

La descentralización en los procesos de reforma sectorial: consecuencias positivas y negativas

Joaquín Molina, OPS/OMS

Me toca hablar de la descentralización como mecanismo de articulación y transformación de los sistemas de salud, título que yo llamaría sugerente, en la medida que contiene dentro de él una afirmación que, a punto de partida, me gustaría respaldar.

Efectivamente, los mecanismos de descentralización, en cualquiera de sus variantes o práctica que se da son, sin lugar a duda, una oportunidad de cambio y transformación de los sistemas. Los que trabajamos en salud, creemos que siempre hay consenso, por lo menos una gran puesta de acuerdo hacia dónde deben avanzar los sistemas de salud. En ese marco, cuando hablamos de oportunidad, lo hacemos sobre la base de que problemas de salud, viejos problemas, nuevos problemas, falta de avances, necesidades de cambio dentro de los sistemas de salud a tenor de criterios y conceptos que se avienen a los tiempos y a los modelos de desarrollo socioeconómico de los países, deben encontrar un espacio dentro de los sistemas de salud. Corría el riesgo de que si lo hacíamos de manera general, quedáramos en un encuadro dónde todos puedan caber, pero sin definir en qué medida pueden caber. Tratando un poco de eliminar ese riesgo, yo me tomé la libertad, en el marco que me habían conferido los organizadores de este Curso Taller, de traer uno de los temas específicos, el caso de los derechos sexuales y reproductivos de la población y cómo se han visto expresados en el marco de los procesos de descentralización. ¿Han avanzado? ¿Han retrocedido? ¿Han quedado iguales? La descentralización no tiene nada que ver con avances en la práctica de estos derechos. En fin, es una de las cosas que voy a tomar en mi presentación.

Yo he dividido la presentación en dos partes: una primera, donde voy a abordar elementos teóricos y operacionales de la descentralización de los sistemas de salud, no de la teoría, sino de la práctica de lo que ha ocurrido en los sistemas de salud y voy a avanzar para ello mucho en la base de datos de perfiles de los sistemas de salud, o de los sistemas de servicios de salud que tiene la OPS. No siempre en la descripción de esos perfiles queda claro cuál es la realidad de la descentralización, cuáles son sus motivaciones esenciales, y, sobretodo, cuál es su real impacto sobre los sistemas de salud. En algunos de los casos de países que voy a citar, me baso en informes complementarios, en estudios e investigaciones que se han realizado. Y la segunda parte, la voy a dedicar a hablar un poco de salud y derecho sexual y reproductivo, tratando de poner el acento, el foco, en el impacto que la descentralización y la reforma del sector salud han tenido sobre estos derechos, porque en gran medida, la descentralización ha sido una de las estrategias principales de los procesos de reforma del sector salud, que a lo largo de la década de los noventa, sobretodo –aunque

en algunos países los cambios más sustantivos en los sistemas de salud ocurrieron un poco antes— definen y matizan lo que son los actuales sistemas de salud.

En un estudio de la Organización Mundial de la Salud de 1990, o sea, hace más de una década, se analizó la descentralización que se venía dando en los sistemas de salud en el mundo entero, pero buena parte de los ejemplos que utilizaban correspondían a América Latina. En ese marco, ellos decían que la descentralización, en algunos países, había adoptado una forma de “desconcentración”, y cuando decían desconcentración, se referían a la transferencia de funciones y recursos desde los niveles centrales de los ministerios de salud, esencialmente, o sea, de las instituciones nacionales, hacia los niveles subnacionales, cualesquiera que fueran, aunque el margen inmediato era casi siempre, o en la mayor parte de los casos, el destinatario de esa descentralización. Me refiero a estados, distritos, provincias, los nombres varían de un país a otro. Decían también que la desconcentración es un acto por el cual la autoridad se reparte hacia instancias territoriales de la misma institución, transfiriéndole un cierto grado de autonomía. Y también decían que la desconcentración era con seguridad —y en eso eran categóricos— la modalidad de descentralización o el significado de descentralización más común en los sistemas de salud.

Avanzando un poquito más, decían que había un segundo significado para algunos sistemas, para algunos analistas, para expertos y para autoridades, por la descentralización de los sistemas de salud, la cual denominan “devolución”. Y por devolución interpretan ceder funciones y recursos sectoriales a los gobiernos subnacionales, gobiernos elegidos generalmente de forma democrática, por voto directo de los pobladores de los municipios, que es y quizás la fórmula más reiterada o el nombre más usado. En esta devolución, los órganos locales tenían la responsabilidad de la prestación de servicios, la administración y las finanzas de los servicios de salud locales ahí instalados.

La tercera forma, que ellos llamaron “delegación”, era la transferencia de autoridad a funciones y recursos hacia una organización autónoma, fuera del tradicional esquema jerárquico dentro una misma institución. A veces era un instituto, un centro prestador de servicios de salud grande, o un instituto de investigación del propio sistema, u otras veces una institución independiente, que adquiriría una forma comúnmente llamada paraestatal. Aunque seguía teniendo un financiamiento público, era autónoma en su ejercicio y era transferida muchas veces directamente desde el presupuesto de la nación. La responsabilidad, en estos casos, seguía en el gobierno central, pero localmente se llevaban a cabo las funciones y deberes específicos que se establecían. Muchas veces esa delegación se ejercía en un marco contractual, o sea, que mediaba un contrato con la institución que asumía la función, donde quedaba claro en ese contrato qué recibía y qué se esperaba que esa institución aportara al sistema de salud.

Y finalmente, la cuarta fórmula, llamada “privatización”, que se trata de transferencias de funciones del gobierno a organización benéficas o privadas, y las privadas con fines de lucro o sin fines de lucro, bajo grados variables de control, que podía establecer

la autoridad, que privatizaba esa prestación, bajo un contrato con el nuevo ente o la empresa privada.

Delegación y privatización son dos formas muy parecidas pero la diferencia es que la privatización es hacia un órgano externo totalmente privado dentro del sistema de salud.

Cuando uno analiza lo que ha pasado dentro del sistema de salud en este continente, en esta América nuestra, sobretodo en la América Latina, efectivamente se encuentra que probablemente cualquiera de lo que nosotros denominamos descentralización de los programas del gobierno, las políticas que este ha impuesto como descentralización ocurren dentro de una de estas categorías.

Yo diría que estas categorías tienen sobretodo un valor metodológico, pero no hay que verlas como categorías totalmente diferenciadas una de otra, mucho menos como un comportamiento exclusivo dentro de un modelo de descentralización. Quizás lo más importante de esa clasificación es saber que cuando los expertos, los analistas, los que escriben las políticas en sus programas de gobierno, se refieren a la descentralización de sistemas de salud, probablemente no todos estén hablando de lo mismo, sino que estén hablando de fórmulas diversas, interpretadas desde su punto de vista, desde su posición, desde las posibilidades que cada país tiene realmente de transferir autoridad, responsabilidad, cierto grupo de recursos, desde un nivel central hacia un nivel local.

Aclaro sobre esta categorización, o forma metodológica de interpretar la descentralización, que muchas veces ocurre que los países acuden a distintos tipos, a distintos significados, coexistiendo en el tiempo o a lo largo de la evolución de sus sistemas de salud. La distinción entre las cuatro categorías se hace esencialmente en rasgos jurídicos, para poder diferenciarlas una de otra, el desarrollo yo diría que muchas veces ha estado matizado por retrocesos o por aparentes retrocesos, o rectificaciones y de una modalidad se pasa a la otra, porque se entiende que es insuficiente, sea bien por las políticas o los criterios de un nuevo gobierno, o sea, de un cambio de gobierno, o muchas veces ha ocurrido en los países que hay un largo período de tiempo en que la descentralización pareciera que no tiene avance dentro del sistema de salud, o tal vez dentro, incluso, del propio gobierno. Y luego, es retomada por otro gobierno o por otro momento histórico de los propios países.

México, dentro del sistema de salud, más concretamente dentro de la Secretaría de Salud, es un buen ejemplo de esto que digo. Tuvo un impulso notable la descentralización del sistema a finales de la década del ochenta, pero durante la primera mitad de la década del noventa prácticamente la descentralización no ocurrió, u ocurrió de maneras diferentes, y luego fue retomada seis años después en un nuevo gobierno para la transferencia. Y probablemente, en otros muchos países ocurrió lo mismo.

También hoy se sabe, y queda claro, que el tipo de descentralización –si cabe la palabra tipo– el significado de la descentralización, en cada país puede estar influenciada

por muchos factores. Entre los que se describen con un claro nivel de asociación, está el tamaño del país: hay diferencias entre países grandes y países pequeños, entre países federados y países unitarios, donde, dependiendo de su realidad, de sus tradiciones, de su historia, de su marco legal y de la puesta de acuerdo entre los actores centrales, se ha adoptado una forma de desconcentración, de devolución, o de privatización, si el modelo de desarrollo avanza en esos caminos.

Sobre descentralización, también hay que decir que, además de las diferencias en el significado, aunque todos usen la misma palabra –descentralización–, hay también lo que un estudioso del tema de descentralización dentro de los sistemas de salud llamó “rango de alternativa”. Si establecemos cinco categorías usuales para describir los sistemas de salud, como son finanzas, organización de los servicios, recursos humanos, reglas de acceso a los servicios de salud y reglas de administración, nosotros vemos que entre países hay diferencias en relación a cómo aplican cada una de estas categorías. Generalmente, en el marco de las finanzas –aceptando que hay diversos procesos dentro de las finanzas– el rango de descentralización o la alternativa de finanzas es limitada, esto es, que se transfieren ciertas cantidades de recursos a los niveles locales, pero no todos los recursos, muchas veces ni la mayoría de los recursos, y los gobiernos centrales, a pesar que hablan de una descentralización, mantienen con mano férrea el control de los recursos financieros que se ejecutan dentro de los sistemas de salud.

Quizás el rango más amplio transferido a los niveles locales ocurre en cuanto organización de los servicios de salud. Yo diría que, en efecto, la mayoría de los países que hablan de descentralización dentro de sus sistemas de salud es justamente en cómo organizar los servicios de salud, las redes de servicios, la prestación, incluso algunos detalles de la composición de los servicios de salud: es lo que más se transfiere al nivel local.

En el ámbito de los recursos humanos, en la mayoría de los países de América, la descentralización ha tenido una alternativa entre limitada y moderada. Esto es, muchas veces se transfiere la captación de recursos humanos, pero en pocos casos se ha transferido la radicación de plaza, por ejemplo, el control del salario, o sea, el monto financiero de la contratación de los recursos humanos.

En cuanto a las reglas de acceso y reglas de administración, igual que las anteriores, tienen expresiones diversas en los países de América que han practicado descentralización de sus sistemas de salud. En la mayoría de los casos, alrededor de un rango moderado. Si bien los niveles centrales siguen definiendo a través de programas de atención cuáles deben ser las formas de atención, tratamiento, sí se transfieren a los niveles locales ciertas capacidades de organizar y prestar esos servicios de salud dentro de las normas que establecen los programas, las prestaciones.

Pero, de nuevo, igual que la descentralización es una palabra que tiene significados diferentes entre los países, incluso dentro un mismo países en diferentes momentos históricos del mismo, también hay que saber que cada una de estas modalidades o significado de la

descentralización tiene un rango de alternativas en cuanto a la transferencia, que puede ir desde lo limitado hasta lo amplio. Y así, en general, es como ha ocurrido.

Pero, ¿qué ha sucedido en la salud y los derechos sexuales y reproductivos con respecto a la descentralización? Yo preferí tomar el caso de la salud y los derechos sexuales y reproductivos para analizar un ejemplo de descentralización y la reforma del sector salud por muchos motivos. El primero de todos, quizás lo tenía preparado ya porque a ello me he dedicado en los últimos tiempos de trabajo dentro de mi campo de desarrollo en la OPS. Pero en segundo lugar, porque los derechos sexuales y reproductivos son, a mi modo de ver, quizás uno de los temas que acumula mayores rezagos y atrasos en la práctica de los países. También en la legislación formal aprobada en los países, pero sobretodo, en la práctica de los derechos.

Hay dos campos en la salud y los derechos sexuales reproductivos que yo diferenciaría del punto de vista metodológico, para hacer un análisis de los efectos de la descentralización en esa área. No es una división aceptada dentro del campo de la salud y los derechos sexuales reproductivos, sino, repito, puramente metodológica para visualizar quizás los efectos que han tenido esos procesos de cambio en los sistemas de salud en este ámbito.

El primero de los campos yo denominaría “salud sexual y reproductiva”. Tiene que ver con todo un conjunto de prácticas y de prestaciones de servicios de salud dirigidos justamente a este campo y quizás el que más desarrollo acusa. Y un segundo campo, más novedoso, en el que se destaca la opinión pública y el análisis y las investigaciones dentro de los sistemas de salud, que es lo que yo llamaría “la violencia de género”. Son las dos diferenciaciones.

Digamos que en cuanto a la salud sexual y reproductiva, el panorama es mucho más claro. Hay una cuantificación y reconocimiento de los rezagos, o sea, es un tema que se estudia desde hace mucho tiempo entre los sistemas de salud, las estadísticas de los países tienen claridad sobre cuáles son los principales problemas, qué es lo que falta, hay una definición clara y aceptada de indicadores, esos indicadores son medidos y se escribe sobre ellos. Hay una aceptación plena por directivos políticos, trabajadores del sector salud, población en general, de que existen rezagos en este tema y de que esos rezagos lastiman y ofenden la dignidad. Nadie se opone en su discurso a que cuando hay una mortalidad materna elevada, o que manifiesta una tendencia al estancamiento, o peor aún, al alza, es algo que lastima y ofende a la dignidad. Habla mal de los servicios de salud, igual que una mortalidad infantil, o el rezago a la atención al embarazo.

Hay consenso en que los temas de salud sexuales y reproductivos deben ser prioridad en la política social de salud y, efectivamente, raro que un gobierno se resista a no incluir en sus políticas de gobierno, en sus programas de trabajo, en su plataforma política, que no va a atender temas de esa naturaleza, que las madres no van a tener derechos o un

acceso garantizado a un parto seguro, que los niños no van a recibir atención en sus primeros años de vida, o que el embarazo no va a tener atención médica adecuada.

También hay que decir que es un área dónde las acciones alcanzan cierto grado de articulación interinstitucional –recuerden que en la mayor parte de los países de América, el modelo de sistema de salud sigue siendo un modelo segmentado, dónde coexisten instituciones públicas de salud, como los ministerios de salud, instituciones de seguridad social, una o varias, dependiendo de los países, y también un sector privado con fines de lucro y sin fines de lucro que trabaja. El tema de la salud sexual y reproductiva es por fortuna un tema –a veces uno de los pocos temas– donde las instituciones alcanzan un cierto grado de articulación interinstitucional, e incluso de sinergia operativa. Hay regionalización, hay puestas de acuerdo, hay trabajo conjunto entre las instituciones de salud.

El corolario de este campo es que hay inversión de recursos, es un tema dónde se invierten recursos, recursos nuevos, recursos frescos, en la mayor parte de los países, probablemente en todos, es un tema dónde hay inversión de recursos de toda naturaleza – humano, financiero, técnico– es creciente, con lo cual no quiero decir que siempre los haya en cantidades suficientes, pero es creciente.

Trazamos una raya y hablemos un poco de violencia de género, dónde, a mi modesto ver, es un panorama diferente. En primer lugar, es un tema dónde se acumulaba un notable desconocimiento de la realidad, y aún los primeros investigadores que lo trabajaron, seguían todavía teniendo una información, una estadística que ellos mismos revelaban que estaba subregistrada, porque es un tema que ofende, que lastima, que muchos prefieren guardar en la intimidad, que no siempre es tratado, que es controvertido, que no es aceptado por los grupos de la sociedad, incluso en algunos casos son hasta tolerados. Hay quien cree que la violencia de género contra la mujer dentro de la familia es una expresión en que no se debe intervenir. Aquí, por suerte, en los últimos tiempos, hay una acumulación creciente de vivencia empírica sobre sus manifestaciones y causas, y yo diría también no tan empírica si no ya científica, basada en una teoría y en un credo de qué es la violencia de género.

Como adelanté, no hay una aceptación plena sobre la necesidad de su abordaje en la sociedad y a la sanción que merece, y no pocos países y no pocos grupos sociales dentro de los países, para algunas autoridades es un tema que no debe tratarse públicamente, debe mantenerse soterrado, no hablado, por que, lamentablemente, se justifica y se tolera. Es un tema también dónde el marco legal para su control sigue siendo pobre en muchos países y no se visualiza como un problema de salud, si no como un problema de otra naturaleza, no como un problema de salud. El corolario de todo esto es que en general es un tema al que se da pobre e insuficiente atención, en general, en los países y en particular dentro de los sistemas de salud. En muchos casos no se visualiza, insisto, como un problema de salud.

Dejemos todo esto relativo al análisis y hablemos un poco de los actores sociales y de las intervenciones en salud y derechos sexuales y reproductivos que se han llevado a cabo

en el marco de los procesos de reforma del sector salud. Yo diría que en el caso de salud sexual y reproductiva hay tres áreas bien diferenciadas, donde los actores cambian su actitud o se manifiestan de forma diferente.

En relación a la primera de las áreas –la atención al embarazo, el parto y el puerperio– hay cinco actores sociales muy claros, genéricos, grupales que coexisten. Por un lado, los gobiernos nacionales y subnacionales, quienes tienen una posición y una actitud frente a estos temas de atención al embarazo, al parto y al puerperio. En segundo lugar, yo cito al poder legislativo de los países en la medida que ellos tienen la facultad de establecer las leyes, las normas generales, las pautas legales de trabajo dentro de este campo. En tercer lugar, las instituciones de salud, una o varias en los países, quizás el más relevante de todo, el ministerio de salud, en la medida que en casi todos los países de la América tiene el poder rector de emanar reglamentos, de establecer acuerdos de trabajo o iniciativas que involucren a las restantes prestadoras de servicios. En otros países, tienen notoriedad particular las instituciones de seguridad social cuando son ellas las máximas prestadoras de servicios de salud, como en Costa Rica y México, donde son todavía los institutos de seguridad social quienes acumulan una mayor capacidad de prestación de servicios de salud. En cuarto lugar, algo que he llamado grupos de presión de naturaleza diversa y variada, integrados de modo amorfo por organizaciones no-gubernamentales, iglesias, gremios corporativos, que son grupos de la sociedad que tienen posiciones y actitudes frente a este tema de salud y derecho sexual y reproductivo. Y finalmente, organizaciones de cooperación técnica, al estilo de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, y otras también que tienen una clara posición en este tema, o las instituciones de financiamiento internacional, como el Banco Mundial, BID, Banco de Integración Económica, que también con su dinero, con sus credos y con sus prácticas influyen de una manera u otra en el comportamiento de estos temas.

En general, yo diría que en el tema de atención al embarazo, parto y puerperio, estos cinco grupos genéricos de actores tienen una posición bastante común. Todo el mundo reconoce que debe ser un derecho universal y garantizado la atención a un parto seguro, a un embarazo con atención médica, a un puerperio sano de las mujeres. Se invierten recursos y con pequeñas diferencias en cuanto la estrategia y la actitud práctica de realmente poner el dinero y financiar estas intervenciones, hay un consenso entre ellos de que debe ser una actividad priorizada y que debe ser un área de inversión.

No ocurre lo mismo con cáncer cérvico-uterino y de mama. Aunque, en general, yo diría que, genéricamente, normalmente los cinco actores mencionados, cinco grupos de actores mencionados, igualmente tienen una posición de apoyo al tema –el cáncer cérvico-uterino y de mama debe ser prevenido y debe ser abatido–, en general las actitudes de esos actores suelen ser más tolerantes, más flexibles, más justificadores de la no inversión en el área. Y la prueba de ello es que, en general, muchos de estos actores, que deberían tener una actitud beligerante de defensa, de que se presupuesten y se garanticen la prevención de cáncer cérvico-uterino y de mama son más tolerantes y adoptan, incluso a veces, la posición oficial “es cara la prevención del cáncer”, “cuesta”, “no hay recursos”, “hay que entender que somos un país pobre”. En fin, el grado de movilización frente a este tema, aún

aceptándolo, a mi juicio, a mi modesto ver, repito, es menor que la anterior y aquí las justificaciones suceden. Creo yo que no debieran suceder, creo que enfermedades como el cáncer cérvico-uterino, que una prueba muy barata y se puede prevenir, y con un tratamiento a tiempo de bajo costo, no debieran suceder en esta América. Pero existen. Existen y existen en cantidad. Existen tres veces más que su componente masculino, que es el cáncer de próstata. En algunos países llega a ser cinco veces más la incidencia de este tipo de cáncer que su par masculino, que es el cáncer de próstata.

El tercer grupo, el que yo denomino acceso a la anticoncepción, al aborto y a las enfermedades de transmisión sexual, VIH-SIDA, aquí sí, la posición de los actores varía, es diferente, no hay acuerdo entre ellos, incluso, en algunos casos, hay enfrentamiento visceral y yo diría que no son los signos de los tiempos, pero sí, con fondos ideológicos totalmente contrarios y, muchas veces, no conciliables entre ellos.

En primer lugar, los actores, gobiernos nacional y subnacional, poder legislativo y las instituciones de salud, varían su posición política polar, según el signo político dominante. Quiere esto decir que, a veces, ciertos gobiernos critican el acceso a la anticoncepción, no lo reconocen como un derecho igual al aborto y al SIDA. En otros casos, en otro tipo de gobierno, con un signo polar obviamente contrario al que menciono primero, sí creen que debe ser incluido en las leyes, se mueven en ese sentido, trabajan en ese sentido, y varían su posición. Se da el caso, ha ocurrido el caso en varios países de la América, que de un gobierno a otro, en un relevo natural democrático, la posición es diametralmente opuesta, de uno a otro gobierno. Y se hacen esfuerzos dependiendo del signo. O también sucede que muchas veces estos tres actores –gobiernos nacional y subnacional, poder legislativo e instituciones de salud– adoptan posiciones de inmovilismo o cambiantes frente a estos temas. De inmovilismo, me refiero a que quieren decir, aunque en su ideología política profesen que debe haber acceso, temen la reacción de los grupos que se oponen y mantienen un inmovilismo. No hacen nada por cambiar las leyes, no hacen nada por introducir dentro de los servicios de salud, o comprar anticonceptivos, o facilitar el aborto. Posiciones de inmovilismo, o a veces cambiantes, y dependiendo de las presiones que reciban, ustedes encuentran países –México es un buen arsenal de historias en ese tema– de que lo mismo, aún la campaña de promoción del uso del condón, sucede otra campaña del abstencionismo y la práctica del sexo solo dentro del matrimonio, que son dos posiciones bastante diferentes, dependiendo de la presión. Si un grupo presiona a favor del acceso al condón, ahí va una campaña; y la respuesta frente a los grupos que los critican, la próxima campaña va a favor del credo o de la posición que se manifieste.

Digamos que el actor número cuatro, el que ahí se maneja, grupos de presión, que incluye un gran grupo de instituciones, ONGs de signos diversos, organizaciones no-gubernamentales, iglesias, gremios, corporativos, uno los puede encontrar en general en estos tres temas, en posiciones decididamente a favor o decididamente en contra. Y esa posición la adoptan desde puntos de vista ideológicos o científicos. Uno u otro. Y lo triste es que, muchas veces, las posiciones se manejan en una franca confrontación y no de acuerdo entre ellas. Pero, las hay a favor o en contra. Y aquí sí, es mucho más difícil lograr el consenso.

En cuanto al actor número cinco, que yo citaba, organizaciones de cooperación técnica, instituciones de financiamiento institucional, en general, casi todas, si no todas, tienen posiciones declarativas a favor, y grados diversos de activismos, según espacios que tengan en los países. En general, en el Sistema de Naciones Unidas, sobre todo después de la Conferencia de Población y Desarrollo, del 1996, en Cairo, que es la que marca una pauta clara que es salud y derechos sexuales y reproductivos, tienen una posición a favor de que se incluya en la legislación de los países. Toca a cada grupo, a cada segmento de la sociedad saber si los adopta o no los adopta.

Debo decir también, que dentro del número uno, se me pasó a decirlo, en los gobiernos nacionales y subnacionales, también hay posiciones diferentes entre las instituciones. Aunque, en general, el signo político del gobierno, quiero decir, del partido que llega al poder y marque el comportamiento de todos los ministerios, hay avances en América Latina en los últimos cuatro años, un período bastante corto, con la creación en muchos países de ministerios de la mujer, de secretarías de la mujer, oficinas de la mujer, varían los nombres de un país a otro, que en general tienen postura más a favor de los derechos sexuales y reproductivos. Los ministerios de salud, a veces sí, a veces no, dependen del grado de atención que presten al tema. Pero, en general, repito, la mayoría de las instituciones de un gobierno obedecen a la política de gobierno, la del partido político que lo lleva al poder. Pero, hay diferencias de comportamiento entre uno y otro. Los más avanzados, en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos es, sin duda, los ministerios de la mujer.

Vamos al tema de violencia de género. En su división más aceptada en este momento, se acepta que la violencia de género puede ocurrir por violencia de tipo físico, psicológica y sexual, dentro y fuera de la familia. Cualquiera de las tres. En general, en la mayoría de los casos, casi siempre es violencia contra la mujer. Puede haber violencia contra el hombre pero la mayoría es contra la mujer. Y a mi modesto juicio, repito lo de modesto, no debe tener un tratamiento similar. La mujer está, en la mayoría de los países, en el marco legal y la práctica establecida y la mentalidad de muchos de los ciudadanos, en una desventaja con respecto al hombre. Pero, de hecho, el tema está planteado ahí sexualmente: violencia, psicológica y sexual, genéricamente, quiero decir, dentro y fuera de la familia.

Aquí los actores sociales son menos clásicos. Y yo rescato un proyecto de intervención que inicialmente surgió en los países centroamericanos, usado por la Organización Panamericana de la Salud, con fondos esencialmente europeos y de la propia institución, y que luego se ha extendido a dos países andinos más para trabajar quiénes son los actores sociales que intervienen o que tienen una posición, puede ser relevante en un momento determinado en el tema de la violencia de género.

En el nivel más bajo, lo que se llaman comunidades, estas están integradas por personas, familias, ciertas agrupaciones de base, ONGs, etc., que ahí ocurren. El nivel

sectorial es un poquito más alto dentro de la estructura de un país, se refiere a la composición de los diferentes grupos sociales aceptables: sector salud, educación, que se mueven en un ámbito diferente. Y finalmente las coaliciones nacionales.

A nivel de la comunidad, los actores que están interesados en el tema de violencia de género en algunos casos son actores nuevos, generados a partir de la experiencia de los proyectos que les menciono, o también de las propias organizaciones locales. Así vemos que como actores relevantes en este tema son redes de personas violentadas, redes de familias interesadas, campañas que en un momento determinado aglutinan a un grupo de actores ahí en el nivel local para oponerse, de obra o de palabra a la violencia de género, redes de autoapoyo, o para apoyo de hombres violentos que requieren atención.

Y fíjense que me aparto un poco de la posición tradicional. Por ejemplo, no cito los servicios de salud ahí en nivel local, porque es una posición, a veces difícil de entender dentro de los servicios de salud, que los servicios de salud, muchas veces, son cómplices de la violencia de género, porque son incapaces de denunciar, pese a estar en la ley incluidas, las manifestaciones de violencia contra la mujer. Otras veces, los médicos, los profesionales de la salud, con una actitud notablemente ingenua, pero quizás desde una buena fe, creen que el asunto se puede limitar a tratar las heridas de esa mujer violentada, sea sexualmente, sea físicamente, y quizás manifestarles “sepárate de ese hombre, ¿qué haces con ese hombre que te golpea? ¿Cómo te metes por esos caminos oscuros? Ya sabes como está la cosa, te pueden violar por ahí.” Ignorando que esa mujer tiene una propia vida y que, a lo mejor, no puede separarse del matrimonio, porque queda en una posición de depresión social, no trabaja, es mantenida por un hombre. El asunto es mucho más complejo que recomendarles “sepárate de un hombre violento”. Por eso surgen estos actores de naturaleza diferente, grupos de autoapoyo, grupos de apoyo para el hombre violento, actores que en el marco de un tiempo y un espacio se aglutinan alrededor de una campaña.

Veamos los actores a nivel sectorial. A nivel sectorial, surgen actores de naturaleza diversa, a veces sospechado, otras francamente insospechado, que se unen para trabajar en fortalecer capacidades de las instituciones, de los diferentes sectores, programas educativos en las escuelas para enseñar a los niños que ser violento no es un comportamiento a resaltar, no es una virtud, que es un gran defecto, y peor aún, que viola las leyes; o para promover activamente la elaboración de reglamentos dentro de las instituciones que ayuden a controlar esta manifestación, este problema de salud, o a veces, también para incorporar o promover la ejecutoria de leyes.

Y nos vamos al tercer grupo de actores, lo que genéricamente llamamos coaliciones nacionales, que es la agrupación de actores diversos, a veces personalidades de deportes, intelectuales, personalidades políticas, que de pronto empiezan a manifestar públicamente una posición clara en contra de la violencia de género, y en contra de la violencia contra la mujer, y que desde su posición, de la altura de su prestigio, tienen una capacidad y una influencia sobre legisladores, sobre abogados, sobre políticos, sobre gobiernos, para que

abran marcos legales, para que se abran práctica dentro de las instituciones, para que el tema no se soslaye. Ese sería el tercer grupo importante dentro de ellos.

Pero, avancemos un poquito más en vincular estos actores y esta realidad con la descentralización. Cuando un proceso de descentralización se inicia en un país, en un sistema de salud de un país, para ser más exacto, las justificaciones más comunes que se dan para descentralizar o para promover una descentralización dentro de un sistema de salud son porque permite incorporar condiciones adicionales para incorporar lo local al análisis de situación de salud, o sea, que las particularidades de una localidad, el operativo del terreno, se pueden incorporar a los programas de salud. Porque antes, cuando eran elaborados centralmente, desde una posición nacional, muchas veces, las peculiaridades, pequeñas manifestaciones, enfermedades, problemas de salud de una localidad no se veían reflejadas en ese programa nacional, porque no constituían un problema general de toda la nación. También, los que justifican la descentralización dicen que un buen argumento para ello es que hay un espacio mayor para prioridades sentidas, esto es, para que la población manifieste su visión sobre la salud y sobre los problemas que tiene y que no sean solo los técnicos, los especialistas, nosotros, los salubristas, los directivos de salud, los que dictamos cuáles son las necesidades y en qué orden deben priorizarse en el presupuesto, en la ejecutoria del sistema.

También dicen que la visión de la descentralización facilita agregar servicios a paquetes básicos, aceptando que una buena parte de países del continente parte de un modelo de definir un paquete básico. Una descentralización facilita que en el nivel local, con sus recursos locales, ellos pueden agregar ciertas prestaciones que le dan un valor, una importancia a ese paquete básico definido nacionalmente, o que permite un aporte extra de recursos locales, esto es, que los municipios, la autoridad ahí formulada, o las personas que viven en un lugar, agrupadas de cualquier naturaleza, aporten de su bolsillo, de sus presupuestos, a la salud localmente, más allá de lo establecido nacionalmente. También que puede dar más eficacia en la respuesta, o sea, ser más atendida a los problemas, que en la descentralización hay un estímulo adicional a la participación social, que hay más espacio a las decisiones locales y compartidas, aceptadas por consenso, que en general la descentralización deja un salto cualitativo de la atención.

La pregunta es, en el tema que yo estoy trabajando con ustedes acá, ¿son reales estos ocho elementos, estos ocho beneficios en salud sexual y reproductiva? ¿Ha tenido la descentralización efectos positivos notables en la salud y los derechos sexuales y reproductivos?

Yo diría en un análisis muy preliminar y general que no necesariamente. Y parecieran en el plano teórico que solo puede llegar a tener la descentralización un verdadero efecto positivo en la salud y los derechos sexuales y reproductivos, si realmente se incorpora el enfoque de género en la política y en la práctica de salud. Sino, es muy difícil que lo tenga. Si creemos que los asuntos son iguales y los problemas de salud son iguales para hombres y mujeres, que no tienen diferenciación entre ellos, es muy difícil, si

no imposible, que haya un verdadero adelanto cualitativo en la salud y los derechos sexuales reproductivos como producto de la descentralización.

Cierro aquí mi plática. Prefiero dejar a la reflexión y a las preguntas lo que tienen que decir. Deseo solo decir que la descentralización es, efectivamente, una oportunidad, por el cambio que representa, por la convocatoria a la reflexión que normalmente representan estos procesos, pero no es némesis ni siempre el saldo puede ser a favor. En salud sexual y reproductiva, la descentralización poco ha significado. Y digo poco no por lo que ha logrado, sino por el trecho que queda por avanzar, para garantizar efectivamente este derecho.

Muchas gracias.