

## **Develando contradicciones en la gestión local de salud.**

**Por Celia Sarduy Sánchez y Ada C. Alfonso**

La propuesta del Comité Organizador del evento, para este Taller “Hacer Política” fue que las intervenciones que abrieran el taller fueran cortas y a su vez que visibilizarán algunas cuestiones que permitieran la reflexión, problematizaran sobre las realidades que enfrentamos en cuanto a salud y políticas públicas y por ende dispararan cuestionamientos sobre nuestras prácticas y la de “otros y otras”, con la finalidad de construir entre todos/ as una agenda propositiva sobre el tema de las políticas locales en salud.

En realidad considero que esto es una misión difícil, pues las problemáticas, ideas, alternativas de soluciones y reflexiones que cualquiera de ustedes pueda traer a debate desde su experiencia, va a desbordar, sin lugar a dudas, los aspectos puntuales a los que me voy a referir a continuación.

### **Algunas contradicciones**

#### **Descentralización**

Motivado por el orden económico actual y a partir de las últimas décadas del pasado siglo se han venido produciendo un conjunto de procesos conocidos por reforma del “sector salud”, encaminados todos a introducir cambios sustanciales en la organización, funcionamiento y desempeño de dicho sector.

En el caso de América Latina, dichos procesos encuentran sentido por las inequidades existentes, la limitada cobertura y acceso de servicios de salud y la necesidad de mejorar la efectividad, eficiencia y calidad en las acciones de salud.

Como parte de estas reformas, emerge la descentralización como herramienta que pudiera dar soluciones a los problemas antedichos.

La descentralización se convierte por tanto en una forma alternativa de manejo administrativo de los servicios que con anterioridad administraba el Estado, y con esto los diferentes gobiernos locales recuperan determinadas cuotas de poder del Estado para dar respuesta a los problemas locales. Esta enunciación que parece sencilla se acompaña de la complejidad que le aportan:

1. Los diferentes contextos culturales y geográficos.
2. La utilización de las diferentes cuotas de poder y el ejercicio que se hace de estas.
3. La capacidad de gestión y resolución de los nuevos gestores.
4. El grado de participación de los diferentes actores sociales en los procesos.
5. Los recursos financieros y la capacidad de movilización de estos recursos, y,
6. Los modelos de planificación y monitoreo de procesos por citar algunos que imprimen particularidades según la región y las políticas de gobierno.

Aun así, existen dos principios que pueden encontrarse en mayor o menor medida en algunos de nuestros países los denominados: “principal- agente” y “escogencia fiscal”<sup>[1]</sup>.

El modelo principal- agente, describe las relaciones jerárquicas entre el gobierno central y los gobiernos locales. Este concepto da especial importancia a las instituciones locales y la descentralización se considera como un proceso vertical, caracterizado por mantener el mayor poder en la cúspide (Estado o centro) y el menor poder en las bases (municipios). A esta propuesta se ha llamado la descentralización centralizada y es el modelo que propone el poder central porque se corresponde con la existente estructura institucional y administrativa y de control centralizado -.

En el modelo de escogencia fiscal, los gobiernos locales obtienen la mayor parte de sus ingresos a través de los contribuyentes residentes en sus respectivas jurisdicciones. Por lo tanto, las decisiones del sector público y, por supuesto, de la comunidad, tienen que pasar por un proceso muy rígido de selección de las mejores alternativas para el desarrollo, bajo las restricciones presupuestarias derivadas de la tributación y /o de la posibilidad de explotar los recursos locales.

Acerquémonos a estos modelos desde interrogantes que nos coloquen en las contradicciones:

En el primer modelo, la descentralización centralizada es válido preguntarse: ¿cuáles son las cuotas de poder que se transfieren?, ¿cuáles son los espacios subjetivos y objetivos para la generación de políticas locales?, ¿qué deposita la administración central en la administración local?, ¿cuáles son las capacidades con que cuentan estas administraciones locales en la resolución de las situaciones de salud diagnosticadas, en especial, si tomamos en consideración, que las instituciones y los recursos humanos que la integran a nivel local se han erigido, formado y capacitado para funcionar en un sistema organizacional centralizado y dar seguimiento a políticas públicas también centralizadas?.

Desde otro lugar, el que corresponde a los y las beneficiarios /as de dichas políticas, también valdría la pena cuestionarse cuál es el grado de participación que estos tienen en la formulación de políticas que les atañen directamente, ya que interesan su vida cotidiana y familiar, espacios estos donde también se construye salud cuando las políticas se dirimen en los espacios macros y sus necesidades en salud por otra parte, se generan y necesitan de respuestas locales.

De igual forma, resulta imprescindible, colocar la mirada en cuál es el concepto de salud que moviliza las acciones, intervenciones y políticas para no caer en los reduccionismos que equiparan salud con tan solo uno de sus aspectos, los servicios de salud.

En relación con el segundo modelo, el de la escogencia fiscal, los cuestionamientos serían, ¿cómo y quiénes deciden las alternativas de solución a los problemas que se identifican? y ¿cuál es el grado de sensibilidad de la comunidad para identificar pongamos por ejemplo sus necesidades de género en salud?; ¿qué grado de empoderamiento y nivel de negociación y participación tiene la comunidad para movilizar y controlar los recursos locales y exteriores en la solución de las necesidades identificadas?

Como se puede ver cualquiera de los dos modelos introduce contradicciones y la necesidad de cambios organizacionales, por la coexistencia de nuevos sistemas de relaciones que no dejan de ser conflictivas ya que vinculan a diferentes actores y con diferentes poderes, en los procesos de descentralización, como son: los poderes ejecutivos, legislativos y judiciales; los organismos de desarrollo regional, provinciales, seccionales, cantonales y municipales; las ONGs, la sociedad civil y los diferentes representantes de gremios, sindicatos y comunidades y por último la ciudadanía en general.

### **Privatización de los servicios de salud.**

El financiamiento de la salud por el Estado y la “Salud para Todos” son dos nociones en quiebra en la actualidad. Las restricciones financieras que enfrentan los gobiernos, más aún en los países en desarrollo, y las políticas de ajustes neoliberales por una parte y el crecimiento inusitado de la pobreza como resultado de la crisis económica actual por otra, están en la base del quiebre antes mencionado, de una cada vez mayor privatización de los servicios y de la aparición de un mercado para la salud.

El seguro privado para aquellos que pueden pagarlo ofrece servicios de calidad y amplia cobertura, coexiste con el servicio público de baja calidad y cobertura limitada, dirigido a atender los problemas de aquellos que no pueden pagar y los pobres<sup>[2]</sup> con los riesgos que esto último tiene para el cuidado de la salud.

Uno de los retos a enfrentar en los próximos años es justamente el que corresponde a la relación *público privado* en la atención en salud, para dar cuenta a los cambios demográficos que se observan asociados a un acelerado envejecimiento de la población, se espera que en el año 2025 la población mayor de 60 años se duplique con relación al año 2000.

Los profundos cambios tecnológicos y la atención a las enfermedades crónicas no transmisibles están produciendo un elevado incremento de los costos de atención, y a esto se añade la exclusión de los servicios de salud de aproximadamente el 25% de la población de Latinoamérica, lo que nos

permite colocar las siguientes interrogantes: ¿quiénes son los que se benefician a partir de la privatización de los servicios?, ¿a quiénes alcanza una mayor eficiencia y eficacia de los mismos?, ¿cómo a partir de la privatización se logra aumentar el acceso y cobertura de las poblaciones excluidas? y ¿cómo se logra desde este orden de cosas cumplir con el Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos humanos que refrenda que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, la asistencia médica y los servicios sociales?

Si una de las herramientas de la Reforma es la privatización, ¿qué participación tienen en las políticas locales, los dueños o representantes de los servicios privados?; ¿qué participación tienen el número enorme de personas que en el mundo han ingresado a los bolsones de pobreza en la determinación de las políticas locales de salud?

La privatización también provoca que dichas políticas traten de dar solución a problemas puntuales, que generalmente son identificados por los decisores (as), y que no toman en cuenta las necesidades de salud de sus localidades, por ejemplo, el caso de las mujeres productoras de salud - no decisoras de salud; los programas de atención a la mujer que la reducen sólo a la atención de su salud reproductiva, entre otras.

### **La perspectiva de género.**

Considerar el tema de género en la gestión local de salud significa tomar en cuenta los procesos discriminatorios, de subordinación y marginalidad de un segmento de la población, el de las mujeres. Mucho se debate con relación al carácter relacional de la categoría género y a ausencia de esta perspectiva cuando se abordan los aspectos que relacionan sólo con las mujeres.

Para nosotras que trabajamos directamente la salud de las mujeres, sabemos que las mismas se encuentran sometidas a condiciones de mayor pobreza e insatisfacción de necesidades, así como de irrespeto a sus derechos humanos, altos índices de mortalidad materna, deterioro de su salud física y mental, la violencia que afecta hasta el 60% de la población femenina. El analfabetismo que afecta doblemente a las mujeres con relación a los varones, limita sus oportunidades a niveles más elevados de formación y por ende sus competencias en el mercado laboral.

Las mujeres perciben sueldos inferiores por igual trabajo que los varones, inestabilidad laboral, además de no ser sujetos de créditos. La migración ha hecho que el ejercicio de la gerencia del hogar se desarrolle en condiciones adversas y de mayor precariedad, no lográndose aún la equidad por factores diversos.

Este panorama ha invisibilizado el trabajo de las mujeres en la producción de salud, en la reproducción social y en particular en la gestión de salud comunitaria. La pobre participación de las mismas en las decisiones, hace que los problemas de las mujeres estén ausentes de las políticas públicas y a nivel local.

Los movimientos de mujeres, las redes locales y las ONGs han recuperado en muchos de los casos las voces de las mujeres en los espacios de negociación. Sin embargo, la perspectiva de género y en particular los problemas que atañen a las mujeres o no logran el impacto requerido en las políticas públicas o no se logra la implementación monitoreo y evaluación de las que toman en cuenta estos problemas.

Se ha avanzado más en experiencias a nivel local y comunitario, que en lo concerniente a una gestión local con perspectiva de género. Un ejemplo de esta situación es el debate actual sobre la anticoncepción de emergencia y la violación que significa a los derechos humanos de las mujeres, y a su autonomía de decidir sobre su salud sexual y reproductiva con la prohibición de estos métodos en algunos países por sectores retrógrados y la Iglesia.

Cuba una aproximación para el debate

El Ministerio de Salud Pública ha definido como uno de los ejes principales de su estrategia, la consolidación del sistema municipal de salud, en cuya jurisdicción político administrativa se complementan y desarrollan las potencialidades del sistema de salud para apoyar el fortalecimiento y desarrollo integral del municipio.

El espacio socio-sanitario del municipio posibilita la articulación de la participación comunitaria intersectorial a través de los consejos municipales y populares por la salud y su expresión en el logro de las comunidades saludables.

Veamos en el caso de Cuba como emergen las contradicciones. En el aspecto que remite a la descentralización el planteamiento de que los objetivos del momento actual de la reforma se logran a través de “la centralización normativa”[4] acompañada de la descentralización del sistema nacional de salud – señala también que “... la planificación normativa y centralizada debe progresivamente convertirse en gran parte local y participativa, ajustándose a las necesidades locales de una comunidad determinada”[5].

Otra de las contradicciones emerge de la representación de igualdad social de hombres y mujeres, y de igualdad de oportunidades de ambos, esta creencia ha retrasado la inclusión de la perspectiva de género en la formulación de políticas públicas en el campo de la salud y se refuerza en la existencia de un Programa Materno Infantil que se encuentra entre los programas rectores del Sistema Nacional de Salud cubano. Esto que sin duda es una fortaleza, exhibida en los indicadores de mortalidad materna e infantil que exhibe hoy nuestro país, invisibiliza la debilidad de la no-existencia de un programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer y por otra parte oculta el desplazamiento que se da en ponderar en el binomio madre hijo, a este último.

Estos aspectos a debate en el último Seminario de Evaluación del Plan de Acción de la República de Cuba de Seguimiento a la IV Conferencia de la ONU sobre la mujer[6], celebrada los días 27 y 28 de febrero del presente año, fueron discutidos en la comisión de Derechos Sexuales y Reproductivos los avances y los aspectos que aún hay que seguir trabajando en pos de garantizar los derechos de las mujeres; la inclusión de la perspectiva de género en los Análisis de la Situación de Salud y la equidad de género en cuanto al tema de la salud.

Como podrá entenderse, en el breve acercamiento a la realidad de nuestro Sistema de Salud, existe aún una alta centralización en lo tocante a las decisiones y a las políticas públicas de salud, que limita sin dudas las del campo de acción de la gestión local, pero esto no sólo se da en los aspectos que refieren a la salud, sino que marcan el quehacer de las instituciones de otros ministerios que también se encuentran representadas a nivel provincial y municipal; de esto se deriva que no pocas veces se destinen recursos tanto materiales como humanos para dar solución a una misma problemática local sin que se logre del todo la intersectorialidad que permitiría una gestión local más eficiente.

En el inicio de nuestra intervención, nos referíamos a la necesidad de cambios organizacionales para dar atención a una mejor descentralización; en este momento quisiéramos acotar otros aspectos a tener en cuenta en la gestión y formulación de políticas a nivel local:

1. La necesidad de una capacitación de las autoridades locales para enfrentar los retos que impone la formulación de políticas que den respuesta a las necesidades locales.
2. La necesidad de dinamizar los procesos de transferencia de los recursos aunado a la capacidad de gerenciar la movilización de los recursos desde la gestión local.
3. La reconversión de poderes y el desarrollo de habilidades para el ejercicio de los poderes conferidos; esto también requiere del desarrollo de habilidades para compartir y ceder poder.
4. La capacidad de los decisores de coparticipar con los diferentes actores sociales en la toma de decisiones, la planificación, la implementación, el monitoreo y la evaluación de gestiones y políticas locales.
5. La capacidad de la comunidad de identificar, movilizar y gestionar alternativas para la resolución de las necesidades de salud.
6. Potenciar la pertenencia y compromiso de los recursos humanos de la salud.
7. Fortalecer la transparencia de la utilización de los recursos financieros dedicados a fortalecer la gestión local y comunitaria.
8. Reingeniería de los procesos de gestión en salud y la introducción de nuevas herramientas gerenciales para elevar la capacidad resolutoria a nivel local.
9. Potenciar una visión de la salud integral que considere la diversidad cultural, las características geográficas y el contexto histórico local.

10. Coincidimos con Miguel Malo [7](1999) en la necesidad de aprovechar las dinámicas locales generadas en el marco de la descentralización, para abogar por la incorporación de la “salud” como un eje en las agendas de desarrollo local y a su vez, la introducción de la perspectiva de género en el análisis de las situaciones de salud y en las políticas locales.

[1] Ver Milton Quesada “La descentralización en el Ecuador: Avances y Perspectivas”. En: Cántaro en la Red. Red de información electrónica. (2001).

[2] Ver: Marcos Lorenzellil en “Economías y Políticas sociales: Los casos de la Salud y la Educación”. Cántaro en la Red. Servicio de Información electrónica, (2001)

[3] Documento editado por Dirección Nacional de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba. Ciudad de La Habana. Diciembre 1998. Copyright © 1999-2000, **Infomed** Red Telemática de Salud en Cuba [webmaster@infomed.sld.cu](mailto:webmaster@infomed.sld.cu)

[4] Esta centralización normativa se plasma en diferentes documentos: “Carpeta Metodológica” (creada en 1986, y que cada año es revisada y perfeccionada), y los Programas Nacionales de Salud, por ejemplo: Programa de cáncer; programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, Programa para la Prevención de ITS /SIDA, Programa de Prevención del Suicidio; Programa Materno Infantil, Programa de Atención Integral del anciano, entre otros. Estos documentos recogen orientaciones específicas para la regulación del trabajo de las y los profesionales y tecnólogos de la salud. El cumplimiento de las indicaciones de la Carpeta Metodológica y de los Programas Nacionales de Salud, es revisado, supervisado y controlado por las instancias decisoras que se ubican en los diferentes niveles de dirección: Provincial o Nacional y se realizan a través de visitas de supervisión a los Municipios (léase a nivel local).

[5] Dotres Martínez, Carlos: “Seminario de Consulta y Consenso con las Agencias y Países en Apoyo al Sector Salud en Cuba”. Salón Taganana, Hotel Nacional, 29 de abril de 1996.

[6] Este documento está aprobado por el Consejo de Estado y de Ministros de la República de Cuba, tiene carácter de ley y se evalúa su plan de acción cada dos años. Resolución del 7 de abril de 1997.

[7] Los desafíos de la Salud Pública en la Descentralización de la reforma. Cántaro a la Red. Revista electrónica de ALDES

[Contenido]