los diferentes actores sociales y estimulando el control social y la ciudadanía en salud.

En relación a las limitaciones para implementar el PSF, se mencionan:

Formación inadecuada de los profesionales, número insuficiente de médicos, falta de recursos financieros, dificultades financieras de los municipios, falta de comprensión de los gestores sobre el modelo y cultura institucional frena el desarrollo del nuevo modelo

El PSF permite la transferencia de recursos para la estructuración de equipos y unidades, buscando integrar procedimientos de otros niveles de complejidad del Sistema Único de Saúde – SUS y perfeccionar tecnologías de gestión con el objetivo de aumentar la capacidad resolutive del sistema⁴³.

El agente comunitario de salud, generalmente es una mujer, quien constituye el eslabón del estado con la comunidad, según Cisne⁴⁴ “la primera experiencia de agentes comunitarios como estrategia estructurada de salud pública, ocurrió en Ceará en 1987, con el objetivo doble de crear oportunidades de empleo para las mujeres y al mismo tiempo, contribuir para disminuir la mortalidad infantil, priorizando acciones de salud de la mujer y el niño. Esta estrategia se expandió rápidamente en el Estado, atendiendo prácticamente todos los municipios en tres años, siendo asumida por el MINSA más o menos con los mismos moldes, en 1991.

El perfil, atribuciones y competencias de los ACS es un poco polémica. Todavía no se consiguen determinar de manera clara y efectiva, sin embargo, se asume que “es alguien que se identifica, en todos los sentidos con su propia comunidad, principalmente la cultura, lengua, costumbres”, como afirma un ACS de Recife. Sus responsabilidades son: Identificar señales de situaciones de riesgo, orientar a las familias y comunidades y encaminar – comunicar a equipos los casos y situaciones identificadas. Ese conjunto de atribuciones deben tener como telón de fondo las cuestiones políticas y sociales, principalmente las ligadas a las competencias de promoción de la salud.

Dada la falta de una clara delimitación de sus atribuciones, su papel ha sido distorsionado, sobrecargando, muchas veces, su trabajo. Cualquier acción que deba ser desarrollada por las familias y la comunidad es atribuída a los ACS. Así, la identificación de los niños que están fuera de la escuela, la mala disposición de agua, creando criaderos del mosquito del Dengue...todo eso y mucho más es responsabilidad del ACS. Eso tiene implicación directa en el proceso inadecuado de calificación, pues pasa a recibir diversos

⁴³ Ministério da Saúde. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. S/f.

⁴⁴ Cisne Tomaz José Batista. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super – herói” Interface. Comunic, Saúde, Educ, v6, n10, p.75-94, fev 2002.

micro entrenamientos, fragmentados, dados por diferentes programas, fuera de contexto y sin una secuencia lógica”.

Analizando el PSF en función de la tipificación del Modelo de Gestión:

Este tipo de política puede calificarse como **política estratégica tendiente a ser política focalizada**, pues la flexibilidad de su implementación y diseño está dada por el marco de ejecución que es local, en este sentido, incluye diferentes componentes que hacen muy variable su tipificación en el nivel local.

Si bien la institucionalidad del programa es sectorial, pero su carácter local y su mandato de trabajo promocional intersectorial, le da características especiales, asimismo, el programa, a través de los diferentes niveles de concertación que logre con la comunidad y con las familias, puede darnos cuenta de grandes variaciones en la oferta, las cuales han afectado incluso las normas nacionales de constitución del ESF (han tenido que incluir odontólogo en el equipo mínimo), lo que implica que aún cuando la oferta tenga un paquete de prestaciones establecidas, esto es flexible.

Nótese que la característica de flexibilidad está presente porque las cuotas de poder diversifican los actores sociales involucrados, los cuales van desde la familia, el ESF, el secretario municipal, el Estado y el nivel central y por el lado de la comunidad, por el consejos municipal de salud, el estadual, y el nacional.

La política incluye una clara voluntad de forzar la interacción directa del equipo de salud con la comunidad en la que trabaja y define como núcleo de interacción la familia, aún cuando asume que el Consejo Municipal de salud, constituye una expresión organizada de la comunidad, con sus diferentes niveles de empoderamiento y exclusión. Sin embargo, es claro que esta política se enmarca en la necesidad de cerrar brechas históricas con la población en mayor riesgo y vulnerabilidad, con los más pobres, su éxito se relaciona también con la forma en que prioriza y selecciona el espacio de desarrollo, en el que simultáneamente elimina toda forma de duplicidad del sistema, pues donde existe un ESF, no puede existir un servicio tradicional de salud.

Si analizamos el PSF desde la perspectiva de estrategia de intervención, encontramos que:

En términos de objetivos, el PSF está dirigido a promover las capacidades de autocuidado y atender la salud, su estrategia es discriminante porque diferencia situaciones específicas y hay una prestación o satisfactor para cada uno, además cubre múltiples necesidades. En términos de definición del grupo objetivo, esta se da desde la carencia, desde el riesgo de enfermar y morir, desde el nivel de vulnerabilidad, en este sentido, es una política normalizadora, que de incluir el capital social y las capacidades de la población y las familias con las que trabaja, podría transitar a convertirse en una política habilitadora.

Conclusiones del caso.-

El PSF es una política descentralizada de salud pública, centrada en cerrar las brechas de inequidad en el acceso oportuno a los servicios de salud, con la población en situación de pobreza y vulnerabilidad, utilizando como puerta de entrada la familia y la comunidad, con especial atención en la mujer como interlocutor sanitario al incluirla mayoritariamente como agente comunitario de la salud y como cliente, al privilegiar acciones específicas frente a la violencia doméstica y sus necesidades como mujer adulta, niña y madre.

Siendo que es una estrategia de magnitudes nacionales y de expresión local, constituye una oportunidad central para transversalizar la perspectiva de género, ya no sólo a nivel del conocimiento de la situación de la mujer y del manejo de la información pública de los problemas de salud, sino a nivel de la generación de mecanismos que pongan en el debate familiar y comunitario las formas de reproducción de la inequidad de género en las interacciones de pareja, entre padres e hijos y entre mujeres y hombres a nivel social, centrándose en los efectos que esto tiene a nivel de la salud individual, comunitaria y global.

No hemos podido acceder a información específica sobre el impacto del PSF en los procesos de empoderamiento de las mujeres en las familias, sin embargo, los diversos reportes realizados permiten ver que la flexibilidad del programa ha permitido por ejemplo, la inclusión de l@s jóvenes como Agentes comunitarios de salud y en el desarrollo del plan local de salud, asimismo, existe evidencia de la participación activa de niños y adolescentes impulsadas por los equipos de salud familiar, para impulsar la educación de pares en la escuela, especialmente en lo relacionado a sexualidad y salud reproductiva. No tenemos evidencia sobre la forma de interacción entre los programas de salud de la mujer, adolescentes, u otros, aunque aparentemente, el impacto se da a través de la normatividad y la cooperación local. Sería absolutamente relevante, para nuestros fines, investigar o contar con información de investigaciones sobre el impacto cualitativo en la vida de las familias más pobres de este tipo de programas y su interacción con los procesos comunitarios y los procesos y metodologías más exitosas utilizadas a nivel local.

Cabe subrayar que el programa de salud familiar trabaja directamente con uno de los elementos centrales del capital social y es la generación de confianza entre los ESF y la comunidad y familias en específico. Los reportes hacen escasa mención sobre la relación con los Consejos municipales de salud, lo que no permite tener un comentario conclusivo y general al respecto de las redes en las que se involucra la familia y el acercamiento real en la rendición de cuentas públicas entre las autoridades, profesionales de salud y las familias más pobres y vulnerables.

Casos: Tipos de descentralización por país seleccionado

	Tipo	Nivel	Funciones			Contenido
			Rectoría (conducción evaluación)	regulación,	Financia-miento	
Perú	Delegación – desconcentración	Unidades proveedoras de servicios	Gobierno central	Gobierno central proporciona el financiamiento. Los servicios están autorizados a generar ingresos.	Compartida con la comunidad a través de los Centros Locales de Salud. En los servicios no CLAS, la administración la realiza en centro. En los dos modelos los recursos humanos dependen del MINS central, pero con distinto régimen. En el caso de los CLAS las contrataciones son visadas por la comunidad.	El nivel central define la política nacional y los programas a ser implementados en la provisión, así como el paquete básico de atención. Las regiones de salud elaboran su plan regional, vigilan el cumplimiento de las normas nacionales y supervisan la implementación de los programas, hacen evaluación periódica. Los servicios de salud local implementan los programas y rinden cuentas al sector. Los servicios de salud bajo la forma de CLAS involucran a representantes de la comunidad para la elaboración del plan local que debe ser visado por el nivel regional y por el nacional, además participan en la implementación y evaluación del plan local de salud.
Brasil	Devolución híbrida	Estadual: descentralización plena o semiplena. Municipio: descentralización incipiente.	Gobierno central formula políticas nacionales, norma y evalúa directrices generales del Sistema Unificado de salud. Define y coordina los sistemas de redes integradas de salud. Regula la formación, el ejercicio profesional y las relaciones entre el SUS y los productores privados. El nivel Estadual formula sus políticas de	El gobierno central transfiere recursos provenientes del fondo nacional de salud formado por recursos del presupuesto de seguridad social y del presupuesto de la Unión. Define criterios de asignación de recursos para cobertura asistencial.	El nivel central se encarga de la contratación de personal, sueldos y salarios, horas de trabajo y capacitación, así como del apoyo al desarrollo de RRHH. Las secretarías estaduais se encargan de la contratación de personal,	El gobierno central realiza programación de la oferta de servicios, horario de atención y mecanismos de acceso a la atención. El nivel estadual realiza la programación del tipo de servicios prestados, horarios de atención y mecanismos de acceso a la atención. Las secretarías municipales de

Organización Panamericana de la Salud – Unidad de Género y Salud

			<p>acuerdo a la política nacional. Coordina red estadual de laboratorios de salud pública y homocentros. Norma los procedimientos de control de calidad. Las secretarías municipales de salud elaboran acciones de vigilancia del ambiente y de procesos de trabajo. Formula política municipal en salud en concordancia con políticas estadales y nacionales. Planea, controla y evalúa las acciones y servicios de salud. Norma complementariamente las acciones y servicios de salud.</p> <p>La comunidad aprueba los planes de salud, hace fiscalización de recursos y supervisión de las políticas en su ámbito de actuación.</p>	<p>Hace cooperación financiera a municipios. El nivel estadual transfiere recursos propios, presta cooperación financiera a municipios.</p> <p>Las secretarías municipales de salud tienen capacidad para hacer recaudación tributaria, por lo tanto también generan recursos propios.</p>	<p>sueldos y salarios, horas de trabajo y capacitación. La mayor parte de las contrataciones se realizan a este nivel.</p> <p>Las secretarías municipales de la salud participan en la contratación de personal.</p>	<p>salud realizan programación del tipo de servicios prestados, horarios de atención y mecanismos de acceso a la atención.</p>
México	Devolución híbrida	Estadual	<p>Gobierno central norma salubridad gral., define y dirige políticas, estrategias y programas nacionales. Supervisa y evalúa. Coordina el sistema nacional de salud. Los estados hacen control y vigilancia sanitaria y regulan la salubridad local y gral.</p> <p>El nivel local vigila el cumplimiento de la legislación sanitaria y fomenta acciones de salud en la zona.</p>	<p>Gobierno central hace la planeación presupuestaria, financia el 100% del paquete básico, establece las pautas presupuestarias y financieras para la operación de la estructura administrativa a cargo de los servicios estadales de salud. El nivel estadual apoya la formulación de programas y presupuestos anuales que correspondan a la estructura administrativa encargada de los servicios estadales de salud.</p> <p>Los Centros de salud generan recursos propios. La comunidad participa con el co-pago.</p>	<p>El gobierno central revisa las plantas de personal y los sueldos, así como la creación de puestos que los gobiernos estadales propongan, los que somete para su aprobación a la Secretaría de Hacienda y Crédito público. El nivel estadual propone modificaciones de puestos y sueldos. Formula e implementa los programas de formación y desarrollo de RRHH. Se encarga de las relaciones laborales.</p> <p>El nivel local administra los RRHH a su cargo.</p>	<p>Gobierno central define programa nacional.</p> <p>El nivel estadual define el contenido del paquete básico de salud y el programa estadual de salud. La jurisdicción sanitaria local elabora el diagnóstico de su zona.</p>

Sistema y estructura de gobierno en los países seleccionados, año 2003

	Perú	Brasil	México
Sistema de gobierno	Unitario	Federal	Federal
Nivel central	Nacional	Federal	Federal
Nivel intermedio	25 regiones	26 Estados, 1 distrito capital	31 Estados más un distrito federal
Nivel local		5,200 Municipios	2,400 Municipios

VI.- A modo de conclusiones y recomendaciones.-

Eficiencia.-

La descentralización de la provisión de los servicios de salud aumenta ostensiblemente la eficiencia de los servicios siempre que la democratización, y el control social sean efectivos. Si no se incluyen mecanismos de planificación participativa, rendición de cuentas públicas y fiscalización ciudadana, las oportunidades de corrupción y apropiación de los servicios públicos por los sectores más poderosos del espacio local pueden multiplicarse. La presencia de mujeres capacitadas y con liderazgo comunitario, en los espacios de poder y de gestión mejora la eficiencia de los servicios locales, por su tradicional experiencia en el manejo de escasos recursos, el mayor vínculo que tiene con los problemas de salud de la familia y de los más vulnerables y su experiencia en el establecimiento de redes locales de sobrevivencia, que pueden ser el punto de partida para generar redes locales de ciudadanía en salud.

Participación.-

La descentralización ha traído consigo cambios estructurales decisivos para facilitar la participación democrática, pero sólo excepcionalmente se ha logrado viabilizar una participación ciudadana en la gestión pública que vaya más allá de las elecciones. Como hemos podido ver en los tres casos revisados, la participación comunitaria se ha fortalecido, sin embargo, ni en Perú ni en México se ha dado un proceso sistemático de empoderamiento y de inversión pública en el desarrollo de capacidades para la participación ciudadana en salud de parte de los más pobres y vulnerables, se sigue trabajando desde la perspectiva de la carencia y no se han incluido las variables de capital social y cultural, este pareciera el gran reto, que ya está enfrentando Brasil por medio de su estructura de consejos locales, municipales, provinciales y nacionales, en salud y a través de los procesos de capacitación sostenida de los equipos de salud familiar y de los agentes comunitarios de salud, componente de los que adolecen las políticas analizadas para el Perú y México. Cabe anotar que en el caso de México existen fuertes riesgos de ruptura del tejido social de los pobres con la implementación del programa, dado su claro diseño focalizador.

Equidad.-

Los procesos de descentralización han estado acompañados en una primera instancia, de cambios en los mecanismos de diseño de la provisión y las formas de inclusión a la población en situación de pobreza y vulnerabilidad, los que han representado avances muy significativos respecto a situaciones anteriores, actualmente se aprecian tendencias persistentes a diferenciaciones territoriales en términos de calidad y cantidad de los servicios a que tiene acceso la población (los cambios son lentos y las capacidades se acumulan en un espacio de tiempo, no se crean por mandato), lo que no es compatible con el objeto de equidad. Esta diferenciación se estaría dando particularmente en los países federales, pero también, y esto en forma generalizada, en el nivel municipal, debido principalmente a una gran disparidad en los recursos de libre disponibilidad con que cuentan los municipios. Sin embargo, los CLAS, el PROGRESA y el Programa de Salud Familiar muestran profundos cambios en la inclusión de los más pobres, hoy es innegable que constituyen estrategias que están cerrando brechas de inequidad, para los diferentes grupos étnicos y para mujeres y hombres.

Equidad de género.-

Las tres políticas nos revelan la centralidad de la mujer como agente de cambio para la vida de sus comunidades y para la de sus congéneres, especialmente para sus hijas. Sin embargo, en el terreno de los mecanismos de reproducción de la inequidad de género que ellas viven día a día, es poco lo avanzado; la agenda de las políticas que se vienen instalando no incluye en forma explícita la lucha contra la forma de socialización de hombres y mujeres que legitima y naturaliza la dominación y marginación de la mujer.

Los procesos de empoderamiento y fortalecimiento de las habilidades y capacidades para el ejercicio ciudadano de derechos y deberes, no incluye espacios específicos y sistemáticos para que las mujeres y hombres de diferentes grupos étnicos reflexionen y tomen decisiones sobre las formas en que han sido criados y condicionados y cómo ellos están criando, condicionando y repitiendo la anulación de capacidades humanas de hombres y mujeres y la sobrevaloración de conductas estereotipadas por género. De allí que a pesar que las mujeres participan activamente en los procesos de descentralización de la provisión de la salud, ya sea como cogestoras, agentes comunitarias de salud o beneficiarias directas, no han logrado todavía establecer su agenda en los planes locales de salud y en algunos casos no han mostrado mayores reacciones frente a las políticas regresivas que algunos sectores conservadores vienen implementando en contra de sus derechos sexuales y reproductivos.

Recursos humanos.-

La descentralización del sistema de salud y la participación social trae consigo profundos cambios que hoy por hoy todavía no podemos valorar en su integralidad, sin embargo, hay grandes muestras de nuevos perfiles, valores y habilidades profesionales requeridas para la labor de salud comunitaria, en el contexto de salud como instrumento y fin del desarrollo social integral.

La interacción democrática entre profesionales y comunidad que los CLAS y el PSF exigen y la conciencia de la complejidad en la labor de lucha contra la pobreza que el

PROGRESA muestra a los profesionales involucrados, supone en el corto plazo grandes cambios para los debates en salud pública, las investigaciones y la formación, probablemente en el largo plazo, puede implicar un cambio de cultura en la relación profesional – comunidad, medicina hegemónica-medicinas alternativas, etc. El caso Mexicano es el más tradicional, no ha incluido un cambio sustantivo en la interacción profesionales y comunidad, pues está asociando salud a educación sanitaria en una perspectiva sectorial clásica.

Los adolescentes y jóvenes.-

La fortaleza de los programas de adolescencia y de las redes de adolescentes organizados como sociedad civil, son los ingredientes centrales que hacen la diferencia entre el PSF, los CLAS y el PROGRESA, en el primer caso, Brasil puede mostrar por lo menos dos décadas previas a Perú, de trabajo en salud del adolescente, ellos partieron en la década del 70, mientras Perú lo hizo en el 90, de allí que las acciones en salud de los adolescentes sean mayores e incluso existen estados que incluyen a los jóvenes en la estrategia de educadores de pares y como Agentes Comunitarios de Salud. Lamentablemente la forma “adultista” que ha tomado el diseño del CLAS y la paliativa de PROGRESA les impide ver la gran fuerza comunitaria para el cambio cultural que existe en l@s adolescentes y jóvenes, sin embargo, estos aparecen en los perfiles epidemiológicos como prioridad, pues los hogares encabezados por adolescentes, forman el grueso de las familias más pobres y vulnerables en todos nuestros países, por lo que su inclusión es forzada por la carencia, cuando podría serlo también por la capacidad y oportunidad.

Las urgencias sociales emergen desde lo local.-

La descentralización de la provisión de servicios ha sacado a la luz los determinantes de la salud y sus terribles consecuencias en la vida de los pobres y vulnerables, en especial de las mujeres de todos los grupos étnicos. Esto constituye una gran interpelación para el sistema de salud y para las políticas públicas que afectan y condicionan el “ámbito salud”.

La violencia familiar, la violencia sexual, la marginación de las niñas del ámbito escolar, la sub alimentación de las mujeres, en especial de l@s niñ@s, el trabajo infantil en condiciones de riesgo, el aborto, la insatisfacción e incluso el trauma en la vida sexual, las dificultades de interacción afectiva y de diálogo entre adultos y no adultos (niños, adolescentes, adultos mayores), la falta de habilidades de negociación para el autocuidado de la salud, en especial para la salud sexual, las dificultades para manejar la ira y la violencia, la exclusión, abandono e incluso ocultamiento de las personas con TBC, hanseniasis, síndrome de down, etc, todo ello sale a la luz con la dureza y avasallamiento del dolor que por fin se muestra en pleno a quien lo quiere ver, atender, acompañar y ayudar a curar.

La pobreza no sólo deja cicatrices, tiene heridas abiertas y de eso pueden dar cuenta ahora los profesionales que han tenido que salir de sus servicios y acercarse a las viviendas de la población, brindar capacitación a esos ciudadanos olvidados, que no pisaron una escuela o que por desuso se olvidaron de leer, concertar con las organizaciones de los pobres, llenas de esperanza mezclada con histórica desconfianza al “leído”, al poderoso, al representante del Estado.

Hoy, el sistema de salud ha abierto una gran represa y la demanda crece por caminos no controlados, no conocidos. La urgencia en la generación de conocimientos y habilidades de parte del sector salud para atender las cicatrices y heridas de la pobreza, multiplica el reto para los diseñadores de política. Los paquetes de prestaciones no pueden limitarse a los estándares tradicionales, ya no basta el control pre natal si se sabe que la embarazada es violentada en casa, que tiene 12 años y ha sido violada, el sector está frente a la urgencia de responder específicamente, no puede terminar su intervención dando el alta después de la cesárea, su labor necesita ser más compleja e integral.

La descentralización de los servicios de salud trae consigo la oportunidad de la intersectorialidad, pero es necesario establecer los lineamientos que ella supone, para que cada eslabón de política pública sume a favor de la comunidad y del/ de la ciudadan@ en específico. De allí que la descentralización sin centralización no tiene sentido, es clave que existan lineamientos de política generales que aseguren los derechos básicos (frente a toda inequidad) y los derechos sexuales y reproductivos frente a la inequidad de género, que atraviesa todas las otras formas de inequidad.

Es importante tener en cuenta que existe una relación dinámica entre los acuerdos nacionales y los locales, por ello, es necesario que el marco general asegure los derechos básicos, pues de lo contrario - como ha sucedido en algunos casos - a nivel local, las fuerzas conservadoras pueden terminar impidiendo el acceso a servicios con los que no están de acuerdo, como por ejemplo, la anticoncepción moderna.

La acumulación de capitales.-

La mayor parte de diseñadores y evaluadores de políticas y procesos de descentralización están incluyendo el concepto de capital social y humano, siendo el cultural el menos mencionado. Existe conciencia que los resultados de los procesos de política están relacionados con las dotaciones iniciales de capital en las comunidades. Aun cuando se señala que el cambio social y cultural es un proceso de largo plazo, es escasa la mención a la necesaria inversión pública de largo plazo y no uniforme (vale decir que trate a cada uno según el nivel de capitales acumulados), en el empoderamiento, capacitación, formación de redes, construcción de tejido social, para el ejercicio ciudadano en condiciones de integración plena.

Las políticas públicas no son neutras, moldean comportamientos sociales y fortalecen el capital de los sectores que privilegian, a través de sanciones, incentivos y regulaciones efectivas, de allí que la descentralización es una ventana de oportunidades para generar políticas para la equidad, que transversalicen efectivamente la perspectiva de género y doten de presupuesto a las acciones que empoderan a la mujer en el largo plazo, de forma sostenida. La integración social, no es sólo salir de la línea de la pobreza, es ejercer derechos y deberes ciudadanos, es tener voz pública y capacidad de articulación de agenda en el presupuesto público, de allí que las políticas progresivas y no sólo las focalizadas, de las que nos ocupamos en este artículo tienen especial relevancia.

De la descentralización del sistema a la descentralización del “ámbito salud”.-

Estamos frente a la gran oportunidad de establecer estándares públicos para las políticas nacionales que afectan el bien público global que es la salud. En este marco, el sector salud puede convertirse en el órgano de consulta, que visa, que “da paso” a las políticas que afectan el ámbito salud, pues los resultados sanitarios no se construyen sólo, ni básicamente, desde el sistema de salud. Una función nueva que puede asumir el sector es la de información pública de los avances y problemas que las distintas políticas, regulaciones o formas de implementar programas, traen a la salud individual y colectiva.

No podemos pretender por ejemplo, disminuir la incidencia del SIDA en nuestros países, sólo con la información sobre condones y el establecimiento de la prueba de Elisa en la mayor parte de servicios regionales, es necesario que el sector educación desarrolle un programa permanente de educación sexual, será necesario que existan consejeros en las escuelas, servicios de salud y espacios de recreación, que estén en capacidad de brindar información adecuada sobre sexualidad, toma de decisiones, uso del condón, etc., será importante también que se asegure la provisión de preservativos para la población sexualmente activa, asimismo, será importante regular la producción de preservativos y cuidar por su alta calidad y accesibilidad, así como promover su uso a través de los distintos medios masivos de comunicación, sancionando toda forma de generación de desconfianza sobre la importancia de su uso para la prevención de ETS y SIDA.

El espacio local abre la oportunidad para la concertación de los diferentes actores e instituciones sociales, de allí que el establecimiento de una red local de políticas saludables es absolutamente viable, lo que abonaría a favor de la integralidad y la jerarquización de las redes de referencia y contrareferencia.

Transversalización de la perspectiva de género.- ensayando recomendaciones.

- Fortalecimiento político, técnico, administrativo y financiero de la instancia nacional de planificación de la salud en interacción con la instancia de salud de la mujer o género y salud u otras denominaciones, a fin de instalar progresivamente los mecanismos para transversalizar la perspectiva de equidad de género.
- Institucionalizar en el presupuesto público asignación directa para los procesos de empoderamiento de las mujeres, capacitación, fortalecimiento de las organizaciones sociales de los hombres y mujeres que viven en pobreza y exclusión y establecimiento de redes sociales con diversos sectores de la población.
- Impulsar la creación y el fortalecimiento de instancias de Género y Salud en los gobiernos regionales y locales, a fin de incluir en los planes, procesos de implementación y evaluación, así como en la rendición de cuentas la perspectiva de equidad de género, generar redes nacionales de representación regional y local, facilitando el intercambio y colaboración, así como la creación de un clima propicio para gerenciar la adopción del proceso de institucionalización.
- Desarrollar entre los operadores de las políticas, sean estos, gerentes, profesionales, técnicos de apoyo y población involucrada en los servicios, una

gran sensibilidad y conciencia sobre la importancia de incluir la perspectiva de género en las políticas públicas dado su impacto en el desarrollo individual y colectivo de nuestras sociedades.

- Incluir en la agenda de capacitación y procesos de educación permanente de la población, agentes comunitarios y profesionales de salud, las formas de reproducción de la inequidad de género y los mecanismos de generación de nuevas interacciones sociales en pro de la equidad y el desarrollo pleno de hombres y mujeres en la perspectiva de ampliación de libertades y desarrollo integral.
- Invertir en el desarrollo de conocimientos, instrumentos y protocolos para prevenir y atender los problemas de salud pública emergentes en los planes locales de salud y para promover las capacidades locales para el autocuidado y el cuidado colectivo de la salud individual, colectiva y global.
- Generar espacios de debate y evaluación organizacional sobre las formas de hacer realidad la equidad de género en las interacciones laborales y en las prácticas institucionales hacia dentro y hacia fuera, de tal forma de generar un proceso de apropiación y recreación de las propuestas de equidad, superando el riesgo de inclusión de la propuesta por obediencia burocrática.
- Apoyar la instalación de procesos de diálogo académico-político, capacitación y educación permanente en relación al desarrollo de Políticas y Gestión Pública, la perspectiva de género y la salud pública.

BIBLIOGRAFIA

1. Adato Michelle, Coady David, Ruel Marie. Evaluación de operaciones de PROGRESA desde la perspectiva de los beneficiarios, las promotoras, directores de escuela y personal de salud. S/f. www.progres.gov.mx
2. Adato Michelle, De la Brière Bénédicte, Mindek Dubravka, Quisumbing Agnes. El impacto de Progres en la condición de la mujer y en las relaciones al interior del hogar. S/f. www.progres.gov.mx
3. Adato Michelle. El impacto de PROGRESA sobre las relaciones sociales en la comunidad. S/f. www.progres.gov.mx
4. Aitken Iain. Decentralization and Reproductive Health. Draft. Harvard School of public health. Department of population and international health. 1998.
5. Aitken Iain. Decentralization and Reproductive Health. Harvard School of Public Health. Department of Population and International Health. Boston, 1998
6. Anderson Jeanine. Reproducción social /políticas sociales. SUMBI, Lima-Perú 1991.
7. B.M. Empoderamiento y reducción de la pobreza. Washington D.C. 2000.
8. Banco Mundial. Empoderamiento. <http://www.worldbank.org/poverty/spanish/empowerment/index.htm>
9. BID. Plan de acción del BID para la integración de género. Marzo 2003 – Junio 2005. Washington D.C. BID Mayo 2003.
10. Bossert Thomas. Decentralization of Health Systems: Decision space, innovation and performance. Harvard University. S/f.
11. Bourdieu Pierre, Passeron Jean-Claude. La Reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza. Editorial LAIA. S.A. Barcelona, España 1995.
12. Bourdieu Pierre. Las estructuras sociales de la economía. Ediciones Manantial SRL. Buenos Aires, Argentina 2001.
13. BRIDGE. Desarrollo y género en breve. Edición N°9: Género y participación. Agosto 2001.
14. Burki Shahid, Perry Guillermo, Dillinger William y colaboradores. Más allá del centro. La descentralización del Estado. WB. USA 1999.
15. Centro legal para derechos reproductivos y políticas públicas. Derechos Reproductivos de la mujer en México: un Reporte Sombra. New York, USA, 1997.
16. CEPAL. La descentralización de la educación y la salud. Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana. Agosto 1998.
17. Coe Anna-Britt. Health, rights and realities: an analysis of the Reprosalud Project in Perú. Change, Washington D.C. April 2001.
18. Chirinos Segura Luis. La estructura de Oportunidades de la Participación Ciudadana en los Gobiernos Locales. Lima print s/f.
19. Dos Santos Alaneir de Fátima, Quadros Rosa María, Ferreira Janete Maria. Decentralization de la Salud Pública y Sistemas de Información en Brasil. Washington D.C. BID 2003.
20. Echebarría Koldo. La gestión de la transversalidad. ESADE s/f.

21. Finot Iván. Descentralización en América Latina: teoría y práctica. ILPES. CEPAL. Santiago de Chile, mayo 2001.
22. Finot Iván. Elementos para una reorientación de las políticas de descentralización y participación en América Latina. Print s/f.
23. Fontes Carmen, Pereira Jorge. Gestión en la implementación del Programa de Salud de la Familia en Brasil. 1998-2002. Washington D.C. BID-INDES, 2003.
24. Francke Pedro, Paulini Javier. Evaluación de la ejecución del presupuesto del Ministerio de Salud del año 2002. Lima, 2003.
25. Garcia Prince Evangelina. Hacia la institucionalización del enfoque de Género en Políticas Públicas. Friedrich Ebert. Caracas, enero 2003.
26. García Prince Evangelina. Hacia la Institucionalización del Enfoque de Género en Políticas Públicas. Fundación Friedrich Ebert. Caracas, Enero 2003.
27. Gertler Paul. El impacto del Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) sobre la salud. UC-Berkeley, s/f. www.progesa.gob.mx
28. Gómez Elsa. Equidad, Género y Reforma de las políticas de salud en América Latina y El Caribe. OPS January 2000.
29. Gómez Elsa. Equidad, género y salud. OPS, Marzo 2001.
30. Guimaraes Luisa. Modalidades de descentralización en el sector salud y sus contribuciones a la equidad: elementos fundamentales para la formulación de un marco normativo. OPS. Serie informes técnicos N°76. Washington D.C. Septiembre 2001.
31. GTZ. Descentralización y Género. Asunción, Paraguay 2003.
32. Health Canada. Exploring concepts of Gender and Health. June 2003.
33. Jaramillo Iván, Restrepo Darío. Luces y Sombras en las descentralización de la salud. Washington D.C. BID 2003.
34. La Rosa Huertas Liliana. Políticas de Promoción de la Salud y Capital Social. Fundación Ford. Lima, Perú 2002.
35. La Rosa Huertas Liliana. Modelos de Atención de Salud para Adolescentes en el Sector Público. Estudio de diez experiencias en el Perú. MINSA, GTZ, 2002.
36. La Rosa Huertas Liliana. Reforma Sanitaria, promoción de la salud y programas de salud de [I@s](#) adolescentes en la región. Casos de Brasil, Costa Rica y República Dominicana. OPS, ASDI, 2001.
37. Llambí Luis, Lindeman Tomás. Reformas del Estado y descentralización del sector público rural y agrícola: lecciones de la experiencia latinoamericana. Mayo 2001.
38. Medici André. El desafío de la descentralización. Financiamiento público de la salud en Brasil. BID, 2002.
39. MIDEPLAN Chile. Comité de Ministros Social. Metodología de análisis de políticas públicas: conceptos y criterios. Chile, 1999.
40. Ministério da Saúde. Secretaria de Assitencia a Saúde. Coordenacao de atencao basica. Avaliacao da implantacao e funcionamento do programa de saúde da familia –PSF. Relatório preliminar. Novembro 1999.
41. Ministério de Saúde. PROESF. Proyecto de Expansao e Consolidacao do Saúde da Família. Brasilia, Julio 2003.
42. Ministerio de Salud. PAAG-SBPT-AC. Resumen ejecutivo de la acción compartida. Print, s/f.

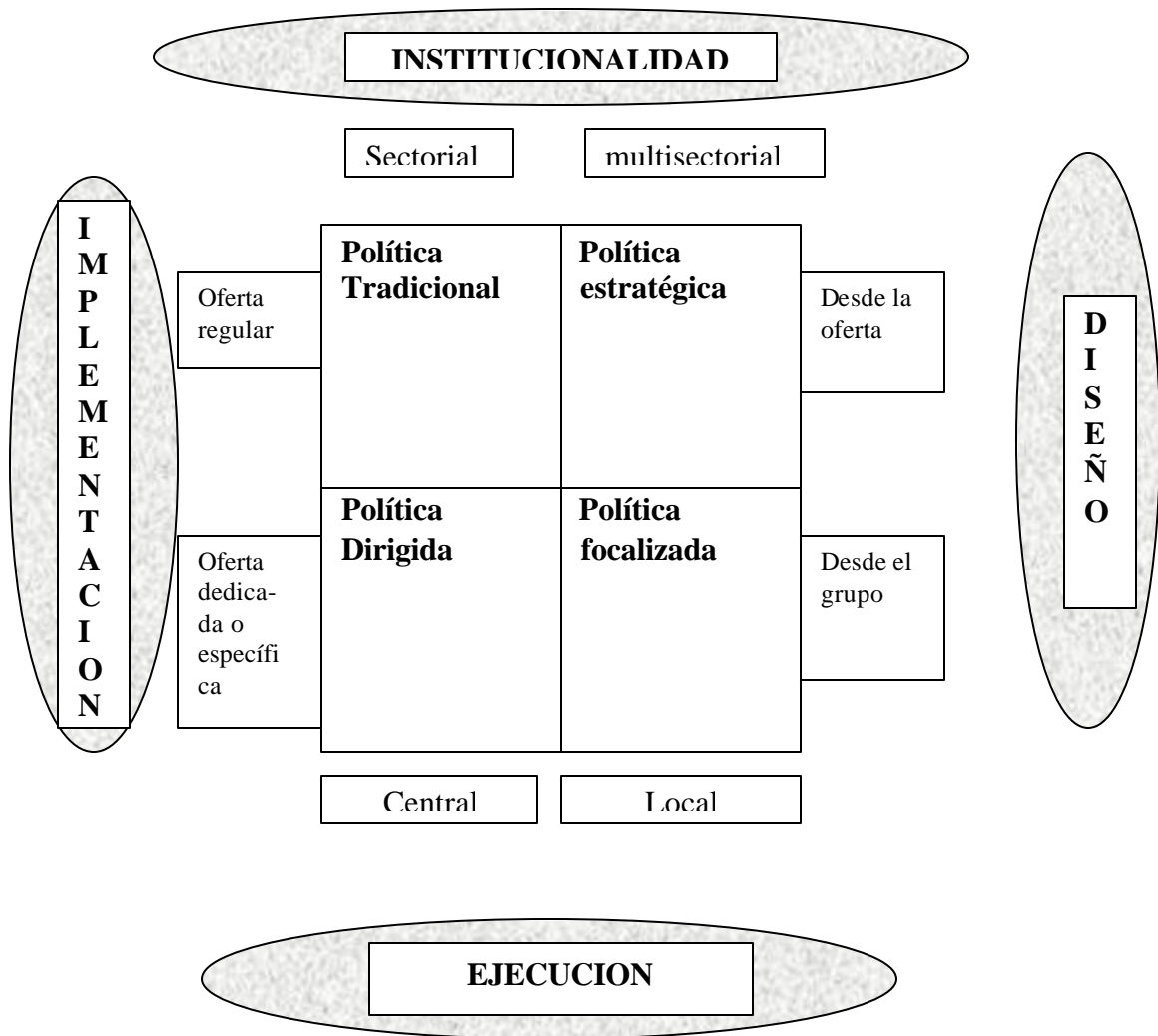
43. Diaz Ricardo. CLAS: una experiencia peruana de empoderamiento en salud. B.M. Lima 2001.
44. Molinas José. El impacto de la desigualdad, el género, la asistencia externa y el capital social sobre la cooperación a nivel local. Instituto de Desarrollo, Asunción. 1998.
45. OPS. Experiencias de los países en materia de monitoreo de las políticas sanitarias desde el punto de vista del género. La experiencia de Canadá. Washington D.C. Marzo 2003.
46. OPS. Perfil del sistema de Servicios de salud de Perú. Washington D.C. 2° edición 3 de mayo de 2001.
47. OPS. Perfil del sistema de servicios de salud del Brasil. Washington D.C. 2° edición, 27 de noviembre de 2001.
48. OPS. Perfil del sistema de servicios de salud México. Washington D.C. 2° edición, abril 2002.
49. OPS-OMS. Programa de Políticas Públicas y Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. La municipalización de la salud en Brasil: Diferencias regionales, poder de voto y estrategias de gobierno. Serie informes técnicos N°77. Washington D.C. Octubre 2001.
50. OPS. Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Panamericana de la Salud, 1999-2002, 25° Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington D.C. Septiembre 1998.
51. Parker Susan, Skoufias Emmanuel. El impacto de PROGRESA sobre el trabajo, el ocio y el uso del tiempo. S/f. www.progres.gov.mx
52. Raczynski Dagmar, Serrano Claudia. Políticas Sociales, Mujeres y Gobierno Local. CIEPLAN. Chile, Mayo 1992.
53. Rede feminista de Saúde. Cartilha controle social, uma questao de cidadania. http://www.redesaude.org.br/html/body_ct-cs02-cap1.html
54. Rondinelli Dennis, Mcculloch James, Jonson Donald. Decentralizing public services in developing countries. Signs and opportunities. The Journal of social, politics and economic studies, vol. 14, N°1.
55. Roses Mirta. Desigualdades Ocultas. www.iadb.org/etica.
56. Rowlands Jo. El empoderamiento en examen. Associated Publications. Banco Mundial 2000.
57. Sen Amartya. Nuevo examen de la desigualdad. Alianza Editorial. Madrid 1995.
58. Skoufias Emmanuel, Davis Benjamin, De la Vega Sergio. Focalización de los pobres en México: evaluación de la selección de hogares que participan en PROGRESA. International Food Policy Research Institute. Diciembre de 1999.
59. Standing Hilary. El género y la reforma del sector salud. OPS, Harvard Center for Population and Development Studies. Publicación ocasional N°3. USA 2000.
60. Theobald Sally, Tolhurst Rachel, Elsey Helen, edit.. Sector wide approaches: Opportunities and challenges for gender equity in health. Gender and Health Group, LSTM. November 2002.
61. UNIFEM. Iniciativas de presupuestos para América Latina y el Caribe con Enfoque de Género: Una herramienta para mejorar la fiscalización y lograr la implementación efectiva de políticas. Febrero 2000.

62. UNESCO. Adapted from Gender Equality and Equity: A Summary Review of UNESCO's Accomplishments since the Fourth World Conference of Women (Beijing 1995). UNESCO 2000.
63. Van Donk Mirjam. Women in local Government in South Africa: from marginalisation to empowerment. 1998.
64. WID tech. Strengthening women's participation in decision –making at the local level in Mali. January 2001.
65. Zauzich María-Christine. Perú: Política de Población y Derechos Humanos. Campañas de esterilización 1996-1998. Deutsche Kommission Justitia et Pax. 1º edición en castellano. Lima, abril 2000.

Anexo:

Adaptación personal, incluyendo algunos cambios a la tipificación de políticas desarrollada por el MIDEPLAN

Caracterización de la política desde el punto de vista de los modelos de gestión⁴⁵:



Si bien la realidad es más compleja que una tipología y podemos encontrar una mezcla de diseños en una política, el esquema nos ayuda a precisar los actores claves y las opciones de diseño, implementación y ejecución que definen la forma que toma la política.

A continuación presentamos la tipología desde el punto de vista de estrategias de intervención, la cual está basada en la fuente citada, pero adaptada a los conceptos de capital social, cultural y humano acá presentados.

⁴⁵ MIDEPLAN. Comité de Ministros Social. Metodología de análisis de políticas públicas: conceptos y criterios. Chile, 1999. PP. 24.

Caracterización de la política desde el punto de vista de las estrategias de intervención

