



Descentralización de la salud, perspectiva de género y empoderamiento de la mujer

Liliana La Rosa Huertas¹
Unidad de Género y Salud - OPS Washington

1. Descentralización: una mirada general sobre los conceptos y procesos

La Reforma del Estado, en términos sociales, ha tenido el acento en transitar 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 un mayor espacio para la provisión. En este marco, se han instalado diversas iniciativas, como la descentralización, la cual modifica los criterios de asignación de recursos, pues la focalización del gasto público en función de la eficiencia y equidad del gasto social ha adquirido una gran relevancia.

La descentralización es un proceso gradual, que tiene objetivos económicos y políticos, involucra transformaciones sustantivas en los ámbitos institucional, 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.

Este instrumento de Reforma ha tenido diferentes acentos y consideraciones, sin embargo el consenso es que ayuda a: 1. mejorar la eficiencia de los programas sociales porque permite mejorar la asignación de recursos y mayor focalización del gasto, dado que hay interacción local entre la oferta y la demanda, 2. genera mayor disposición de los usuarios a pagar por los servicios garantizados por el Estado, dado que éstos son adecuados a los intereses de la población y los proveedores pueden diversificarse, vale decir, no son necesariamente estatales; 3. facilita procesos de democratización social y política del país, las cuales generan condiciones para la gobernabilidad, pues se basa en elecciones públicas; 4. mejora los esquemas de participación de la población e incluye la rendición de cuentas de los funcionarios, abriendo condiciones para disminuir la corrupción, aumentar la calidad y sostenibilidad de los servicios.

La estrategia de descentralización debe asegurar un sistema de provisión que permita garantizar a todos los habitantes el acceso igualitario a una “canasta básica”, eliminando así las diferentes formas de diferenciación y exclusión que encontramos entre regiones ricas y pobres y al interior de sus poblaciones.

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 descentralizar. 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 recursos.


En relación a cuándo y a través de qué 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.”²

2. Descentralización de los servicios de salud: razones, realidades y potencialidades del proceso

La provisión de servicios de salud, en términos de bienes públicos, tiene características específicas. La economía define la salud como un bien público meritorio porque produce grandes externalidades positivas.³ Sin embargo, dado que en términos económicos estrictos es un bien que puede ser ofrecido por los privados, por sus características de exclusión en el uso: la consulta de salud tiene un precio, los medicamentos tienen precio, el que no puede pagar por el bien, quedará excluido. El mercado estará interesado en ofrecer el bien e invertir en su desarrollo, pero su interés se concentra en vender a los que pueden pagar. De otro lado, este bien, muestra la característica de rivalidad de uso -vale decir- mientras una persona está siendo operada, otra no puede ser operada en la misma sala de operaciones y con el mismo personal, por tanto el mercado puede diferenciar plenamente quién es su cliente y cuánto cuesta atenderlo, incluso, cuánto estaría interesado a pagar por ese bien, dato con el que se establecen los precios del mercado.

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 son justamente los que no pueden pagar por los servicios,⁴ ni siquiera por los servicios que ofrece





el sector salud, que en la actualidad tienen un costo, son las personas que viven en pobreza, pobreza extrema, vulnerabilidad. En esta lista, los más excluidos son las mujeres de toda edad: niñas, adolescentes, adultas, adultas mayores.

El Estado tiene el deber de asegurar la provisión adecuada del bien salud a tod@s los ciudadan@s, en especial a los que no tienen acceso, la salud es un derecho humano y un pre requisito para el desarrollo socio económico de nuestros pueblos.

Los servicios de salud son sustantivos para la formación de **capital humano**, 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 y la agonía- lo cual plantea un imperativo ético para la gestión pública. La descentralización es una gran oportunidad para replantear la oferta de servicios de cuidado de la salud, de acuerdo al nivel de acumulación o desacumulación de capital humano local existente.

Un elemento históricamente excluido del sistema centralizado de salud, es el **capital cultural**.⁵ de nuestros pueblos, en especial el relacionado a salud. Las medicinas alternativas, sus agentes e instituciones locales 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, huseros, etc, son los recursos inmediatos para muchos hombres y mujeres pobres. La alianza de pares entre estos dos sistemas de salud instalados en las comunidades locales y regionales, podría fortalecer las capacidades de la población y las de los recursos humanos de salud, potenciando con ello, la calidad y cobertura del sistema de salud formal desde el espacio local.

Asimismo, los líderes de opinión que constituyen las figuras de referencia y el imaginario de pertenencia social para sectores específicos de la población, son parte de este capital, que para Bourdieu, se denomina capital cultural encarnado, estos líderes muchas veces moldean el comportamiento de la población, brindan información, generan redes de apoyo o sanción. 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. De allí que las acciones de promoción de la salud no pueden, ni deben eludir la inclusión estratégica de este tipo de personas y sus marcos institucionales.

Descentralizar el sistema de salud, permite diversificar los actores sociales que moviliza, de allí que un objetivo estratégico a visualizar es el fortalecimiento y/o construcción del **capital social**⁶ de la población. 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, que aún no logra ser aceptado por grandes sectores de mujeres que viven en pobreza en la región, las cuales – incluso - ha 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, su “capital social”.

el sistema incluyera en sus formas organizativas y en su oferta pública, la inversión en 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, basada en el tejido social pre existente y construyendo tejido social de integración (de diferentes sectores sociales), rompiendo la asimetría de interacción entre profesionales y población, entre poblaciones de diferentes grupos sociales y étnicos, que históricamente ha cortado las posibilidades de diálogo y ha legitimado relaciones de dominación. En este marco, la ciudadanía en salud, la democratización de nuestros países, la eficiencia y equidad de los servicios podrían dar grandes pasos.

El éxito de la descentralización de los servicios de salud no sólo depende del Estado sino de la interacción que se logre establecer entre el ámbito institucional – estatal y el societal. Se requiere de capacidad de acción autónoma de los actores sociales y de un encuentro positivo y potenciador entre éstos y el gobierno local. En este contexto, es central evaluar qué efectos ha tenido el fuerte centralismo de nuestros países y cuáles son las condiciones locales para la descentralización, así como, la inversión real que el Estado central debe hacer para mejorar o fortalecer la acción colectiva descentralizada.

3. La transversalización de la equidad de género en la Descentralización de la salud: el difícil y urgente encuentro de voces fuertes con vertientes y tradiciones diferentes

Tranversalizar o institucionalizar la perspectiva de género en las políticas públicas nos aporta sustantivamente a configurar el tipo de necesidades y expectativas de hombres y mujeres en atención a las inequidades de asignación del gasto público y el vacío de políticas que refuerzan la reproducción social de la ya histórica relación de dominación/subordinación del hombre sobre la mujer respectivamente y las limitaciones de las potencialidades de desarrollo humano individual y colectivo que este proceso trae consigo.

Existe mucha información producida que explicita los núcleos de dominación y los mecanismos y vacíos de política que han desembocado en estándares vergonzosos de inequidad e incluso exclusión de las mujeres, en especial de las niñas y adolescentes de

zonas rurales del sistema educativo formal: exclusión o sub - atención de salud para las mujeres pobres y en pobreza extrema que no gozan de alguna forma de seguridad social; exclusión de los derechos laborales básicos, etc.

Según Gómez, refiriéndose a la perspectiva de género: "... el análisis y la propuesta parten del reconocimiento esencial de que 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 género."⁷

Las políticas públicas no son neutras, cuando se deja de invertir en un área es porque se está priorizando otra, esto es justamente lo que viene ocurriendo con las mujeres históricamente: las inversiones públicas tradicionales no son sensibles a las diferencias de género, por tanto dada la inequidad de género instalada en la cultura y prácticas sociales, son las mujeres las más excluidas, se invierte lo mínimo en su desarrollo, especialmente en las más pobres y vulnerables.

Hoy enfrentamos la crisis de las "políticas regulares": las que no tienen rostro preciso de la población a la que se dirigen; las que se diseñan desde un escritorio y se manifiestan como: "igual para todos" (para mujeres pobres, deprivadas, de clase media o de clase alta, para negras, mestizas y blancas, para analfabetas y para las que tienen estudios superiores: un solo paquete básico, como si tuvieran las mismas necesidades y características), sin ninguna especificidad. Políticas que tratan a tod@s l@s ciudadan@s como si estuvieran en igualdad de condiciones de información, empoderamiento, organización, acceso a servicios, marco cultural, historia, etc. Por tanto, políticas que terminan siendo regresivas para l@s más pobres y beneficiando al "beneficiario histórico", el más informado, el que tiene más capacidad de presión, el que tiene mayor poder para instalar su agenda y hacer prevalecer sus derechos por encima de los demás. Políticas que en la mayoría de casos, han mostrado su gran ineficiencia, ineficacia, han ampliado las brechas entre l@s excluidos y los socialmente integrados y entre varones y mujeres, y se han hecho insostenibles.

Si el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas, no incluye una perspectiva de género, se continuará invisibilizando las profundas brechas de inequidad que atraviesan con especial dureza la vida de las mujeres pobres y en extrema pobreza, desde el nacimiento hasta la muerte, vale decir, a lo largo del ciclo de vida. Asimismo, se continuará invisibilizando las necesidades de los varones en cada etapa de la vida y no se afectarán las formas sociales de reproducción de la inequidad, las cuales están inscritas en el imaginario colectivo y han pasado a formar parte del "sentido común", de lo socialmente aceptado.

En el debate que busca mejorar la asignación del gasto público, la perspectiva de género viene ganando un espacio central, sin embargo, es poco el camino avanzado en relación a los servicios propiamente, este es un camino por explorar con seriedad.

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".⁸

Asimismo, se ha logrado un gran desarrollo del tema a nivel de los marcos regulatorios y legales que remarcan 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.

Todas las políticas públicas son transversales, **dado que con incentivos o sanciones logran generar un conjunto de prácticas sociales organizadas en programas y servicios que impactan en la vida de la población.** De allí que transversalizar la perspectiva de género implica una profunda renovación de las formas de hacer políticas públicas, vale decir incidir en todo el proceso de generación de políticas, diseño, implementación y evaluación.

Según García.⁹ "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 institucionalización de la perspectiva de Género, es un proceso técnico y político, dado que es una estrategia para el logro de políticas de equidad, representa un desafío al status quo de la sociedad que durante siglos ha hecho de la dominación masculina elemento sustantivo del ethos cultural. 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 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.

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, es una tarea central. 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 sean eliminadas todas las formas de inequidad, en especial la inequidad de género.

A la par de estos procesos, e incluso dentro de ellos, encontramos un sinnúmero de expresiones de capacidades activas y potencialidades de las organizaciones sociales y de las instituciones locales, para optimizar el difícil encuentro y expresión de actores e intereses del nivel local, el cual, muchas veces, ve apagadas o tapiadas sus posibilidades de incidencia en las políticas, por el verticalismo y la falta de diseños participativos que incentiven el ejercicio ciudadano de derechos y deberes en la acción pública.

Un argumento instrumental para justificar la relevancia de la transversalización de la perspectiva de género en los procesos de descentralización de la salud, es la constatación que la acción femenina en las políticas sociales locales es sustantiva.

Las mujeres cumplen un rol central en la satisfacción de las necesidades básicas, generan y activan sus organizaciones de base territorial con un rol de soporte y 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 también, deben crear 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.

Un argumento vinculado al anterior es que la Reproducción Social de la Inequidad que se da con especial fuerza en el hogar y en los grupos de referencia y pertenencia social, impide el desarrollo socio económico de nuestros países. Mientras se mantengan esos niveles de exclusión de las mujeres, estaremos fortaleciendo la socialización estereotipada por sexo, limitando las capacidades de las mujeres y los varones, disminuyendo el desarrollo de sus potencialidades, reforzando relaciones de dominación y desconfianza entre hombres y mujeres, inviabilizando la familia como eje de las primeras experiencias de democracia y protección para los niños y adolescentes, como expresión de la sociedad paritaria a la que aspiramos.

La incorporación del 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, carencia de espacios de sociabilidad, comunicación y aprendizaje, habilidades para la negociación, etc.

La variable género puede incorporarse de diversas formas. En primer lugar, asegurando la inclusión informada de las mujeres y varones de diferentes grupos etareos, en especial de los que viven en pobreza y exclusión, 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, pues para que ello suceda, es necesario que las mujeres y hombres que participen (población organizada: demanda informada), estén informados y en condiciones de expresar sus necesidades, problemas y capacidades e incorporarlos a la agenda de políticas. Asimismo, simultáneamente, será importante que los profesionales y directivos del sector salud, puedan recibir las propuestas y plasmarlas en la agenda sanitaria, en términos de servicios, investigaciones, metodologías, acciones administrativas, etc. Finalmente, será importante que el movimiento de mujeres, l@s 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 cuasimercados 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.

No han existido procesos de Reforma Sanitaria que hayan claramente explicitado el interés de transversalizar la perspectiva de género en sus programas. Sin embargo, en la mayor parte de casos, estos procesos han incluido una paulatina atención a las diferencias por género, en tanto números, comportamientos, necesidades y riesgos.

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:

1. **La oferta sanitaria:** que necesita flexibilizarse y adaptarse a las necesidades y capacidades de la población, en especial de los hombres y mujeres de diferentes grupos etareos, que viven en condiciones de pobreza y exclusión. Existe un vacío de políticas en relación al núcleo de la perspectiva de género que son la salud sexual y sus consecuencias en salud mental y física, con todas las evidencias de violencia sexual, violencia doméstica, embarazos no deseados, displacer sexual, práctica de sexo inseguro, pandemia del SIDA, falta de acceso a anticoncepción moderna, etc.
2. **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 en relación a salud pública. El necesario establecimiento de relaciones simétricas y horizontales entre las diferentes disciplinas de la salud, y entre ellas y la población, en especial la población constituida por mujeres y hombres pobres de diferentes grupos etareos y con responsabilidades de co - gobierno.

3. **Marcos conceptuales para el diseño, implementación y evaluación de políticas sanitarias:** que deben desarrollarse y encontrarse en una delicada sinergia para repensar y operar las políticas y gestión pública privilegiando la perspectiva de género en el marco de la equidad plena y la inclusión ciudadana.

Una de las áreas menos desarrolladas es la metodológica: sabemos que la violencia es un problema serio de salud pública, pero es poco lo que sabemos sobre las mejores prácticas para la 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.

4. **Categorías de clasificación de riesgos y patologías, procedimientos de atención y prácticas:** Históricamente la salud pública incluye una serie de definiciones conceptuales que no han ido evolucionando con el proceso social, por ejemplo: el servicio de planificación familiar se ofrece como opción para adolescentes sexualmente activos, cuando en realidad est@s, 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 sobre sexualidad 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.

5. **Categorías de evaluación y sistemas de seguimiento y monitoreo:** La transversalización 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 los sistemas de seguimiento y monitoreo local, regional y nacional del sector salud.

6. **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 y las formas de reproducción de la inequidad de género en el sector.

7. **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 de salud 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, atendidos oportunamente con adecuación cultural, etc.

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

EL GRAN DESAFIO 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”.¹⁰ Cuando las personas son reconocidas como tales por el entorno, tienen autoestima, conocen sus derechos básicos y acceden a información, comienzan realmente a escoger, a tomar decisiones, lo que implica que empezarán a tomar control sobre sus propias vidas.

Este proceso pareciera ser igual para todos, 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, su sexo, su edad, les asegura una sobrevivencia en condiciones de total vulnerabilidad; son los excluidos de la historia de la humanidad, los que no tienen derechos, aquellos que no ingresan al mundo de derechos y deberes ciudadanos, no son “integrados” al mundo social. De estas millones de personas, la mayor parte son mujeres, de todas las edades.

El proceso de empoderamiento de I@s pobres y en especial 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 a nivel local. Asegurar la transversalización de la perspectiva de género –vale decir- que los intereses de l@s pobres y en especial - de las mujeres - se expresen en las políticas locales, bajo las figuras de bienes y servicios que “igualan oportunidades”, implica hacer un esfuerzo sustantivo por empoderar l@s, 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.**

El empoderamiento contribuye a la expansión y expresión de las capacidades latentes en las personas para que estén en condiciones de tomar control sobre las decisiones y acciones que afectan su vida. Un individuo empoderado es aquel que está en condiciones de mostrar: a) habilidad para tomar conciencia de las desventajas; b) motivación y clara percepción de los beneficios personales y sociales que supone superar esas desventajas; c) voluntad y decisión para decidir e intervenir proactivamente a favor de sus intereses o los de su grupo o familia.

Empoderar es un proceso progresivo, se logra con diferentes inversiones, a nivel individual, organizacional y de acceso a servicios y bienes. En una lógica de ampliación de libertades, la acumulación de capitales o activos se vuelve un eje transversal del accionar público.

Elementos claves de empoderamiento que la transversalización de género tiene que subrayar:

1. **Acceso a la información:** L@s ciudadan@s informad@s están mejor equipad@s para aprovechar oportunidades, tener acceso a servicios, ejercer sus derechos y hacer que los actores estatales y no estatales respondan. Entre las áreas críticas en las que la información es sumamente importante están: rol y desempeño del Estado y del sector privado, servicios y mercados financieros, y reglas y derechos concernientes a servicios básicos con sensibilidad de género. Las tecnologías de la información y las comunicaciones suelen jugar un papel esencial en la ampliación del acceso a la información.
2. **Inclusión y participación:** Las oportunidades para que l@s ciudadan@s en condición de pobreza y exclusión participen en la toma de decisiones deben asegurar que el uso de recursos públicos limitados aproveche el conocimiento y las prioridades locales, y promuevan compromiso con el cambio. No obstante, sostener la inclusión y la participación informada usualmente implica cambiar las reglas para crear espacio para que la población y en especial las mujeres de los diferentes grupos etareos, debatan los asuntos y participen en el establecimiento de prioridades, la formación del presupuesto y la entrega de servicios básicos locales y nacionales. Un tema central en este aspecto, es que la mayor parte de experiencias locales en que las mujeres participan, terminan agendando prioridades que reproducen el rol que la sociedad les asigna como protectoras de la familia, es así que en los planes de acción de estas activas mujeres, no encontramos agenda para ellas, sino sólo para sus hijos. Es necesario hacer un esfuerzo metodológico y político

para ayudarlas a concentrar el foco en ellas como agentes de su desarrollo y del desarrollo de sus familias y comunidades.

3. **Responsabilidad y rendición de cuentas:** A funcionarios estatales, a empleados públicos y actores privados tienen que hacérseles responder por sus políticas, acciones, omisiones y uso de fondos. Las agencias gubernamentales, tanto administrativas como políticas, y los no gubernamentales 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 colectivamente, para organizarse y para movilizar recursos a fin de resolver problemas de interés común. Las comunidades organizadas tienen más probabilidad de conseguir que las 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 viable y creíble un proceso de empoderamiento e inclusión social.
6. **Capacidad organizacional con otros sectores sociales.-** empoderar implica generar experiencias de participación paritaria y democrática con otros sectores sociales, dar muestras que la integración social es viable. El Estado debe invertir en favorecer espacios de encuentro social entre ciudadan@s de diferentes sectores sociales, con el fin de pensar juntos un nuevo contrato social que haga viable “vivir juntos” con responsabilidad social en la equidad.
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 sobrevivencia 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.

Indicadores de empoderamiento en salud:

- La oferta sanitaria incluye los requerimientos de las mujeres y varones de diferentes grupos etareos que viven en condiciones de pobreza y exclusión (las necesidades de promoción y cuidado de la salud no son las mismas que las de otros grupos sociales). Entre las que destacan: malnutrición, violencia familiar y sexual, salud sexual y reproductiva, salud mental.

- Las organizaciones femeninas y las sanitarias incluyen a mujeres que viven en situación de exclusión social y pobreza extrema y han conseguido presupuesto y un esquema de compensación social de apoyo a su ejercicio ciudadano.
- Se fomenta la participación paritaria de las mujeres en los diferentes niveles de decisión: discriminación positiva por género-cuotas.
- Mujeres elevaron su nivel de información sobre la oferta sanitaria, el autocuidado de la salud y los elementos que inciden en la oferta y demanda.
- El movimiento de mujeres ha logrado representación en los diferentes niveles del sector salud.
- Las organizaciones de mujeres incluyen en su agenda programática el derecho a la salud integral, incidiendo en sus necesidades y capacidades y están en condiciones de expresarla públicamente, hacer abogacía y constituir redes de presión.

5. Recomendaciones generales para la acción

- Fortalecimiento político, técnico, administrativo y financiero de la instancia nacional de planificación de la salud y la de planificación de la descentralización 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.
- 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 de la estrategia 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.

- 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 sólo 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 BASICA

- Aitken Iain. Decentralization and Reproductive Health. Banco Mundial. www.worldbank.org/poverty s/f.
- Bourdieu Pierre. Las estructuras sociales de la Economía. Ediciones Manantial SRL. Buenos Aires, Argentina 2001.
- 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 de Mujer, Salud y Desarrollo. Washington D.C. January 2000.
- Finot Iván. Descentralización en América Latina: teoría y práctica. ILPES. CEPAL. Santiago de Chile, mayo 2001.
- García Prince Evangelina. Hacia la Institucionalización del Enfoque de Género en Políticas Públicas. Fundación Friedrich Ebert. Caracas, Enero 2003.
- Harvard School of Public Health. Department of Population and International Health. Boston, 1998
- La Rosa Liliana. Políticas de Promoción de la Salud y Capital Social. Fundación Ford. Lima, 2002.
- OPS. Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2002, 25 Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington D.C. Septiembre 1998.
- La Rosa Liliana. Políticas de Promoción de la Salud y Capital Social. Fundación Ford. Lima, 2002.
- Raczynski Dagmar, Serrano Claudia. Políticas Sociales, Mujeres y Gobierno Local. CIEPLAN. Chile, Mayo 1992.



Notas

¹ larosalil@paho.org

² Raczynski Dagmar, Serrano Claudia. Políticas Sociales, Mujeres y Gobierno Local. CIEPLAN. Chile 1992. Las negritas son nuestras.

³ 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. Por ejemplo, cuando un niño tiene cubierto el programa de vacunas que le corresponde, probablemente no se enfermará, no contagiará a nadie, no supondrá gastos para la familia ni para el sector salud; si todos los niños se vacunaran, se podrían erradicar enfermedades importantísimas, por tanto la provisión del bien denominado vacunas, tiene altísimas externalidades positivas para todos.

⁴ Obviamente la oferta privada no está interesada en ofrecer un bien a gente que no puede pagar.

⁵ 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

⁶ 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.

⁷ 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.

⁸ OPS. Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2002, 25ª. Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington D.C. Septiembre 1998.

⁹ García Evangelina. Hacia la institucionalización del enfoque de género en Políticas Públicas. Fundación Friedrich Ebert. Caracas, Enero 2002.

¹⁰ Banco Mundial. s/f. www.worldbank.org/poverty/spanish/empowement/index.htm