

Diálogo Social

como Herramienta para la
Extensión de la Protección Social
en Salud

Experiencias de Diálogo Social en Salud en países de América Latina

Serie Extensión de la Protección Social en Salud #3



Agencia Sueca para el Desarrollo
Internacional

ASDI



Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud
Unidad de Políticas y Sistemas de Salud

OPS/OMS

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud. Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud. Unidad de Políticas y Sistemas de Salud.

Diálogo social como herramienta para la extensión de la protección social en salud: experiencias de diálogo social en salud en países de América Latina.

Washington, D.C: OPS, © 2007.

(OPS.Serie Extensión de la Protección Social en Salud, n° 3)

ISBN 978-92-75 32815-6

I. Título

1. SEGURIDAD SOCIAL

2. SERVICIO SOCIAL

3. APOYO SOCIAL

4. AMÉRICA LATINA

LC H4826

© Organización Panamericana de la Salud, 2007

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a la Unidad de Políticas y Sistemas de Salud, Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud, Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos del Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan, en las publicaciones de la OPS, letra inicial mayúscula.

PRESENTACIÓN

El compromiso de los ciudadanos con las políticas implementadas desde la administración del Estado es un requisito básico para la sostenibilidad de dichas políticas en el tiempo y para la gobernabilidad de los países. En este contexto, los mecanismos destinados a informar a los ciudadanos, consultar su opinión e involucrarlos en iniciativas gubernamentales han adquirido cada vez mayor relevancia en el proceso de implementación de políticas públicas. Durante las últimas décadas, el diálogo social se ha convertido en un instrumento importante de consulta a los ciudadanos sobre asuntos ligados a la toma de decisiones en diversas áreas de la agenda pública en un número creciente de países de la región de las Américas, involucrando a una heterogénea gama de actores con diversos grados de representatividad.

Sin embargo, a pesar de su relevancia en procesos políticos a menudo complejos y de gran magnitud, el diálogo social no ha sido implementado de manera homogénea en los distintos países y la sistematización de las experiencias de diálogo es escasa.

En el caso del sector salud, los procesos de diálogo social se han desarrollado mayoritariamente en el ámbito laboral y se han circunscrito al modelo de consulta tripartita -entre empleados, empleadores y gobierno- para tratar asuntos ligados a reivindicaciones de los trabajadores de la salud, en particular mejoras salariales. No existe en la región un registro de las experiencias de diálogo social realizadas en el sector salud con fines distintos de los mencionados, que permita un análisis más profundo de sus fortalezas en el proceso de consulta ciudadana, de los desafíos que plantea su diseño e implementación y de las condiciones necesarias para realizarlo.

Esta publicación pretende contribuir a llenar ese vacío, dando a conocer diversas experiencias de diálogo social en salud llevadas a cabo en países de América Latina en el período 2003-2005. Heterogéneas en su diseño e implementación, ellas reflejan sin embargo el interés creciente de gobiernos, actores sociales y la comunidad internacional por promover la creación de espacios para el intercambio de información y la negociación, destinados a alcanzar acuerdos sobre materias de interés público en salud.

Nos asiste en este esfuerzo la profunda convicción de que el diálogo social es un espacio privilegiado para promover la interacción entre diversos sectores y grupos de la sociedad involucrados en la construcción e implementación de políticas

de salud, en la legitimación de dichas políticas y en su sustentabilidad en el tiempo. Creemos que dicha interacción sólo es posible a través de un proceso de validación y reconocimiento mutuo entre los actores y del empoderamiento de aquéllos que se encuentran en una situación de desventaja, a través del fortalecimiento de su capacidad para abogar por sus derechos y negociar sus intereses. En este sentido, concebimos el diálogo social no sólo como una oportunidad de concertación, sino como un elemento esencial para la convivencia democrática.

Contenido

1.	Resumen Ejecutivo	-1-
2.	Introducción	-4-
3.	Antecedentes	-6-
4.	El diálogo social como instrumento para situar la extensión de la protección social en salud en los espacios de diálogo nacional: El caso de Bolivia	-25-
5.	El diálogo social en la construcción de vías hacia el acceso universal a los servicios de salud en Ecuador	-39-
6.	El diálogo social como herramienta para la construcción de alianzas en torno al acceso a la salud en Guatemala	-59-
7.	La creación de espacios de diálogo social para la validación del Plan Nacional de Salud en Nicaragua	-74-
8.	Referencias bibliográficas	-113-
9.	“Guía Metodológica para el diseño e implementación de Diálogo Social en Salud”	-117-

COLABORADORES

El registro y sistematización de las experiencias de diálogo social en cada país estuvo a cargo de actores que a su vez habían estado involucrados en el diseño y/o implementación de las actividades de diálogo en los respectivos países.

En el caso de Bolivia, la sistematización fue realizada por un equipo que trabajó bajo la supervisión de Angélica Gomes, de OPS-Bolivia. En Ecuador, el registro del proceso de diálogo fue realizado por Amira Herdoíza con la colaboración de Jorge Proserpi, de OPS-Ecuador. En Guatemala, la sistematización de las experiencias de diálogo fue realizada por un equipo de la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud, ASECSA en conjunto con Juanita Rodríguez y María Luisa Rosal, bajo la supervisión de Federico Hernández, todos ellos de OPS-Guatemala. En Nicaragua, la sistematización de la experiencia de diálogo fue realizada por Guillermo González.

El desarrollo de las actividades de diálogo social en Bolivia, Ecuador y Guatemala; el registro de esas experiencias y la de Nicaragua; así como la presente publicación, fueron posibles gracias al apoyo de la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional- ASDI, en el marco del Grant 163109 del Gobierno Sueco.

Esta publicación fue elaborada por Cecilia Acuña con la colaboración de Soledad Urrutia bajo la supervisión de Eduardo Levcovitz, todos ellos de la Unidad de Políticas y Sistemas de Salud del Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud de OPS/OMS en Washington, DC.



1. RESUMEN EJECUTIVO

La presente publicación recoge experiencias de diálogo social en salud realizados entre 2003 y 2005 en Bolivia, Ecuador, Guatemala y Nicaragua en el marco de la estrategia de cooperación técnica de OPS/OMS en Extensión de la Protección Social en Salud, con el apoyo de la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional- ASDI. En los tres primeros casos, OPS/OMS apoyó y participó directamente en la organización e implementación del proceso de diálogo social. En el caso de Nicaragua, se registró el proceso convocado por el gobierno en torno al Plan Nacional de Salud.

Para la puesta en práctica de las actividades de diálogo social la OPS/OMS elaboró una guía metodológica que fue utilizada como guía o carta de navegación por los equipos nacionales, quienes fueron los encargados de diseñar y organizar las actividades de diálogo y convocar a los actores. La guía resultó un elemento importante en el diseño e implementación de las actividades de diálogo en los países seleccionados. Su propósito es orientar dichas actividades hacia un proceso de construcción colectiva de opciones para eliminar la exclusión en salud en el marco del derecho a la salud. La guía no se creó como una herramienta estática e inflexible sino por el contrario, considerando la naturaleza dinámica de los procesos de diálogo social, está abierta a variaciones e innovaciones que pueden contribuir de manera importante al resultado final en cada país, incluyendo elementos propios de la realidad local.

Cada equipo nacional tuvo distintas opciones y posibilidades en la conducción del proceso de diálogo. Entre ellas estuvo el diseñar, proponer y llevar a efecto actividades de diálogo social en espacios donde aún no se había considerado realizar este proceso –como fue el caso del Diálogo interétnico de Guatemala- y aportar elementos específicos relativos al derecho a la salud y el combate a la exclusión en salud en procesos de diálogo nacional que ya estaban en marcha, como se dio en los casos de Ecuador y Bolivia.

La existencia previa de espacios institucionalizados de diálogo constituyó un elemento facilitador importante para la realización de las actividades. En Ecuador por ejemplo, el hecho que el diálogo como herramienta de construcción de política sea altamente valorado por los pueblos originarios y el que la oficina de la Presidencia contara con una Secretaría de Diálogo, fueron factores clave para lograr una mayor cobertura territorial y la

participación de un gran número de actores sociales. En Bolivia, la inserción de las actividades en la plataforma institucional del Diálogo Productivo Nacional -al cual estaba convocando el gobierno en el marco de la estrategia HIPC de apoyo a países pobres altamente endeudados- permitió poner la exclusión en salud y la relación entre salud y productividad como temas importantes en las mesas de diálogo de todo el país.

La sistematización de las experiencias realizadas permite extraer lecciones importantes para la aplicación del diálogo social como ámbito de participación ciudadana en el diseño y validación de políticas públicas. Entre ellas, las más importantes son:

- El diálogo social debe insertarse en un proceso en marcha en el país y sobre una plataforma institucional. Es importante que los procesos de diálogo convocados a nivel nacional se materialicen en actividades de diálogo, compromisos y acciones en el nivel local.

- Los objetivos del diálogo social permiten desarrollar acuerdos para la superación de los problemas de exclusión en salud, pero dichos acuerdos deben incorporarse a mecanismos concretos de gestión y conducción del Estado para lograr que se plasmen en políticas efectivas.

- El diálogo social debe ser concebido en forma participativa desde su fase de diseño. Tanto la agenda de trabajo, la convocatoria, los elementos metodológicos, la coordinación logística e incluso los aspectos de comunicación e información, la puesta en marcha del proceso en todas sus fases deben ser desarrollados desde el principio en coordinación con las organizaciones sociales. La participación social se hace evidente a través del número, representatividad, diversidad, pluralidad y compromiso de los participantes; del grado de información entregado, de la gestión de acuerdos, de la claridad con que se presentan los disensos, de la permanencia de los actores en la mesa de diálogo, de la retroalimentación a los representados y de la inclusión de los acuerdos en políticas nacionales o locales.

- Es fundamental que el diálogo promueva una participación real de la población en la toma de decisiones. Para ello es importante que no se acote al mero planteamiento de demandas, sino que involucre a los ciudadanos en el cumplimiento de los compromisos. Por lo tanto, se debe cuidar que exista incorporación efectiva de los involucrados en el proceso, que el intercambio de información sea transparente, que los actores provean toda la información pertinente que posean y que se guarde la memoria de los acuerdos. Se sugiere la presentación pública de los acuerdos y el establecimiento

de un mecanismo formal de rendición de cuentas sobre el cumplimiento de los mismos.

- El diálogo social no tiene que generar necesariamente un consenso en torno a los temas discutidos, pero sí debe lograr el compromiso de los actores con los acuerdos alcanzados.

- La puesta en marcha de actividades de diálogo social para la Extensión de la Protección Social en Salud en los países contribuyó a fortalecer el contacto directo y el trabajo conjunto de actores gubernamentales, parlamentarios, sociales, sindicales y eclesiásticos. En ese contexto fue posible, en la mayoría de los casos, motivar el proceso de sensibilización sobre la exclusión en salud y generar una plataforma política de apoyo a la extensión de la protección social en salud como un elemento importante del debate nacional.

- Los estudios de caracterización de la exclusión en salud constituyeron un insumo relevante para apoyar el proceso de diálogo y brindaron a diferentes segmentos de la población la oportunidad de conocer las causas concretas de la situación de exclusión en cada caso.

En síntesis, el proceso de diálogo social realizado contribuyó a:

- a) Promover espacios de discusión, acuerdo y generación de alianzas para la formulación de políticas de protección social en salud entre instituciones del estado y de la sociedad civil;
- b) Diseminar información y realizar acciones de abogacía en torno a la situación de salud y de exclusión social en salud a nivel nacional, subnacional y local;
- c) Difundir conceptos e información relativos a la protección social de salud y seguridad social a miembros del poder legislativo y representantes de la sociedad civil organizada;
- d) Incorporar las diversas visiones acerca de la salud al diálogo político nacional, en especial en aquellos países con un componente interétnico importante.

2. INTRODUCCIÓN

En el marco del trabajo de cooperación técnica en Protección Social en Salud, la Unidad de Políticas y Sistemas de Salud del Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud (HSS/HP) de OPS/OMS, con el apoyo de la Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo Internacional (ASDI), apoyó durante los años 2003 y 2005 el desarrollo de actividades de diálogo social, con el fin de generar y fortalecer espacios de participación ciudadana en la discusión y validación de políticas públicas para la reducción de la exclusión en salud.

El estudio del fenómeno de la exclusión en salud –definida como la situación en la cual ciertos grupos o individuos de la sociedad no tienen acceso a los bienes, servicios y oportunidades de salud que otros grupos e individuos de la sociedad disfrutaban¹– muestra que se trata de un problema complejo que va más allá de la mera oferta y disponibilidad de bienes y servicios de salud (OPS/OMS, 2003). Por su parte, el análisis de las experiencias de reforma del sector salud implementadas entre los años '80 y '90 en la región, indica que dichas reformas no lograron superar las grandes brechas de inequidad y exclusión en el acceso y utilización de servicios de salud y en los resultados de salud sino por el contrario, en muchos casos las acentuaron (Levcovitz, Acuña, 2003; Banco Mundial, 2006).

En la actualidad, las agendas políticas y sociales de la mayoría de los países de la región y de la comunidad internacional, tienen entre sus prioridades mejorar el acceso oportuno a bienes y servicios de salud de calidad adecuada y alcanzar mayores niveles de equidad en la utilización de dichos bienes y servicios y en los resultados de salud, como medios para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El éxito de estos propósitos depende en gran medida de desarrollar la capacidad para identificar con mayor claridad las necesidades y demandas de salud la población y comprender mejor las dinámicas de inclusión y exclusión en salud.

La multiplicidad de factores que contribuyen al fenómeno de la exclusión social en salud, plantea la necesidad de que su abordaje se extienda más allá de las acciones propias del sector salud. Eliminar la exclusión en salud supone considerar una serie de variables relativas a las diferencias culturales, el nivel educacional y de información de los usuarios, diferencias de género, condiciones geográficas, condiciones de empleo y posición socio-económica, entre otras. El escenario que presenta la

1 OPS/OMS “Exclusión en salud en países de América Latina” Washington DC, 2003.

región de América Latina y el Caribe, con una marcada inequidad en la distribución del ingreso y gran diversidad cultural en un entorno caracterizado por una profunda estratificación social y, en algunos países, una persistente debilidad de las instituciones democráticas, hace aún más necesaria la búsqueda de espacios de representación de los distintos actores sociales con el fin de alcanzar acuerdos conducentes a mejorar la sostenibilidad y la gobernabilidad de las políticas de salud.

En este contexto, se pueden distinguir dos elementos fundamentales para que las políticas de combate a la exclusión en salud sean exitosas:

- a) Conocer las motivaciones de los diversos grupos de interés involucrados; y
- b) Legitimar y obtener el apoyo de la comunidad a las políticas que se desea implementar, incorporando a los actores sociales en su desarrollo.

El diálogo social busca fortalecer las capacidades institucionales para construir espacios donde las personas, independientemente de su bagaje cultural, posición social y condición económica se reconozcan como interlocutores válidos, expresen sus motivaciones e intereses y logren acuerdos en torno a propuestas que tengan como consecuencia acciones concretas en el corto o mediano plazo. De esta manera, el diálogo social permite un mejor manejo de las tensiones y conflictos de interés entre diversos grupos sociales con distinto grado de poder en la comunidad, permitiendo mayor convergencia entre procesos de integración social y participación.

Mediante la organización de actividades de diálogo social se incorpora una nueva modalidad en la formulación de políticas en salud, promoviendo la participación y el compromiso de un amplio rango de actores incluyendo entidades públicas y privadas, organizaciones de trabajadores, organizaciones no gubernamentales-ONG's y representantes de la comunidad organizada.

Es importante señalar que la idea de promover actividades de diálogo social se relaciona con proveer espacios donde diversos actores sociales sean convocados y expresen sus demandas e intereses, reconociendo su importancia como agentes en la construcción de políticas de salud. Al promover el intercambio entre grupos sociales heterogéneos el diálogo social permite compartir el poder, creando un nuevo marco para las relaciones entre los actores sociales y dando legitimidad a sus acciones de manera más equitativa y democrática.

3. ANTECEDENTES

Durante las últimas décadas, el diálogo social –definido como *una herramienta de negociación colectiva que busca reunir a diversos actores sociales con el objetivo de acordar, compartir o identificar acciones a seguir en un ámbito específico de interés común*²- se ha convertido en un instrumento importante de mediación de conflictos y logro de acuerdos en torno a temas cruciales para el desarrollo social y la consolidación de la democracia en países de América Latina y el Caribe. Como tal, ha sido utilizado en diversos contextos y con distintos objetivos.

Morgado (2006) plantea que las experiencias de diálogo social que han existido en América Latina permiten distinguir la existencia de cuatro periodos³. En el primero, entre las décadas del '40 y el '50, el diálogo se orientó al fortalecimiento de la institucionalidad democrática y al establecimiento de políticas públicas, especialmente en materia de legislación y relaciones laborales. En el segundo, durante los años '70, los procesos de diálogo se centraron en torno a la implementación de medidas antiinflacionarios y su relación con políticas salariales. En el tercer periodo, en la década de los '80, el eje del diálogo social fueron los impactos sociales y laborales de las políticas de ajuste económico. Finalmente, en el cuarto periodo –desde los años '90 a la fecha- el diálogo social se ha centrado principalmente en dos temas: favorecer y consolidar el tránsito o el retorno a la democracia y la búsqueda de consenso o apoyo a políticas públicas de organización de la producción en el marco de una creciente globalización y transformaciones tecnológicas.

Es importante destacar la utilidad que el diálogo social ha tenido en escenarios de alta conflictividad donde existían actores con la capacidad y la disposición de establecer espacios de interlocución. Ejemplos de ello son el proceso nacional de concertación política para la recuperación de la democracia en Chile en la década de los '80 y el diálogo para la concertación social entre trabajadores, empleadores y gobierno con el fin de acordar una visión común de desarrollo económico, político y social en el marco de la transición democrática en el año 1990, en este mismo país; el establecimiento de espacios de diálogo destinados a lograr el cese del fuego y al desarme para terminar con el conflicto armado interno a través de Acuerdos de Paz en Guatemala en 1996, y en El Salvador en 1992; las diversas instancias

2 OPS/OMS “Guía metodológica para el diseño e implementación de diálogo social en salud”. Washington D.C., 2003.

3 Morgado, Emilio “Diálogo social y políticas públicas” OIT-Ministerio del Trabajo de Chile. Santiago, Chile 2006.

de diálogo que se han abierto en Colombia desde los años '80 hasta la fecha para lograr la paz en este país⁴; el diálogo conducente al acuerdo en torno a una propuesta-marco de desarrollo económico en México⁵; el proceso de diálogo convocado para acordar reformas a la seguridad social que tuvo lugar en Ecuador entre 1994 y 2000⁶; los espacios de diálogo nacional convocados en Panamá a comienzos de los años '90 para acordar las prioridades de la agenda política y los mecanismos de recuperación de la soberanía sobre el Canal de Panamá; y el proceso de diálogo iniciado en Barbados en 1993 entre el gobierno, por un lado y los trabajadores y el sector privado por otro y mediado por la Iglesia, que condujo a la firma de un Pacto Social en torno a una política en materia de ingresos y conducente a un desarrollo económico sostenido⁷.

Los resultados de estas experiencias han sido diversos, pero en todas ellas la apertura de espacios de diálogo generó profundos cambios en el escenario nacional. Borja (2001), plantea que el diálogo social ha demostrado ser un medio eficaz para superar la lógica de la confrontación y modificar la percepción que los actores sociales tienen de sus interlocutores, originando “cambios de ánimo de los interlocutores que ahora ven sus oposiciones como necesarias diferencias y no como antagónicas contradicciones”⁸.

4 Ceballos, Miguel “*La paz sobre la mesa*”. Centros de Estudios Latinoamericanos, Georgetown University, 1998; González F. “*Colombia entre la guerra y la paz. Aproximaciones a una lectura geopolítica de la violencia colombiana*” en la Revista venezolana de economía y ciencias sociales 2002; 8(2):13-49.

5 González B, La Experiencia reciente de Diálogo Social México, en “*Coloquio Tripartito Subregional sobre Diálogo y Concertación Social*”, OIT 1995..

6 Borja R; *El Proceso de Diálogo Social y Concertación en Ecuador 1992-2001*; Documento OIT. Quito, 2001.

7 Ratnam V, Tomoda Sh. “*Guía práctica para fortalecer el diálogo social en la reforma de los servicios públicos*”. OIT, Ginebra, 2005.

8 Op. Cit 6.

CUADRO 1. El diálogo social como eje del proceso de paz en El Salvador

El 16 de Enero de 1992 se firmó, en el castillo de Chapultepec, en Ciudad de México y con la presencia de numerosos Jefes de Estado y del nuevo Secretario General de las Naciones Unidas Boutros Boutros-Ghali, el Acuerdo de Paz entre el Gobierno de El Salvador y el Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional-FMLN. Este acuerdo puso fin a una cruenta guerra civil que duró 12 años y costó más de 75,000 vidas en la población salvadoreña.

El Acuerdo fue el resultado de un largo proceso de diálogo y negociación entre el gobierno y el FMLN que se había iniciado a fines de la década del '80, cuando los cinco presidentes centroamericanos pidieron la intervención del Secretario General de las Naciones Unidas para lograr la pacificación en la región de América Central. En Septiembre de 1989, se suscribió entre ambas partes un acuerdo para entablar un proceso de diálogo dirigido a terminar por la vía política el conflicto armado en El Salvador. En Noviembre de ese año el FMLN lanza una ofensiva general como demostración de fuerza militar. Esta ofensiva es contenida por la Fuerzas Armadas salvadoreñas, pero a costa de un gran número de bajas. Después de esa batalla, queda clara la imposibilidad de una victoria militar de cualquiera de los dos bandos en conflicto. El 26 de Julio de 1990, las partes firmaron un primer Acuerdo que establecía el respeto irrestricto a los derechos humanos y que ponía fin a los asesinatos selectivos y a la desaparición forzada de personas. Entre 1991 y 1992 se firmaron tres acuerdos más relativos al establecimiento de garantías políticas mínimas para llevar a cabo el cese del fuego por ambas partes.

Finalmente, el 16 de Enero de 1992 se firmó el Acuerdo de Chapultepec, cuyo texto consta de nueve capítulos donde se establecen medidas para lograr una paz duradera en El Salvador, entre las cuales destacan aquellas relativas al cese del fuego, a la nueva policía nacional civil y a temas económicos y sociales.

Fuente: Adaptado de “Acuerdos en El Salvador: en el camino a paz”. Misión de Observadores de las Naciones Unidas de El Salvador-ONUSAL, 2006

CUADRO 2. Diálogo Social para la modernización del Estado y la pacificación en Guatemala

Durante mucho tiempo Guatemala fue gobernada a través de mecanismos coercitivos y violentos con el fin de mantener el orden público. Treinta y seis años de guerra civil (1966-1996) cambiaron la composición del sector público, aumentando de manera excesiva las instituciones encargadas del orden y dejando de lado y/o disminuyendo las funciones del sistema judicial. Alrededor de 200,000 personas fueron asesinadas durante este conflicto. En 1991, en medio de una fuerte presión de organismos internacionales, se planteó la necesidad de iniciar un proceso de negociaciones conducentes al término del enfrentamiento armado en el país y modernizar las estructuras del Estado que, debilitado y sin apoyo popular, no estaba en posición de promover la reconstrucción integral del tejido social afectado por la violencia. En este contexto, se inició un proceso de diálogo cuyo objetivo era lograr acuerdos de paz, con el fin de formalizar el cese al fuego y renovar el orden político, social y económico de la sociedad guatemalteca. Este proceso, mediado por las Naciones Unidas, condujo a la firma del Acuerdo de Paz Firme y Duradera entre el Gobierno de Guatemala, la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca y las Naciones Unidas representadas por su Secretario General, Boutros-Ghali, el día 29 de diciembre de 1996.

El proceso de diálogo permitió que se abordaran temas que jamás se habían discutido de manera abierta en el país, llegando a definir incluso la eliminación de algunas instituciones para poder consolidar la democracia y la paz. Otros elementos importantes que se incorporan en él fueron:

- ♦ El reconocimiento de la realidad pluriétnica y multicultural de la sociedad
- ♦ La revaloración del papel de las mujeres en la sociedad
- ♦ La promoción de la participación y descentralización con el fin de fomentar una nueva relación entre el Estado y la sociedad
- ♦ La promoción y respeto de las reglas fundamentales de la democracia

A pesar de que la experiencia de diálogo fue exitosa y logró el desarme de los grupos de guerrilleros y la pacificación de la sociedad, los diversos intentos realizados durante los últimos dieciséis años para reformar el Estado no han estado exentos de dificultades. Por un lado, el aprendizaje de vivir en democracia ha sido difícil luego del largo período de conflicto armado, debido a la pérdida de la tradición de tolerancia y respeto en la sociedad. Por otro, el incumplimiento de las promesas realizadas como parte del proceso de negociación por la paz ha impedido que muchos de los compromisos se cristalicen como fueron acordados en las negociaciones.

Fuente: Adaptado de PNUD “Guatemala: La fuerza incluyente del desarrollo Humano. Informe Nacional de Desarrollo Humano” Guatemala, 2001

CUADRO 3. El diálogo social en Panamá para el ejercicio de la soberanía

Las primeras elecciones democráticas luego de más de dos décadas de dictadura y la reversión del Canal de Panamá y las áreas adyacentes dieron lugar, comienzos de los años '90, a dos procesos de diálogo social nacional que fueron claves en el país: los llamados “Bambitos” y los “Coronados”, que resultaron en compromisos políticos fundamentales entre las fuerzas sociales.

El primer gran encuentro entre actores sociales, el llamado “Bambito I” tuvo lugar en 1993 con el objetivo de establecer las grandes líneas de Estado y las prioridades nacionales en el marco de las primeras elecciones democráticas, luego del gobierno de General Noriega. Durante ese proceso y los dos Bambitos que le siguieron, los actores sociales acordaron temas prioritarios que todos los partidos políticos que se presentaban a las elecciones presidenciales se comprometieron a incluir en sus programas de gobierno.

Luego de los Bambitos, tuvo lugar un segundo proceso de diálogo social nacional con el fin de abordar el traspaso del Canal de Panamá y del área del Canal de manos norteamericanas a manos panameñas. Los llamados “Coronados” lograron que la Asamblea Legislativa aprobara por unanimidad los proyectos de Ley de relativos a la autoridad sobre la administración del Canal y el plan regional para el desarrollo de la región interoceánica.

Fuente: Adaptado de Rueda Catre, M. “Diálogo Social en Panamá: el camino hacia la democracia”. Programa InFocus sobre el fortalecimiento del Diálogo Social. Documento de trabajo, OIT. Ginebra, 2002.

CUADRO 4. El diálogo social como práctica cotidiana en los pueblos originarios de Ecuador

Desde una perspectiva cultural, el diálogo social es un elemento fundamental en la mantención de las relaciones sociales e imprime validez a la diversidad cultural por sobre los códigos escritos. En Ecuador, el diálogo entre los pueblos indígenas es considerado un sistema y un método de vida; constituye verdadera autoridad, poder y sobretodo convocatoria; establece las relaciones interpersonales, la reproducción de la cultura y el traspaso de la historia de generación en generación. Se define también como el espacio donde se produce el análisis y el debate interno de las nacionalidades y pueblos, definiendo las normas y la legitimación de los acuerdos. La búsqueda del diálogo por los pueblos originarios y la necesidad de institucionalizarlo se ha convertido en una bandera de lucha al que se asocian resultados tales como control social, transparencia, tolerancia, y respeto mutuo.

En este sentido, la práctica indígena del diálogo en Ecuador se convierte en una lección para el Estado y los sectores de poder. Esta herramienta ha probado ser efectiva en el reconocimiento del otro, interpelando la visión unidimensional de la realidad regida por una verdad absoluta y por creencias y formas de vida homogéneas.

Fuente: Adaptado de Macas, L. "Diálogo de culturas: hacia el reconocimiento del Otro" Revista Yachaykuna, Instituto Científico de Culturas Indígenas. Diciembre 2001

CUADRO 5. Diálogo Social mirando al futuro en Canadá

En el año 2002, dos agencias canadienses -La Red Canadiense de Investigaciones en Políticas (Canadian Policy Research Networks, CPRN) y Viewpoint Learning- organizaron, junto a seis socios del Gobierno Federal, una serie de diálogos sociales de un día de duración con el fin de conocer la visión de ciudadanos canadienses sin representación –es decir, que no pertenecían a ninguna organización- respecto del futuro del país, bajo la convocatoria “El tipo de Canadá que deseamos”. El proceso de diálogo buscaba promover el compromiso de los canadienses acerca de las responsabilidades, roles y negociaciones necesarias para las distintas opciones a tomar en el futuro.

El proceso se realizó a través de 10 sesiones de diálogo en las cuales participaron un total de 408 personas en diez diferentes lugares del país, las cuales constituían una muestra representativa de los ciudadanos no organizados tanto de áreas rurales como urbanas. Las sesiones se realizaron en jornadas de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. y la discusión se ordenó sobre la base de un documento de antecedentes que establecía cuatro escenarios posibles de futuro en cuatro temas de política pública: desarrollo económico, desarrollo internacional, pobreza y marginalización social y riesgos ambientales y de salud. A través de la discusión respecto de estos escenarios, los participantes expresaron su visión respecto del futuro de Canadá y definieron los posibles compromisos y negociaciones que ellos eran capaces de hacer en orden de alcanzar los objetivos y metas deseadas. Las sesiones fueron grabadas con propósito de análisis posterior. El proceso tuvo amplia difusión a través de diversos medios de comunicación para hacerlo accesible a la opinión pública.

Los principales resultados del proceso de diálogo fueron dos:

- ♦ Un redefinición del marco en el cual se inserta el contrato social no escrito entre los ciudadanos y el Estado
- ♦ Una reafirmación de los valores centrales que definen a los ciudadanos Canadienses

Fuente: MacKinnon M. P., Maxwell J., Rosell S., Saxena N. “*Research Report. Citizens’ Dialogue on Canada’s Future: a 21st Century Social Contract*” Canadian Policy Research Networks, Inc. 2003

Es en el mundo del trabajo donde existe más experiencia en el uso del diálogo social como herramienta de negociación y acuerdo. La OIT sitúa los primeros intentos de diálogo social en la región en los años '40, con el Pacto Obrero-Industrial de México en 1945 y el acuerdo social conocido como “Triángulo de Escuintla” en Guatemala en 1947⁹. En el campo laboral, el diálogo social busca constituir un espacio de negociación entre tres grupos de actores bien definidos: los empleadores, los trabajadores organizados y el gobierno. En este contexto, el diálogo responde a un formato

9 Sepúlveda, Juan Manuel y Vega, María Luz “*El diálogo social en los países andinos ¿nuevo camino para los sindicatos?*” OIT, Lima-Perú 2000.

pre-establecido en función de la estructura Bismarkiana de organización de las relaciones en el mundo del trabajo, dada por el tri o el bipartismo. Garavito (2005) plantea que, en el ámbito laboral, el diálogo social consiste en el proceso de comunicación establecido entre trabajadores y empresarios organizados en el mundo del trabajo asalariado y es una condición imprescindible para reducir la probabilidad de ocurrencia de conflictos entre ambos actores¹⁰.

A pesar de su relevancia como instrumento utilizado en procesos políticos a menudo complejos y de gran trascendencia como los descritos, el diálogo social no ha sido sistematizado como técnica y no existe una sola definición que lo contenga¹¹. En general es considerado un proceso complejo y continuo de participación social, en el cual se busca lograr las condiciones para que los actores participantes puedan analizar en conjunto temas específicos que son de su interés y que plantean grados variables de conflicto. En algunos casos, el objetivo del diálogo social es abrir el tema a la discusión. En otros, es lograr acuerdos concretos sobre el tema.

10 Garavito Cecilia “*Sindicatos y diálogo social*” en “Palestra, portal de asuntos públicos de la Pontificia Universidad Católica de Perú-PUCP. Disponible en <http://palestra.pucp.edu.pe/portal>.

11 Op Cit 6.

CUADRO 6. Buscando soluciones a problemas económicos: el caso de México

En este caso, el diálogo social se desarrolló a partir de la devaluación de la moneda en el año 1987 y se planteó como una herramienta para recoger opiniones sobre las causas de la crisis económica y discutir posibles soluciones. Los objetivos del proceso eran debatir las medidas para combatir la inflación y sus efectos y restablecer la confianza entre los distintos grupos sociales. Considerando esta situación, el diálogo se estableció como un proceso de renovación de la credibilidad institucional en un medio distinto al de las atribuciones del gobierno y del poder legislativo, pero con apoyo de estas instituciones de modo que los acuerdos concertados tuvieran fuerza de ley en aquellos casos en que fuera necesario. Otros elementos importantes que permitieron que el diálogo se perpetuara por más de ocho años fueron la valoración social positiva otorgada a los sectores que participaban, la reciprocidad en el cumplimiento de los compromisos contraídos, la equidad relativa en la distribución de los sacrificios durante el proceso y la consecución de resultados próximos a las metas acordadas. El diálogo se definió como un "activo social" que permite encontrar soluciones a los problemas económicos.

Algunos elementos clave que promovieron los buenos resultados del diálogo en este caso fueron:

- ♦ Condiciones previas de organización de la sociedad.
- ♦ Existencia de un marco jurídico determinado.
- ♦ Disponibilidad de información oportuna y confiable para evaluar los resultados.
- ♦ Existencia de mecanismos de control y vigilancia.
- ♦ Existencia de mecanismos de sanción por incumplimiento de compromisos.

Fuente: González B, "*La Experiencia reciente de Diálogo Social México*" OIT, Documento preparado para el "Coloquio Tripartito Subregional sobre Diálogo y Concertación Social", 1995

Cuadro 7. Diálogo Social para mejorar la competitividad del país: el caso de Colombia

En 1994 el gobierno colombiano manifestó su voluntad de establecer mecanismos de concertación y diálogo social con el objetivo de reducir la inflación, fortalecer la capacidad empresarial en el contexto de la internacionalización de la economía y mejorar la calificación y productividad de los trabajadores, sobre la base de la propuesta “Bases del Pacto Social de Productividad, Precios y Salarios”.

Los diálogos establecidos fueron tripartitos y los temas se centraron principalmente en la definición de una política salarial y de precios, pero a partir de ello surgió la necesidad de estudiar otros aspectos relativos a las relaciones laborales. A lo largo de este proceso existieron ciertos problemas de incumplimiento de los compromisos pactados en las negociaciones, debido a la falta de representatividad de algunos actores involucrados en los acuerdos. Algunas lecciones que arroja esta experiencia son:

- ♦ A través del diálogo social se pueden obtener beneficios generales y además sentar las bases para la consolidación de espacios de participación, discusión y análisis de los principales problemas que afectan al país. En este caso específico fue la política económica.
- ♦ El compromiso del gobierno, la voluntad política en la convocación del diálogo y la transparencia respecto de los temas que serán tratados son componentes cruciales.
- ♦ La representatividad de las organizaciones sociales es un elemento clave para la materialización de los acuerdos.
- ♦ Es necesario crear condiciones que generen credibilidad en el Estado, en los distintos sectores de la sociedad civil y en la capacidad de concertación de estos actores.
- ♦ Identificar los temas de interés común donde sea posible el consenso y difundirlo entre los diferentes sectores.
- ♦ Es necesario evaluar y hacer seguimiento permanente al cumplimiento de los acuerdos.

Fuente: Pacheco M, Carbonell R, “*La Experiencia de Diálogo Social en Colombia*” OIT, Documento preparado para el “Coloquio Tripartito Subregional sobre Diálogo y Concertación Social”, 1995

También en el sector salud el diálogo social se ha desarrollado principalmente en el mundo laboral, con el objetivo de negociar mejoras salariales y otras reivindicaciones de los trabajadores de la salud, en una relación entre empleados y empleador –este último generalmente el Estado- que no ha estado exenta de tensiones. Sin embargo, dado que una vez instalado, el conflicto en el sector de la salud desencadena situaciones que suponen desafíos éticos para el personal de la salud, para las organizaciones sindicales y para el gobierno, los procesos de diálogo social en muchos casos

han tenido consecuencias que van más allá de la satisfacción de reivindicaciones gremiales. Por ejemplo, en países como Brasil, Chile y Costa Rica, el diálogo entre los trabajadores de la salud organizados y las autoridades del Estado logró influir en reformas que los Gobiernos de esos países introdujeron en el sistema de salud en la década del '80 y '90¹².

No obstante, en su gran mayoría las reformas en salud que tuvieron lugar en la Región en los '80 y '90 no incorporaron al personal de salud en la discusión en torno a su diseño y no contemplaron instancias de diálogo para debatir los elementos centrales de los proyectos de reforma con estos actores, excepto cuando los gremios de la salud presionaron a las autoridades en este sentido. Una consecuencia de ello fue la oposición de los gremios y sindicatos de trabajadores de la salud a los procesos de reforma sectorial. Según Scavino (2004), la tónica opositora a la implantación de reformas en el área de la salud es una constante en las organizaciones de enfermeras, médicos y trabajadores de la salud de la Región¹³. Al respecto, Maceira y Murillo (2001) plantean que las reformas del sector social en los '80 y '90 eran vistas por los sindicatos como una fuente de amenaza y conflicto porque incrementaban la probabilidad del desempleo, limitaban el espacio de negociación de mejoras salariales y establecían mayores controles sobre los trabajadores, al tiempo que amenazaban la estabilidad política de la organización y la obligaban a adaptarse a un escenario de mayor incertidumbre. Estos efectos adquirirían relevancia en el contexto de inestabilidad económica interna y globalización en el cual se dieron muchos de estos procesos y donde la influencia de los sindicatos tendía a disminuir¹⁴.

Por su parte, la incorporación de los ciudadanos a espacios de diálogo social en los procesos de cambio en el sector salud de los '80 y '90 fue aún menor. Si bien la idea de generar instancias de participación ciudadana para favorecer la colaboración con la comunidad, mejorar la receptividad de los servicios de salud a las necesidades de las personas y supervisar la gestión local de políticas de salud es uno de los principios de la atención primaria de salud¹⁵ y ha estado presente en diversas iniciativas implementadas desde hace décadas en países

12 Scavino, Julio "Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Américas". OPS/OMS, 2004; Abarca, Guillermo "Histórico Acuerdo en tiempos de paz: Caso de Costa Rica" presentación realizada en el Encuentro Regional "Gestión del trabajo en los sistemas nacionales de salud: La perspectiva de los usuarios, los trabajadores de la salud y los gobiernos", organizado por el Observatorio de Recursos Humanos de OPS/OMS en Julio 2004. Disponible en el sitio Web http://www.lachsr.org/observatorio/Brasilia/doc_index.html.

13 Op. Cit 12

14 Maceira, D., Murillo, M. V.: "Social Sector Reform in Latin America and the Role of Unions". Inter-American Development Bank. Research Department, Working Paper 456, April 2001. Disponible en <http://www.iadb.org/OCE/pdf/456.pdf>. Las citas fueron tomadas de una versión sintetizada de ese documento disponible en: <http://www.insp.mx/ichsri/espa%F1ol/infor11.pdf>.

15 Organización Mundial de la Salud "Primary health care". Health for all series n°1 WHO, Ginebra 1978..

de la región como la Ley de Participación Popular en Bolivia, los Comités de participación comunitaria y las asociaciones de usuarios en Colombia y los procesos de descentralización y creación de Consejos de Desarrollo Local de Salud en diversos países, en la mayoría de los casos el diseño e implementación de proyectos de reforma del sector salud fue un proceso vertical y jerárquico que ha partido desde las autoridades de gobierno bajo la influencia de organismos internacionales de cooperación técnica y financiera¹⁶. No obstante, experiencias más recientes de cambios en el sector salud -como el diseño e implementación del Plan Atención Universal con Garantías Explícitas, AUGE en Chile a partir del año 2004- han convocado a un rango más amplio de actores a la discusión en torno a sus elementos constitutivos.

CUADRO 8. Diálogo social en la reforma de salud de Chile

El proceso de reforma del sistema de salud chileno iniciado en mayo del 2000 se concibió con un importante énfasis en la participación ciudadana como parte del diseño de la política pública de salud y de su implementación mediante mecanismos de control social.

Con el fin de cumplir con el requerimiento de materializar la participación social en formas y acciones específicas, se estableció un programa de trabajo que buscaba abrir múltiples espacios de participación agrupando a los ciudadanos de acuerdo a sus vínculos con el sistema de salud.

En este proceso se reconocía explícitamente a los actores sociales y a los grupos de interés. El proceso contemplaba tres etapas:

La primera, consistía en un estudio de opinión pública sobre la percepción de la población acerca del sistema de salud.

La segunda etapa contemplaba la realización de talleres con los grupos de actores sociales definidos, respecto de los temas fundamentales de la reforma a la luz de los resultados de los estudios de opinión.

La tercera etapa preveía la realización de una Asamblea Nacional de la Salud para cada uno de los temas definidos en las etapas anteriores, con el fin de discutir y llegar a acuerdos entre los actores sociales involucrados.

Fuente: Adaptado de C. Celedón y R. Orellana, "Gobernancia y participación ciudadana en la reforma de salud en Chile" 2003.

La articulación entre el Estado y la ciudadanía en los procesos de cambio en salud es compleja aún en aquellos casos en los cuales el poder público ha buscado activamente abrir espacios democráticos y establecer mecanismos

16 Levcovitz E., Acuña C. "Elementos para la formulación de estrategias de extensión de la protección social en salud" en la revista Gerencia y Políticas de Salud de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Pontificia Universidad Javeriana 2003; 2(5):10-32. Bogotá, Colombia .

de articulación de intereses entre diversos actores sociales. En el caso de Brasil por ejemplo, la Constitución de 1988 establece que es el derecho y deber de todo ciudadano participar en todos los niveles de gobierno priorizando políticas y programas, controlando la calidad e implementación de los servicios y fiscalizando el uso de recursos públicos. Las reformas realizadas al sistema de salud han creado una variedad de espacios para la participación social. Un estudio realizado por Vázquez et al¹⁷ encontró que la implementación de estas políticas ha enfrentado problemas relacionados con la limitada redistribución del poder entre las distintas fuerzas sociales, un grado de organización variable de los distintos grupos, insuficiencia de mecanismos para asegurar que todos los grupos de interés estén representados, niveles insuficientes de información acerca de cómo funciona el sistema de salud y escaso conocimiento acerca de las diversas formas de participación. Por su parte, al examinar los Consejos de Salud en Brasil, Wendhausen¹⁸ encontró que a pesar de que la cantidad de usuarios que participan en estas instancias es masiva, la calidad de su participación se ve dificultada por su escaso grado de instrucción y ello contribuye al establecimiento de relaciones de poder altamente asimétricas entre los técnicos/profesionales de salud y los usuarios en la práctica cotidiana.

Es importante destacar que a partir de las reformas de salud de los años '80 y '90 -que fueron realizadas en el marco de políticas macroeconómicas de ajuste estructural que buscaban una reducción del gasto público y del rol del Estado en la provisión de servicios públicos- se produjo un cambio en la concepción de los beneficiarios de los servicios de salud. En este contexto, dichas reformas promovieron la promoción de espacios de participación del usuario percibido como un “cliente” de los servicios de salud, del cual se esperaba que expresara su opinión en relación a su satisfacción con los servicios recibidos¹⁹, pero lo alienaba del debate ideológico en torno a los elementos centrales de las reformas -incluso de aquellos que lo afectaban directamente, como la creación de subsistemas segmentados de provisión y financiamiento de acuerdo a la capacidad de pago de los usuarios, el incremento del gasto de bolsillo y la eliminación de la solidaridad como mecanismo predominante de distribución de los recursos en salud-.

La percepción del rol de las personas en salud ha continuado evolucionando y en la actualidad muchos países consagran en sus marcos legales los derechos de los ciudadanos en salud. Sin embargo, la expresión cotidiana de estos derechos es todavía muy diversa en los

17 Vázquez M. L. et al “Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina” en Gac Sanit 2002;16(1):30-38

18 Wendhausen Águeda Lenita P. “Relaciones de poder y democracia en los consejos de salud en Brasil: un estudio de caso” Revista Española de Salud Pública [online], vol. 80, no. 62007-03-09], pp. 697-704. <http://www.scielosp.org/scielo>.

19 Op. Cit 16.

países de la región y en la mayoría de los casos circunscrita a la relación individual entre médico-paciente o afiliado-asegurador.

Vázquez et al (2002) plantean que existen ciertos elementos críticos cuya concurrencia es necesaria para permitir una efectiva participación en salud. Dichos elementos son:

- a) Políticos: creación de espacios y redistribución de poder y recursos
- b) Organizativos: Creación de mecanismos institucionales y capacidad de respuesta
- c) Poblacionales: Disposición u organización de los grupos de la comunidad

El diálogo social en salud se inscribe dentro de esta idea, ya que propone la creación de mecanismos institucionales destinados a posibilitar el encuentro de diversos grupos y representantes de la comunidad con distintos grados de poder, permitiendo que dichos grupos expresen sus demandas e intereses en torno a un problema de salud y reduciendo de este modo las asimetrías existentes en cuanto a su grado de influencia sobre los tomadores de decisión. Ello implica, como se ha dicho, reconocer la importancia de los grupos sociales como agentes en la construcción de políticas de salud y establecer un nuevo marco para las relaciones entre los actores sociales y entre estos actores y el Estado, que va más allá de la concepción de las personas como clientes o usuarias de los bienes y servicios de salud.

En el escenario descrito, es válido plantearse cuál es hoy en día el rol y la pertinencia del diálogo social en salud en la región. Para estos efectos, resulta útil tomar como punto de partida el panorama actual de la situación de salud en los países de América Latina. Cuando se analizan los datos relativos a la salud de las poblaciones de la región, se observa un patrón marcado por la desigualdad -en el acceso y utilización de servicios de salud así como en los resultados de salud- claramente desfavorable para los grupos sociales más desventajados²⁰. Las consecuencias de esta situación de marcada inequidad se manifiestan de manera predominante en las cifras de mortalidad de madres y niños menores de cinco años. Este hecho es tan relevante, que hoy existe consenso en la comunidad internacional en torno a la reducción de la inequidad como

20 CEPAL “Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: la perspectiva en Latinoamérica y el Caribe” Santiago, Chile 2005; Banco Mundial “World Development Report 2006. Equity and development”. Washington DC, 2005.

el desafío central para que los países de la región alcancen los Objetivos de Desarrollo del Milenio²¹.

La inequidad en el acceso y utilización de servicios de salud se expresa en que millones de personas no acceden a los mecanismos de satisfacción de sus necesidades de salud. Ello se traduce, a lo largo del ciclo de vida, en inequidad en los resultados de salud, es decir, en mayor enfermedad y muerte, en menor expectativa de vida y en menos años de vida productivos para personas que se encuentran en condiciones sociales y económicas de desventaja²².

La falta de acceso de ciertos individuos y grupos de la sociedad a las oportunidades, bienes y servicios de salud que otros individuos y grupos sociales disfrutan, se denomina exclusión social en salud²³. La exclusión social en salud es un fenómeno multicausal que se concentra sistemáticamente en ciertos grupos específicos de la población -en las Américas, en aquellos de origen indígena y afro-descendientes, pobres, preferentemente de sexo femenino y que viven en el medio rural- y que obedece a factores propios de los sistemas de salud y también a causas que se encuentran fuera del sector salud²⁴.

La estructura de los sistemas de protección de salud es un elemento determinante del grado de exclusión en salud en un país²⁵. Los sistemas de salud de la región de ALC fueron creados en base a una mezcla de los modelos europeos de protección social. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurrió en la mayoría de los países europeos, los subsistemas latinoamericanos se concentraron en las distintas necesidades de salud de segmentos específicos de la población agrupados por ingreso, nacionalidad, ocupación o clase social²⁶.

Este desarrollo reflejó el orden social altamente desigual heredado del proceso de colonización española y portuguesa, que creó un conjunto

21 Organización Mundial de la Salud-OMS “Informe Mundial de Salud 2005: ¡Cada madre y cada niño contarán!”. Ginebra, 2005; CEPAL, Op. Cit 20

22 Organización Mundial de la Salud-OMS “*Social Determinants of Health: the solid facts*” Segunda Edición, 2003. Disponible en www.who.int/social_determinants/link/publications/en

23 Organización Panamericana de la Salud-OPS/OMS “Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe” Washington DC, 2003.

24 Op. Cit 23; estudios de caracterización de la exclusión en salud en Bolivia, El Salvador, Ecuador, Guatemala, Honduras, México DF, México- Estado de Guanajuato, Paraguay, Perú y República Dominicana, OPS/OMS, 2001-2004; Sojo, C. “*Dinámica sociopolítica y cultural de la exclusión social*” en “Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y El Caribe” Banco Mundial-FLACSO, 2000.

25 OPS/OMS, “*Guía metodológica para la caracterización de la exclusión en salud*”. Washington DC, 2006; Op. Cit. 21; Op. Cit 23

26 Acuña, C. “*Evolución y reforma de los sistemas de protección de la salud en los países del MERCOSUR y en Chile*”

Friedrich Ebert Stiftung, 2000. Disponible en: www.fes.org.ar/Publicaciones/serie_prosur/Prosur_CeciliaAcunia.pdf; Acuña, C “*Exclusión, protección social y el derecho a la salud*”, 2005. Disponible en: <http://www.lachsr.org/extension/pdf/exclus-derosalud-ceciacuna.pdf>

de instituciones destinadas a beneficiar a los colonizadores y perpetuar sus privilegios, permitiéndoles extraer riquezas de la población indígena²⁷. El orden social así creado determinó que el ejercicio de los derechos sociales de las personas se encuentre limitado por características raciales, de género, de lenguaje y de costumbres - lo que Figueroa (2000) llama activos culturales- debido a que los diferentes activos culturales son valorizados de acuerdo con una jerarquía social históricamente construida. Los activos culturales proporcionan a las personas prestigio o estigma social y esto conduce a fenómenos de discriminación. Esta valoración desigual de los activos culturales implica la existencia de grupos con distinta posición social en la sociedad²⁸.

De este modo, el subsistema administrado por el Ministerio de Salud se encargó de los servicios de salud para los grupos sociales pobres y de posición social más baja –formados generalmente por personas de origen indígena o africano- heredando a veces programas públicos y privados de beneficencia; el subsistema de seguridad social se centró en los trabajadores del sector formal y a veces en sus familias y dependientes; y el subsistema privado se especializó en los grupos de mayores ingresos, que habitualmente corresponden a los grupos sociales de raza blanca, de descendencia europea y con mejor posición en la sociedad²⁹. Ello dio lugar al fenómeno de la *segmentación*, es decir, la coexistencia de subsistemas con distintos arreglos de financiamiento, afiliación y beneficios, especializados en diversos segmentos de la población de acuerdo a su nivel de ingresos y/o a su posición social³⁰. La segmentación genera exclusión en salud. Mientras más segmentado es un sistema, más desigual es la distribución de los bienes, servicios y oportunidades en salud y mayor la inequidad en el acceso y en los resultados de salud³¹. Los arreglos institucionales segmentados aún persisten en la mayoría de los países de la región, con la excepción de Brasil, Canadá, Cuba, Chile, Colombia, Costa Rica y algunos de los países de habla inglesa del Caribe.

Los profundos cambios operados durante los últimos treinta años del siglo XX en la economía de los países, en la producción de bienes y servicios, en las comunicaciones, en el rol del Estado y en el mercado laboral indujeron enormes cambios en los actores en salud y en sus relaciones. El incremento de

27 Banco Mundial “*World Development Report 2006. Equity and Development*” 2006; 2:111-113; Banco Interamericano de Desarrollo, “*Construyendo la cohesión social en América Latina y el Caribe*” Washington D.C., 2004; 4:23-26

28 Figueroa, Adolfo: “*La exclusión social como una teoría de la distribución*” en “Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y El Caribe” Editado por Gacitúa, Sojo y Davis. Banco Mundial-FLACSO, 2000.

29 Op. Cit 25; Op Cit. 23 Rosenberg, H., Andersson, B. “*Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe*” Rev Panam Salud Pública 8(1/2), 2000; Op Cit 27..

30 Op. cit. 23 Op. cit. 25.

31 Op cit 16; Op cit 23; Op cit 25; Op. Cit 27.

la economía informal; la disminución de la capacidad rectora del estado asociada a su pérdida de recursos; y la irrupción del sector privado como proveedor de servicios de salud y protección social, generaron en muchos países un escenario caracterizado por la existencia de múltiples agentes proveedores y aseguradores escasamente regulados y sin mecanismos adecuados de coordinación entre sí.

La *fragmentación* resultante en la provisión y el aseguramiento en salud ha incrementado los costos de transacción en el sistema de salud; ha estimulado la selección adversa y la selección por riesgo entre proveedores y usuarios; y ha dificultado enormemente el establecimiento de estándares homogéneos de calidad de la atención, contribuyendo a la desigualdad en la distribución de los bienes, servicios y oportunidades en salud y a la inequidad en el acceso y los resultados de salud³².

Los sistemas de salud de un número importante de países de América Latina y el Caribe muestran altos niveles de segmentación y fragmentación y muchos de ellos exhiben altas cifras de exclusión en salud. Aún cuando, en la región existe amplia experiencia en el diseño e implementación de políticas de salud destinadas a mejorar la cobertura y el acceso a los servicios de salud³³. De ellas, la mayoría ha estado destinada a fortalecer la oferta de salud; muchas han acentuado la fragmentación y la segmentación; y pocas han contado en su diseño e implementación con la participación de los actores involucrados³⁴.

Con frecuencia, como lo muestran los procesos de reforma implementados, estas políticas se han encontrado con la oposición activa de los trabajadores del sector salud o con la resistencia pasiva de los usuarios de los servicios, que, frente a estrategias de salud que no satisfacen sus necesidades, no respetan sus derechos o no se adecúan a sus patrones culturales, se autoexcluyen de estos servicios conteniendo su demanda en salud o buscan resolver su problema de salud por otros medios, a menudo a través de la automedicación, pagando de su bolsillo por atención en el sector privado o recurriendo a la medicina tradicional.

32 Acuña C., Gómez J.P. “*Regulación del sector salud en Chile: el papel del gobierno y del sector privado*” en “Servicios de Salud en América Latina y Asia” Editado por Carlos Gerardo Molina y José Núñez de Arco. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington, DC 2003. Capítulo VI: 199-210; Fleury, S. “*¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina: Chile, Brasil y Colombia*” en “Servicios de Salud en América Latina y Asia” Editado por Carlos Gerardo Molina y José Núñez de Arco. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington, DC 2003. Capítulo I: 3-37.

33 Op. Cit 25

34 Medici, Andre “*Las reformas de salud en América Latina y el Caribe*” en “La hora de los usuarios. Reflexiones sobre economía política de las reformas de salud”. Sánchez y Zuleta Editores. Banco Interamericano de Desarrollo-Centro de Estudios Salud y Futuro. Washington DC, 2000. Parte 1, Capítulo 1, Pág. 9-26

El análisis de estrategias puestas en marcha para mejorar el estado de salud de las personas muestra que un elemento fundamental para el éxito es que los actores en juego las reconozcan y se identifiquen con ellas. Es por ello que se hace necesario identificar los grupos de actores existentes, directa o indirectamente relacionados con la construcción de políticas de salud y conocer sus necesidades e intereses. Como plantea Medici, “la nueva ola de reformas del sector salud de la región deberá utilizar en forma creciente instrumentos como el análisis de interés de los actores relevantes”³⁵.

Las teorías que relacionan la pobreza y la exclusión social con la acción colectiva y la existencia de grupos de interés³⁶, proveen un marco analítico para el análisis de la exclusión en salud y la pertinencia del diálogo social como oportunidad para combatirla. Básicamente, plantean que la creación de grupos sociales e instituciones generan por sí mismas la exclusión de aquellos que no pertenecen a esos grupos o instituciones y que las consecuencias adversas de este fenómeno inevitable sólo pueden ser contrarrestadas reconociendo la existencia de estos grupos y generando espacios para que dichos grupos negocien sus intereses hasta alcanzar cierto grado de acuerdo y, por lo tanto, de equilibrio social. En este escenario, aquellos grupos con menos poder o aquellos individuos que no pertenecen a grupos organizados se enfrentarán a un mayor riesgo de exclusión y el Estado deberá establecer los mecanismos para proveerles de los medios que les permitan alcanzar un nivel adecuado de organización y de poder para negociar sus intereses con los otros grupos sociales.

En los países de la región es posible observar que lo que subyace a las causas de exclusión social son dinámicas que perpetúan las brechas entre individuos organizados en grupos que concentran la mayor cantidad de activos económicos, políticos y culturales y que ejercen su poder en la sociedad en beneficio propio y aquellos que pertenecen a grupos con una menor cantidad de estos activos y por lo tanto, no pueden acceder a los bienes a los cuales los grupos concentradores de activos acceden³⁷. Esta situación se observa también en el caso de la exclusión en salud.

En el sector salud, donde existen muchos actores involucrados y grupos de interés que ejercen clara influencia sobre las decisiones de política sectorial, el diálogo social aparece como una iniciativa apropiada para generar

35 Op Cit 34

36 Ver por ejemplo Olson, M. “The logic of collective action: public groups and the theory of groups”. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1965 (1ª edición), 1971 (2da edición); Buchanan, J.M. “An economic theory of clubs”.

Economica, 32; 1965; Chong, Dennis “Collective Action and the Civil Rights Movement”. 1991 Series: (APPE) American Politics and Political Economy Series; Jordan, Bill “A theory of poverty and social exclusion”. Cambridge, MA 1996

37 Op. Cit. 28

espacios que permitan la interacción de diversos sectores y grupos de interés involucrados en la construcción e implementación de políticas en salud, en la legitimación de dichas políticas y en su sostenibilidad, a través de un proceso de reconocimiento de dichos grupos y de empoderamiento de aquellos que se encuentran en desventaja, aumentando su confianza y capacidad para abogar por sus derechos y negociar sus intereses. De esta manera, el diálogo constituye también un proceso de construcción y fortalecimiento de capacidades que permite la inclusión del conjunto de la sociedad en la construcción de políticas, el encuentro entre funcionarios públicos y sociedad y la superación de procesos elitistas y verticales de toma de decisiones al margen del control social y la vigilancia ciudadana.



4. EL DIÁLOGO SOCIAL COMO INSTRUMENTO PARA POSICIONAR LA EXTENSIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN LOS ESPACIOS DE DIÁLOGO NACIONAL: EL CASO DE BOLIVIA

4.1 ANTECEDENTES

Bolivia forma parte del conjunto de países en los que la OPS ha orientado su cooperación técnica hacia la identificación y puesta en marcha de intervenciones para la extensión de la protección social en salud (EPSS) a través de estudios de diagnóstico y la construcción de espacios de diálogo para promover la aplicación de planes nacionales que garanticen el acceso a la salud de toda la población.

En el marco del proyecto regional “Extensión de la protección social en salud” de OPS, con la colaboración de la Agencia Sueca Para el Desarrollo Internacional (ASDI), se apoyó el desarrollo de diversos espacios de diálogo social en curso en el país.

Esos espacios fueron, principalmente, el Diálogo Productivo Nacional, las elecciones municipales y los debates en torno a la convocatoria a una Asamblea Constituyente. En el marco de la dinámica generada alrededor de estos procesos también se respaldó el Diálogo Nacional de Salud.

Una vez concluido el Estudio de Caracterización de la Exclusión en Salud en Bolivia, que mostró que el 77% de la población no accede a los bienes y servicios de salud cuando lo requiere, se hizo evidente la necesidad de apoyar la incorporación de la temática de salud en los espacios de diálogo social mencionados, considerando a la salud como elemento central en la productividad del país y a la protección social en salud como mecanismo privilegiado para garantizar el acceso a los servicios, bienes y oportunidades destinados a mantener o mejorar el estado de la salud de las personas.

Para el efecto se diseñó un plan de trabajo que contemplaba diferentes acciones orientadas a situar la extensión de la protección social en salud como elemento importante en la agenda de debate y diálogo social en curso en el país con los siguientes resultados esperados:

RE 1 Sensibilizar a los participantes respecto de la exclusión en salud a través de talleres de socialización del Estudio sobre la Caracterización de la Exclusión en Salud en Bolivia.

RE 2 Ocupar los espacios de diálogo social propiciados por el gobierno e iniciar el involucramiento del Congreso Nacional para situar la extensión de la protección social en salud.

RE 3 Generar una plataforma de apoyo a la extensión de la protección social en salud con organismos de la cooperación técnica internacional e entidades importantes de la sociedad civil, de la Iglesia católica y del gobierno.

Sobre la base de estos *resultados esperados (RE)* se cumplieron las siguientes actividades:

RE 1 Se llevó a efecto tres (3) talleres informativos para compartir y difundir el Estudio sobre la Caracterización de la Exclusión en Salud en Bolivia con la participación de representantes y dirigentes de organizaciones sectoriales de salud, ONGs y organizaciones sociales, sindicales y de asociaciones productivas de alcance nacional.

Como resultado de estos talleres informativos se identificó la necesidad de encarar en el futuro nuevos estudios, que amplíen los alcances de la caracterización de la exclusión en salud para grupos específicos de la población y se abrió la posibilidad de constituir mesas de discusión con diferentes sectores para profundizar la caracterización de la exclusión y para generar insumos que permitan elaborar conjuntos de propuestas concretas con miras a la Asamblea Constituyente.

El taller informativo con representantes de las organizaciones sindicales, puso de manifiesto fuertes resistencias de sectores sindicales, afiliados a la Central Obrera Boliviana, especialmente del sector salud, a cualquier acción que ponga en riesgo sus derechos adquiridos, aunque se advirtió la disposición a una mayor profundización del análisis de la realidad con miras a tomar acciones orientadas a un ejercicio efectivo del derecho a la salud.

Desde la visión de las agrupaciones de pequeños productores destaca el énfasis en articular los temas de salud al desarrollo de sus ejes productivos. En la línea de las propuestas formuladas en el contexto del Diálogo Nacional Productivo, estas agrupaciones consideran importante el ámbito de lo social que comprende salud, saneamiento básico, educación, género y medio ambiente, entre otros.

RE 2 A través de acuerdos de cooperación con la Federación de Asociaciones Municipales de Bolivia (FAM), la Asociación de Concejalas de Bolivia (ACOBOL), Acción Internacional por la Salud (AIS Bolivia), y el Ministerio de Salud y Deportes, se propició la participación activa y el apoyo a las entidades nombradas para desarrollar una propuesta de articulación de los temas de salud con los económico-productivos y además, de ese modo, promover su participación y la de los representantes de organizaciones de la sociedad civil con derecho a voz y voto en el proceso del Diálogo Nacional Bolivia Productiva (DNBP).

La coordinación permitió, en primer lugar, que la Secretaría Técnica del Diálogo incorporara en su marco conceptual y metodológico aspectos sociales y transversales en los que se contempla los temas de salud. Por otra parte, ya en el proceso del diálogo se logró incorporar el tema de la salud en el debate tanto de las mesas municipales y como de las mesas departamentales desde una visión que tiene en cuenta que, del avance de la extensión de la protección en salud y del abordaje apropiado de los problemas de salud depende la adecuada inserción de la población en el proceso productivo.

La Secretaría Técnica del DNBP llevó a efecto la sistematización de los resultados consensuados que fueron presentados y debatidos en la Mesa Nacional de Diálogo. Los resultados alcanzados permitieron que los temas de salud fueran un capítulo importante de la visión y los acuerdos orientaron los ajustes de la estrategia boliviana de reducción de la pobreza.

En forma paralela al Diálogo Nacional Bolivia Productiva se apoyó la realización del Diálogo Nacional de Salud, escenario en el cual se puso énfasis en la necesidad de adoptar líneas de acción orientadas a superar la exclusión en salud en el marco de la Política Nacional de Salud y de las estrategias de aseguramiento y extensión de la protección social en salud.

En el marco de la preparación de la Asamblea Constituyente, se iniciaron contactos con la Unidad de Coordinación para la Asamblea Constituyente (UCAC), con el fin de incorporar el tema de la salud en la reflexión y el debate que se da en espacios de la sociedad civil para construir la agenda de cambios estructurales que enfrentará Bolivia en este proceso.

Asimismo se organizaron reuniones con autoridades del Ministerio de Salud con miras a organizar la elaboración consensuada de una agenda de salud a ser propuesta a la Asamblea Constituyente. Para ese fin, el Ministerio de Salud creó un grupo de trabajo bajo la coordinación de la Viceministra de Salud, Rosario Quiroga.

También se apoyó la iniciativa de la Iglesia Católica de propiciar encuentros de análisis y formulación de propuestas que apunten a la Asamblea Constituyente y para promover acciones políticamente relevantes que permitan a la sociedad civil aportar al proceso de la Asamblea Constituyente.

Otro ámbito de articulación importante fue el Congreso Nacional, donde se propiciaron audiencias públicas organizadas de manera conjunta por la Comisión de salud de la Cámara de Diputados y las brigadas parlamentarias departamentales, para analizar los problemas de la salud y proponer una agenda de acción orientada a superar los indicadores de exclusión en salud en Bolivia, también con miras a la Asamblea Constituyente.

RE 3 Se logró un importante proceso de elaboración de una plataforma de apoyo a la extensión de la protección social en salud (EPSS) con organismos de la cooperación técnica internacional, a través de reuniones informativas y de difusión del Estudio de la Caracterización de la Exclusión en Salud en Bolivia.

Se llevó a cabo un seminario de presentación de los resultados del estudio donde se explicó la necesidad de establecer una mesa permanente intersectorial de diálogo en salud, dado que muchas de las causas de la exclusión se encuentran fuera del sector salud y por tanto, la solución del problema debe ser intersectorial y debe involucrar a toda la sociedad.



4.2 EL PROCESO DE DIÁLOGO SOCIAL REALIZADO

Las acciones desplegadas en el marco del trabajo en “Extensión de la Protección Social en Salud” permitieron, por una parte, fortalecer la participación organizada de la sociedad y del Estado (Gobierno Central y Municipios) para instalar explícitamente la temática de la salud en diferentes espacios de diálogo en curso en el país y, por otra, promover un proceso de análisis, discusión y comprensión de las dimensiones de la exclusión en salud en el nivel de organizaciones sociales, sindicales y productivas.

Ambos procesos tuvieron, en el futuro inmediato, repercusión en los ajustes a la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP) y en la definición consensuada de métodos de trabajo y formulación de propuestas en el marco de la Asamblea Constituyente, desde un enfoque que reivindica la salud como un derecho que debe ser garantizado por el Estado y construido con la participación de la ciudadanía.

Las actividades de diálogo social se realizaron en las siguientes instancias:

4.2.1 TALLERES INFORMATIVOS ACERCA DE LA SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN EN SALUD EN EL PAÍS

El proceso de sensibilización respecto de la exclusión en salud en diferentes segmentos de la población se llevó a efecto con líderes sociales, sindicales y de sectores productivos del país.

Los talleres informativos contribuyeron al proceso de apropiación de nuevos conocimientos en el nivel de agrupaciones tradicionalmente vinculadas al sector salud y a ampliar el diagnóstico de la situación de exclusión en salud en Bolivia entre ONGs, organizaciones de la sociedad civil, activistas por los derechos humanos, organizaciones sindicales y asociaciones de pequeños productores que no siempre consideran estos temas en sus agendas reivindicativas y de debate.

El primer taller informativo convocó a organizaciones del sector salud, organizaciones no gubernamentales, de la sociedad civil y agrupaciones de activistas por los derechos humanos. El segundo taller informativo reunió a dirigentes sindicales afiliados a la Central Obrera Boliviana, tanto de sus filiales departamentales como de organizaciones laborales nacionales. El tercer taller informativo contó con la participación de delegados nacionales del comité nacional de enlace que agrupa a organizaciones de pequeños productores campesinos, colonizadores, cooperativas mineras, artesanos, de la pequeña y microempresa.

En dichos talleres, los participantes destacaron que el estudio sobre la Caracterización de la Exclusión en Salud en Bolivia pone de manifiesto que los procesos de reforma del sistema de salud realizados en el marco del denominado ajuste estructural y que implicaron enormes inversiones del Estado, no lograron

mejorar las condiciones de salud y de acceso a servicios de la mayoría de la población. Frente a ello, señalaron la necesidad de reinstalar en el debate temas centrales como la atención primaria en salud, la integralidad del sistema de salud, el fortalecimiento de las capacidades del Estado y el desarrollo y fomento de la capacidad de participación y control social, entre otros.

Las organizaciones que participaron en el proceso de compartir y difundir el estudio, solicitaron la ampliación de la cooperación técnica para la conformación de mesas de trabajo que permitan profundizar el análisis de las condiciones estructurales y los elementos de desarrollo institucional que determinan la caracterización de la exclusión en salud, de manera que pueda formularse una nueva agenda de propuestas que centre su objetivo en la defensa del derecho a la salud y priorice la lucha contra las inequidades en salud.

4.2.2 EL DIÁLOGO NACIONAL BOLIVIA PRODUCTIVA (DNBP)

El proceso de sensibilización sobre la exclusión en salud se desarrolló de forma paralela a la ocupación de los espacios de diálogo social propiciados por el gobierno para definir los lineamientos de las estrategias nacionales, políticas sectoriales y cambios estructurales en el futuro inmediato. Uno de esos espacios fue el Diálogo Nacional Bolivia Productiva (DNBP) que en su primera fase, en la cual las organizaciones sociales delinearon estrategias productivas integrales, no contempló explícitamente los temas de salud. En vista de ello y ante la proximidad de la segunda fase – diálogos municipales – y, la tercera fase – diálogos departamentales – la OPS/OMS estableció contacto con la Federación de Asociaciones Municipales de Bolivia (FAM) y la Asociación de Concejalas de Bolivia (ACOBOL) para propiciar la incorporación de los temas de salud en el ámbito del Diálogo Nacional. Los contactos también involucraron a otras organizaciones de la sociedad civil, a través de Acción Internacional por la Salud (AIS Bolivia), al Ministerio de Salud y Deportes y a la Secretaría Técnica de Diálogo.

Estas acciones permitieron, en primer lugar, que la Secretaría Técnica de Diálogo incorporara en el marco conceptual y metodológico del Diálogo Nacional aspectos sociales y transversales en los que se contemplan los temas de salud.

La Federación de Asociaciones Municipales de Bolivia (FAM), la Asociación de Concejalas de Bolivia (ACOBOL), Acción Internacional por la Salud (AIS Bolivia) y el Ministerio de Salud y Deportes a través de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) coordinaron su participación y la de representantes de organizaciones de la sociedad civil en el proceso

del Diálogo Nacional Bolivia Productiva tanto en el nivel de las mesas municipales como departamentales y, finalmente, en el nivel nacional.

La FAM, con apoyo de OPS, elaboró el documento “Productividad y salud: por qué una no es posible sin la otra” que fue difundido a todos los gobiernos municipales, sirvió de referente en la Jornadas Municipales hacia el Diálogo Nacional y permitió guiar los contenidos del debate y las propuestas del sistema asociativo municipal en los diálogos departamentales. Aunque también se promovió el debate en torno a la temática de salud en el ámbito de los diálogos municipales, no fue posible abarcar al conjunto de los 314 municipios tanto por razones logísticas y operativas como debido a la coyuntura política, que concentró la atención de las dirigencias y ciudadanía locales en algunos municipios específicos durante el proceso electoral municipal.

Con ACOBOL se continuó el proceso iniciado con el desarrollo de audiencias públicas para discutir la situación de los seguros sociales existentes en el ámbito municipal y promover apoyo a la universalización del aseguramiento en salud. Además se apoyó la edición de un libro sobre lineamientos programáticos de consenso hacia el Diálogo Nacional, que servirá también para el proceso de capacitación de las futuras concejales, que fueron elegidas en las recientes elecciones municipales con miras a desplegar acciones de promoción de apoyos para la universalización del derecho a la salud.

AIS se encargó de articular la participación de las organizaciones de la sociedad civil tanto en la fase preparatoria como en el desarrollo de los diálogos departamentales en nueve departamentos del país. Para el efecto desarrolló una campaña de información y promoción sobre la importancia de la participación social y la incorporación de los temas de la salud en el contexto del DNPB a través de mensajes emitidos en 20 radioemisoras de alcance local y nacional. Paralelamente convocó a entidades de la sociedad civil para discutir los lineamientos estratégicos del Diálogo Nacional y formular propuestas que identifiquen los vínculos de los temas de salud con la visión productiva, y para promover la participación organizada y democrática de las organizaciones sociales.

Este trabajo permitió ampliar el ámbito de influencia del mecanismo de control social, constituido por organizaciones de la sociedad civil, que es responsable del seguimiento, evaluación

e información de las políticas públicas, además de fortalecer la presencia de representantes comprometidos con los temas de salud. Esto exigió trabajo preparatorio de motivación entre las organizaciones sociales que hasta ese momento no se sentían comprometidas con el proceso del DNBP.

En el nivel del poder ejecutivo, el Ministerio de Salud y Deportes elaboró el documento “Salud y Productividad” y capacitó en un taller nacional al personal de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES), que asumió luego la tarea de replicar la capacitación en el nivel de redes sociales de salud, con el fin de organizar su participación en los diálogos municipales y departamentales.

4.2.3 EL DIÁLOGO NACIONAL DE SALUD

En el transcurso del proceso, también se llevó a efecto el Diálogo Nacional de Salud, que definió las orientaciones para la concertación de una política de salud, basada en la gestión de la calidad en consenso entre los actores del sistema nacional de salud y la comunidad. Participaron autoridades del Ministerio de salud y representantes de los diferentes colegios profesionales (médicos, enfermeras, odontólogos, bioquímica y farmacia, nutricionistas) y de la Confederación Nacional de Trabajadores en Salud.

El Ministerio de Salud y Deportes creó, con apoyo técnico y financiero de OPS, un comité interinstitucional para promover la participación del sector salud en el DNBP. A pesar de sus esfuerzos, no logró articular una sólida presencia institucional en el proceso de los diálogos municipales, pero sí en el nivel de los diálogos departamentales.



La participación organizada del sistema asociativo municipal, de organizaciones de la sociedad civil y de las entidades gubernamentales de salud en el DNBP, influyó en la incorporación de una visión según la cual la adecuada inserción de la población en el proceso productivo depende del avance de la extensión de la protección en salud y del tratamiento apropiado de los problemas de salud.

La cooperación técnica de OPS/OMS en el marco del proyecto de “Extensión de la Protección Social en Salud” contribuyó a superar la inicial ausencia de una presencia organizada del sector salud en el contexto del DNBP.

La sociedad boliviana se prepara para una Asamblea Constituyente en la que se definirá una nueva agenda de reformas del Estado, en cuyo marco resulta trascendental promover un proceso de participación que, partiendo del análisis

de la situación de la salud en el país, permita actualizar el marco constitucional existente, para asegurar que la salud sea reivindicada como un derecho social que debe ser garantizado por el estado y construido colectivamente con la participación de la ciudadanía.

De ahí la importancia de los contactos establecidos con la unidad de coordinación de la Asamblea Constituyente (UCAC), la conformación del grupo de trabajo coordinado por la Viceministra de Salud y el auspicio de encuentros propiciados por la Iglesia Católica para incorporar el tema de la salud en el proceso constituyente boliviano.

Estas acciones permitieron reconocer la necesidad de promover una definición consensuada de procedimientos de trabajo que promuevan, a través de procesos de participación, propuestas en torno a temas vinculados a la salud que tienen rango constitucional.

En la unidad de coordinación se avanzó respecto de reconocer la necesidad de constituir un equipo técnico para apoyar el proceso de discusión y debate en el nivel de la comunidad política y de la sociedad civil, de la agenda temática de salud con miras a la Constituyente.

De la misma manera, el grupo de trabajo del Ministerio de salud asumió el desafío de aportar con insumos para el análisis de la situación de salud, realizar la investigación documental sobre la salud en las constituciones políticas, y promover un proceso de participación de la ciudadanía con el propósito de preparar propuestas para hacer llegar a la Constituyente.

La Iglesia Católica a través del departamento de salud de la Conferencia Episcopal de Bolivia, con la cooperación técnica de OPS/OMS, emprendió por su parte la elaboración de aportes a la Asamblea Constituyente a través de la organización de mesas de diálogo social desde las que se genere propuestas ciudadanas respecto de acceso a la salud y los mecanismos para hacer realidad el derecho a la salud. Para ello, organizó un encuentro nacional de salud para compartir y difundir, en el nivel de sus delegaciones episcopales y sus equipos de pastoral de salud, el estudio de Caracterización de la Exclusión de Salud en Bolivia, que fue adoptado como insumo para la elaboración de propuestas de extensión de la protección en salud que se presentará ante los miembros de la Asamblea Constituyente.

La Iglesia Católica asumió la tarea de tomar acciones de influencia política a través de la movilización de sus 17 delegaciones de salud, de sus

equipos de facilitadores de pastoral social y de sus parroquias, extendidas en todo el país, para promover el mensaje del derecho a la salud entre la población y posteriormente, realizar actividades de cabildeo y promoción de apoyos a las propuestas ciudadanas en materia de salud entre los representantes en la Asamblea Constituyente.

A este mismo proceso se ha contribuido con el proyecto “Hacia la Concertación de Acciones Sector Salud – Poder Ejecutivo” que tiene como objetivo involucrar a los miembros del Parlamento Nacional en la lucha contra la exclusión social, conjuntamente con la ciudadanía, en el marco de la Política Nacional de Salud y sus estrategias de aseguramiento y extensión de la protección social.

El proyecto contemplaba la realización de audiencias públicas en los nueve departamentos del país, en coordinación con la comisión de política social de la Cámara de Diputados y las brigadas parlamentarias departamentales para desarrollar procesos inclusivos de la ciudadanía en el seguimiento de las políticas públicas de salud y persuadir a los representantes nacionales de adoptar un marco legislativo que promueva el derecho a la salud, la protección social y la lucha contra la exclusión en salud.

En ese contexto, se realizó la primera audiencia pública en la ciudad de Cochabamba convocada por la comisión de política social que contó con la participación de 59 representantes de organizaciones sanitarias, de la Iglesia Católica, ONGs, colegios de profesionales, fuerzas armadas y policía y organizaciones cívicas. Luego de un análisis del diagnóstico de la salud en el departamento, se identificó la necesidad de conformar un mecanismo de vínculos entre el poder ejecutivo, el parlamento y la sociedad civil para hacer seguimiento de las políticas públicas de salud y de programas nacionales tales como la lucha contra el chagas, la malaria, la tuberculosis y el VIH/SIDA. Asimismo, desde la audiencia pública se resolvió respaldar el Segundo Diálogo Nacional de Salud que se desarrolló en febrero de 2005.

Las audiencias públicas, que debían haberse realizado en el resto del país, fueron postergadas debido a que la agenda parlamentaria concentró su atención en el debate de otros temas de interés nacional, tales como la nueva Ley de hidrocarburos.

4.3 LOGROS DEL PROCESO DE DIÁLOGO SOCIAL REALIZADO E IMPACTO SOBRE CAMBIOS ESTRUCTURALES SECTORIALES

Bolivia, como otros países de la región, vivió en el pasado reciente procesos de reforma del estado en el marco de los denominados programas de ajuste estructural que, sin embargo, no lograron enfrentar problemas centrales tales como la exclusión social, que hoy se incorpora en el debate como elemento clave, puesto que emergió en medio de una aguda crisis política y social que espera encontrar solución adecuada a través del diálogo social.

Es en ese contexto que tienen lugar el Diálogo Nacional Bolivia Productiva (DNBP) y la convocatoria a una Asamblea Constituyente, que buscan convocar el esfuerzo organizado de la sociedad y el estado para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud como elemento clave para mejorar la productividad del país, a través de acciones de carácter colectivo.

Los avances logrados tanto en el marco del DNBP, como en el Diálogo Nacional de Salud, propiciados por el Ministerio de Salud, y en los procesos de preparación de la Asamblea Constituyente, advierten sobre la necesidad de definir una nueva agenda de reformas orientada a reducir la exclusión en salud, así como a fortalecer las capacidades institucionales de modo que permitan extender la protección social en salud.

Las principales resoluciones adoptadas en los diálogos departamentales realizados y que influyeron en las orientaciones del Diálogo Nacional Bolivia Productiva (DNBP), se consideran elementos base del debate que se dará en la Asamblea Constituyente. Esas resoluciones advierten sobre la necesidad de generar una plataforma productiva y de desarrollo sostenible que debe incorporar el componente salud como elemento central.

En los aspectos normativos, señalan la necesidad de formular una Ley marco de salud orientada a establecer el ejercicio pleno del derecho a la salud y a la no exclusión, así como el reconocimiento de la medicina tradicional en el sistema sanitario. Asimismo, destaca la necesidad de revisar el actual sistema de aseguramiento, mediante el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y el Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV), hacia la creación de un sistema de seguro de salud universal.

En el plano institucional, se identificó la necesidad de institucionalizar mecanismos de articulación entre estado y sociedad civil, tales como las audiencias públicas municipales y congresales, para el seguimiento, fiscalización y formulación participativa de políticas y estrategias de salud.

La nueva agenda de reformas deberá priorizar la lucha contra las inequidades en salud a través del fortalecimiento del papel del Estado y la atención primaria en salud como estrategia integral de la salud para todos y por todos.

En el aspecto financiero, las resoluciones demandan el incremento de los presupuestos del sector salud de parte del tesoro público y asimismo, la modificación de los porcentajes de distribución de los recursos del Programa para Países Pobres Altamente Endeudados (HIPC), garantizando el 20 por ciento del total para salud.

El alcance del debate social en torno a temas de salud advierte sobre el inminente inicio en el país de un proceso de cambios estructurales sectoriales que será necesario acompañar en articulación con la sociedad civil y el Estado.

El DNBP mostró la necesidad de que el Ministerio de Salud y Deportes asumiera el desafío de elaborar una visión de desarrollo estratégico y de apertura programática para apoyar, a través de los departamentos y los municipios, las estrategias productivas desde la salud. El resultado de los diálogos municipales y departamentales planteó el reto de articular las políticas de salud a las estrategias productivas integrales que constituirán el marco de acción de la estrategia boliviana de reducción de la pobreza.



Los espacios de diálogo social dejaron en claro que si bien los temas de salud son vistos como una prioridad, otros temas, como los relacionados con educación, parecen asociarse más fácilmente con la visión económica productiva. Por ello, otro de los desafíos es extender los procesos de diálogo social para profundizar la comprensión del fenómeno de la exclusión en salud, reconociendo su complejidad y su carácter intersectorial y la manera cómo afecta el logro del bienestar general de la población y las condiciones de desarrollo integral del país.

El proceso de diálogo contribuyó también a identificar soluciones y proponer acciones para reducir la exclusión en salud, así como para fortalecer las capacidades institucionales que permitan extender la protección en salud, sobre la base de una construcción colectiva que comprometa la participación de la ciudadanía.

4.4 LECCIONES APRENDIDAS

La puesta en marcha de actividades de diálogo social para la Extensión de la Protección Social en Salud-EPSS en Bolivia, contribuyó a fortalecer los espacios de diálogo social del país a través del contacto directo y trabajo conjunto con los actores gubernamentales, parlamentarios, sociales, sindicales y de la Iglesia Católica.

En ese contexto fue posible motivar el proceso de sensibilización sobre la exclusión en salud y generar una plataforma de apoyo a la extensión de la protección social en salud (EPSS) como una parte importante del debate y del diálogo social.

El estudio “Caracterización de la Exclusión en Salud en Bolivia” constituyó un importante insumo para apoyar el proceso señalado y brindó a diferentes segmentos de la población la oportunidad de aproximarse al diagnóstico de las condiciones de exclusión social.

En general, se advirtió disposición favorable, tanto en instancias del gobierno como de la sociedad civil, para integrar la visión de la protección social en salud como una herramienta de política pública para garantizar la satisfacción de las necesidades de la población a través del acceso adecuado a los bienes, servicios y oportunidades del sistema de salud.

Existe una alta sensibilidad respecto a temas que susciten la discusión o la propuesta de iniciativas para lograr condiciones básicas para el desarrollo integral de la salud y alcanzar el bienestar de la población, pero se advierte también algunos factores que pueden perturbar el proceso de identificación de soluciones y ejecución de acciones orientadas a reducir la exclusión en salud.

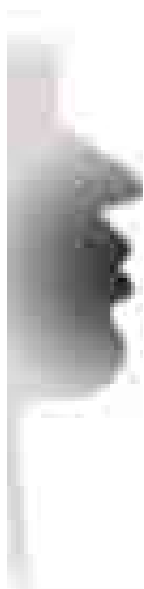
Entre esos factores están las fuertes resistencias de asociaciones profesionales y organizaciones sindicales a cualquier acción que ponga en riesgo lo que llaman sus derechos adquiridos. La propuesta de extensión de la protección social en salud no es comprendida por los sectores que se benefician del seguro de corto plazo, principalmente porque desconocen la magnitud de la exclusión en salud y se niegan a admitir el impacto que la segmentación y la fragmentación del sistema de salud tienen sobre el fenómeno. De ahí la necesidad de apoyar estudios específicos que complementen los alcances de la caracterización de la exclusión en salud y que incluyan la evaluación de otros programas de salud en curso en el país.

Por razones parecidas, se hizo clara la necesidad de profundizar el análisis de la exclusión en salud para grupos específicos de la población (adolescentes, discapacitados, trabajadores del sector informal etc.), de incorporar indicadores de la esfera social en la construcción del índice de exclusión en salud, de mejorar la disponibilidad de información sobre calidad de atención, de conocer necesidades de salud de los pueblos indígenas y originarios y de ampliar el análisis de la exclusión con una visión transversal de género y filiación étnica.

Si bien en el proceso del Diálogo Nacional y en el contexto de disposición general de debate social abierto con la convocatoria a una Asamblea Constituyente, se dan condiciones para compartir, difundir y discutir ampliamente la exclusión en salud, es también evidente que la salud es “poco visible” en la agenda pública del país, razón por la que es necesario diseñar una estrategia de promoción de apoyos que sitúe los temas de la exclusión en salud en la agenda de reformas estructurales que el país se apresta a debatir.

Por otra parte es necesario trabajar en la dimensión intersectorial de la exclusión en salud, para comprometer la acción integral de los diferentes sectores que deben participar en su resolución.

Con todo, el balance nos permite afirmar que se ha iniciado un importante proceso de apertura al debate sobre la exclusión en salud, que se expresa en la voluntad de diferentes sectores sociales, sindicales, de la Iglesia Católica y del gobierno, a continuar el proceso de compartir, difundir y discutir los temas de salud a través de mesas de trabajo, audiencias públicas, mesas de diálogo, etc. en diferentes escenarios y con diferentes actores.



5. EL DIÁLOGO SOCIAL EN LA CONSTRUCCIÓN DE VÍAS HACIA EL ACCESO UNIVERSAL A LOS SERVICIOS DE SALUD EN ECUADOR

5.1 ANTECEDENTES

La Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS inició las actividades relativas al trabajo en **Extensión de la Protección Social en Salud** en Ecuador en el año 2001, con el apoyo de la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional, ASDI. Esta iniciativa se inició simultáneamente en varios países de la región.

En una primera etapa se realizó la “**Caracterización de la Exclusión Social en Salud en Ecuador**”, que permitió identificar la magnitud y características de la exclusión en salud en el país. El resultado del estudio mostró que aproximadamente el 30 por ciento de la población se encontrara excluida de los servicios de salud y los grupos sociales más afectados son los pobres, de origen indígena, que viven en zonas rurales y se encuentran en condiciones de marginalidad social. Uno de los principales problemas es la inequidad en la distribución territorial de la infraestructura de salud, que está concentrada en los centros urbanos más ricos y con mayor desarrollo industrial. El sistema de protección social es prácticamente inexistente y se caracteriza por una serie de programas aislados y descoordinados que no evalúan sus resultados. El sector salud está fragmentado, segmentado y es débilmente regido por el Estado.

Sobre la base de este diagnóstico, las actividades de diálogo social para la extensión de la protección social en salud se iniciaron en el año 2003, insertas en los procesos de política pública en salud en desarrollo en el país, en dos niveles territoriales: en el ámbito nacional a través de la Secretaría de Diálogo y Planificación de la presidencia (febrero a agosto del 2003) y el Consejo Nacional de Salud-CONASA (febrero del 2003 hasta diciembre 2004) y en el ámbito local a través del proceso de

organización de los Consejos Cantonales y Provinciales de Salud (febrero del 2003 hasta diciembre 2004).

Ecuador posee una larga historia de diálogo social en diversos ámbitos, que se ha dado como un proceso caracterizado, en su primer momento, por una fuerte reivindicación de la diversidad social y étnico-cultural. En el país existe la experiencia de conflictos, movilizaciones y levantamientos populares que han sido resueltos a través de procesos de negociación y mediación, por medio de diálogos liderados por organizaciones y movimientos sociales, especialmente de los pueblos originarios. Esto ha significado avances hacia el reconocimiento del otro en una sociedad tradicionalmente excluyente, racista, elitista y discriminatoria, así como la aceptación de visiones diferentes de desarrollo.

Una experiencia importante de diálogo social como instrumento de desarrollo de los gobiernos locales fue el Diálogo XXI, que se llevó a cabo con la cooperación del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en las Juntas Parroquiales, que son los gobiernos de los territorios más pequeños cuyas autoridades acceden a sus cargos por elección popular. A través de estas actividades de diálogo se identificaron líneas de fortalecimiento de las capacidades locales para la planificación participativa del desarrollo local.

En el sector educación se ha propiciado también un importante proceso de diálogo con la participación del Ministerio de Educación y Cultura, los maestros, estudiantes y personajes públicos y de gran prestigio. El proceso ha contado con el apoyo de la cooperación técnica de UNICEF. Éste diálogo produjo el acuerdo público denominado Contrato Social por la Educación.



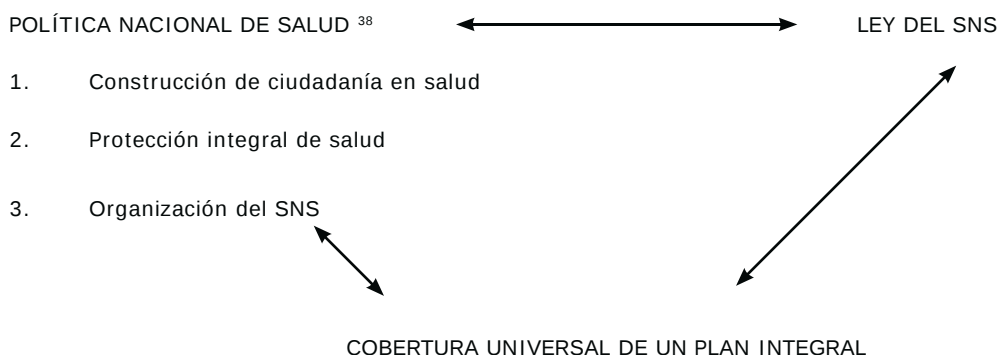
En el sector salud existe un importante movimiento participativo, principalmente sectorial, que en los últimos años ha aportado en propuestas de reforma del sector salud. En él se ha contado con la cooperación técnica de la OPS-OMS y del Comité Interagencial de apoyo a la reforma. El proceso ha tenido impacto en los niveles más altos en la política nacional y ha logrado la inclusión del capítulo de salud de la Constitución política de la República (1998), la formulación sectorial de la política de salud (1998), la promulgación de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2002) y la formulación pública de la Política Nacional de Salud (2002).

La política nacional de salud vigente se construyó con la participación social, en foros, de actores relevantes de la sociedad civil y organizaciones sociales y en talleres regionales que promovieron una amplia participación en el territorio nacional. Para ello, se estableció el diálogo como generador de

consensos que culminaron en el I Congreso Nacional por la Salud y la Vida y en la Declaración de Quito (2002). Desde el punto de vista técnico de construcción normativa, el Congreso Nacional del Ecuador coordinó, junto con el Consejo Nacional de Salud-CONASA, la formulación del modelo de Sistema Nacional de Salud descentralizado, desconcentrado y participativo en un amplio proceso de consulta. El texto promulgado refleja efectivamente el estado del consenso nacional en referencia al tema.

Figura 1.

Elementos principales de la reforma del sector salud en Ecuador



PROCESOS:

- ⇒ Fortalecimiento de la autoridad sanitaria
- ⇒ Descentralización y participación social
- ⇒ Extensión de cobertura de protección social
- ⇒ Incremento del presupuesto en salud

³⁸ Política Nacional de Salud del Ecuador. Capítulo 4: Lineamientos. Quito, Octubre del 2002.

5.2 EL PROCESO DE DIÁLOGO SOCIAL REALIZADO

El proceso de diálogo social se realizó a partir del estudio de caracterización de la exclusión social en salud realizado con el apoyo de OPS/OMS en el año 2001, con el objetivo de promover acuerdos entre los diferentes actores para establecer planes de acción para la superación de la exclusión social en salud y avanzar hacia el acceso universal a los servicios de salud. El diálogo social se abordó como una estrategia no neutral, con el fin de poner en el centro de la discusión el acceso a la salud como un derecho exigible, para lo cual el combate a la inequidad, la reducción de la pobreza y la eliminación de la segmentación y fragmentación del sistema de salud son instrumentales. En este contexto, se ubica al diálogo como una herramienta de comunicación que busca establecer objetivos comunes entre un colectivo de actores involucrados en un aspecto del desarrollo social que es, en este caso, la superación de la exclusión social en salud.

El diálogo contiene la posibilidad de resolución de conflictos y de confrontaciones, en un proceso de definición de prioridades y en el marco de una correlación de fuerzas e intereses diversos. Es un proceso de construcción de confianza y participación legitimada de los involucrados, puesto que se da efectivamente en la medida haya un real reconocimiento del otro. Es así que el diálogo no es posible si una de las partes no se preocupa de considerar las condiciones de existencia de la otra parte. El diálogo supone la voluntad de superar los problemas y de realizar los derechos de la otra parte. Excluye la voluntad de imponer a la fuerza los intereses de una parte por sobre los intereses de la otra.



El diálogo para la superación de la exclusión social en salud, por otra parte, no debe ser abordado como una suma de buenas voluntades para desarrollar propuestas aisladas paliativas, sino que debe situarse en el gran debate nacional y local, para impulsar políticas globales y sostenidas que realmente contribuyan a superar los problemas que se confronta. Es necesario que se presente con claridad los disensos y se construyan acuerdos sobre la base del debate concreto y la negociación de orientaciones sobre cuestiones específicas, como por ejemplo, las prioridades en el uso de los recursos públicos, su distribución, el destino de los mismos, etc. En el caso de Ecuador, los temas de política fiscal y tributaria y de pago de la deuda externa e inversión social, no pueden estar fuera de la construcción de una política de protección social en salud.

La **Guía Metodológica** para el diseño e implementación del Diálogo Social en Salud, elaborada en el año 2003 por la Unidad de Políticas y Sistemas de Salud de la OPS-OMS en su oficina regional, apoyó el desarrollo del diálogo en el país mediante la conceptualización del Diálogo “como una técnica participativa de negociación colectiva, que se produce a través del intercambio de información para que los acuerdos sean de entendimiento mutuo y al abordarlo como un proceso complejo y continuo de participación social como una fase intercomunicativa entre estado y sociedad”. Esencialmente, la guía establece con claridad la necesidad de abordar el diálogo en el sistema de protección social de salud “existente” en el país desde la mirada de la exclusión puesto que es real que existe una limitación al ejercicio de los derechos por características, raciales, de género, de lenguaje, de pobreza. Éstos llamados activos culturales son valorizados de acuerdo con una jerarquía social históricamente construida. La valoración desigual implica la existencia de grupos con distinta posición social quienes no solamente engrosan las cifras de exclusión al acceso a la salud o a los servicios de salud, sino que tienen muy limitada su capacidad efectiva de formar parte del diálogo, por lo que conceptualmente es importante abordar este desnivel. Es necesario que la participación sea informada y que se establezcan reglas de juego claras. En el caso ecuatoriano para el ámbito local, se buscó incidir sobre este proceso a través de la mediación y negociación promoviendo el fortalecimiento de la capacidad local y el liderazgo de los representantes de elección popular (prefectos, alcaldes, presidentes de juntas parroquiales) como facilitadores de estos procesos.

Sobre la base de los antecedentes y elementos conceptuales presentados, se construyeron mecanismos para la convocatoria, diseño e implementación de las actividades de diálogo a través de un trabajo colectivo que buscaba ser flexible y adaptarse a la dinámica de la realidad nacional. La experiencia de construcción de dichos mecanismos constituyó en sí misma un proceso de diálogo. Se contó con el apoyo de la Guía Metodológica de OPS/OMS citada previamente, pero se la utilizó como una orientación general para la acción, de manera flexible. Se puso énfasis en la conducción de la política de salud y la organización del sistema de salud como medios para conseguir el objetivo superior de la extensión de la protección social en salud y superación de exclusión en salud.

El proceso tuvo dos etapas:

- Sensibilización sobre la situación de exclusión social en salud en el país e inicio del diálogo

- Desarrollo de actividades de diálogo social y establecimiento de acuerdos en torno a avanzar hacia el acceso universal a los servicios de salud con una perspectiva de derechos en salud

5.2.1 PRIMERA ETAPA

Sensibilización sobre la situación de exclusión social en salud en el país, análisis de actores, planificación e inicio del diálogo

Análisis de actores

Para abordar la intervención se realizó en primer término un exhaustivo análisis de actores, identificando interesados y potenciales opositores en el ámbito nacional y local. Este paso fue muy importante para “identificar los grupos de actores existentes en torno a la definición de políticas de salud e incorporarlos a un proceso que les permita expresar sus demandas e intereses”³⁹. Se identificó a grupos organizados que concentran el poder económico, político y cultural, así como a los “no poderosos” de la sociedad. Es decir, se asumió que para desarrollar un diálogo que permita acuerdos efectivos en una política de largo aliento deben estar aquellos actores sociales que tienen poder y también los que tradicionalmente han sido excluidos de la toma de decisiones.

En el análisis de actores a través de entrevistas y grupos de discusión se buscó conocer las motivaciones y el grado de influencia de los diversos actores involucrados, se facilitó información a los líderes, representantes de organizaciones para apoyar en la expresión de sus intereses y demandas en salud. Esto fue muy importante, puesto que en los niveles locales principalmente existía recelo de los actores, inclusive líderes políticos o sociales, de tratar temas de salud al creer, equivocadamente, que eran solamente del ámbito médico y curativo. Cuando se identificaron temas de salud que se relacionaban con aspectos cotidianos y de desarrollo general, se abrió un espacio para la comunicación y la negociación. Uno de los resultados de esta actividad es que permitió visualizar la necesidad de contar con espacios de mediación entre instancias de diálogo ubicadas territorialmente y el ámbito nacional. En tal consideración se identificó al Consejo Nacional de Salud-CONASA como el ente facilitador para la organización del sistema y de los Consejos a nivel local y a través de él se concertaron acciones con el Consorcio de Consejos Provinciales (Prefecturas) y la Asociación de Municipalidades del Ecuador.

39 Guía Metodológica para el diseño e implementación de Diálogo Social en Salud” OPS/OMS, 2002

El análisis de actores dejó en claro además la necesidad de insertar las actividades de diálogo en una plataforma institucional, por lo que se propuso que el diseño e implementación concreta del diálogo se insertara en los Consejos de Salud y en las mesas de diálogo de la Secretaría de Diálogo y Planificación de la Presidencia.

De esta manera, se definió que el CONASA sería la institución que debería liderar el proceso de diálogo en el sector salud, debido a que es la instancia de máxima concertación y participación social en la gestión del sistema de salud que se está construyendo (Fig. 2). De acuerdo a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud del Ecuador⁴⁰, el Consejo Nacional de Salud-CONASA “es el organismo de máxima concertación nacional...”. Los Consejos Provinciales y Cantonales de Salud son por su parte “organismos de representación de los integrantes del Sistema, son instancias de coordinación, concertación sectorial, articulación interinstitucional e intersectorial en apoyo al funcionamiento del Sistema”⁴¹. Además de la pertinencia de fortalecer estos espacios como potenciales escenarios del diálogo, se optó por esta inserción debido a la posición de que los acuerdos no se establecen en campos neutrales, sino que se producen a través de la negociación de poderes diferenciados. Por ello, los principios de participación, democracia, pluralidad, equidad, entre otros, que mencionan los marcos normativos, demandan organización paritaria e inclusión de diversos actores sociales en la construcción y diseño de políticas públicas.

Consecuentemente, se establecieron acuerdos con el CONASA para difundir los resultados de la caracterización de la exclusión en salud, sensibilizar a otras instituciones y organizaciones sociales frente a la situación de exclusión e iniciar el diálogo.

La colaboración con la Secretaría de Diálogo de la Presidencia por su parte, se basó en que esta instancia representaba una oportunidad importante para posicionar el tema del acceso a la salud y su contraparte, la exclusión en salud, frente a una amplia gama de actores fuera del sector salud. La Secretaría de Diálogo tuvo su origen en el año 2003, cuando inició su gestión un nuevo gobierno que representaba, en su primera etapa, a una coalición de fuerzas progresistas entre las cuales se encontraba el movimiento Pachakutik, el brazo político del movimiento indígena. Fue este movimiento el que incorporó en la gestión un proceso participativo mediante la creación de la Secretaría de Diálogo y Planificación de la presidencia, con rango de ministerio.

⁴⁰ Artículo 24 del Reglamento General a la Ley orgánica del sistema nacional de salud. Quito, enero de 2003.

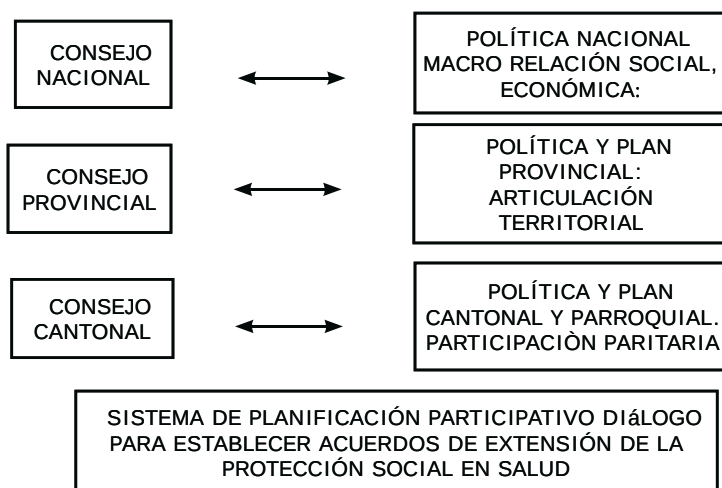
⁴¹ Artículo 14. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud del Ecuador, Quito Septiembre del 2002.

El supuesto de trabajo era que estas instancias podrían legitimarse socialmente como espacios institucionales de diálogo. Debido a que el instrumento gubernamental privilegiado para la realización de actividades de diálogo social -la Secretaría de Diálogo y Planificación de la presidencia- era una institución muy nueva y con una misión muy amplia, se promovió la suscripción de un acuerdo formal entre esta repartición, el Ministerio de Salud Pública y el CONASA, en el cual se reconocía a estos últimos como espacios institucionalizados permanentes de diálogo.

En el ámbito nacional, además de la Secretaría de Diálogo y el CONASA, se identificó como socio principal al Ministerio de Salud Pública y como aliados principales a la Secretaría Técnica del Frente Social, otros ministerios del área social y a agencias del sistema de Naciones Unidas, principalmente UNICEF, UNFPA, PNUD y a organizaciones como Plan Internacional. Se identificó a las organizaciones nacionales de indios, mujeres, foro de la niñez y adolescencia, campesinos, como interesados principales. En todos los casos se promovió su participación a través de las mesas de Diálogo impulsadas por la Secretaría de Diálogo y por el CONASA.

Figura 2.

Rol del CONASA y de los Consejos Provinciales y Cantonales de salud



Planificación y diseño de las actividades de sensibilización y diálogo social

Como parte del diseño de las actividades de sensibilización y diálogo social, se definió que la revisión de los resultados de la Caracterización de la Exclusión Social en Salud en el país y sus principales alternativas de superación sería el punto de partida en el desarrollo de las actividades de dichas actividades.

En esta etapa se logró un trabajo muy fluido con el Consejo Nacional de Salud-CONASA, quien visualizó el aporte de la iniciativa de diálogo como una oportunidad para desarrollar el Sistema Nacional de Salud y consolidar en torno a las actividades de diálogo social formación de los consejos cantonales y provinciales de salud. La propuesta de actividades para la sensibilización y planificación de las actividades de diálogo que se acordó con el CONASA fue la siguiente:

1. Visitas, sensibilización a actores relevantes en los cantones y organización logística de los eventos en forma compartida con las contrapartes locales.
2. Taller de sensibilización e información de la situación de exclusión social en salud y marco legal vigente para su superación.
3. Reunión de conformación o fortalecimiento de consejos cantonales a través de acta constitutiva, ordenanza en conformidad con la Ley del SNS.
4. Taller de planificación: Identificación de recursos locales, priorización de problemas, acciones, actores y compromisos.
5. Reuniones de seguimiento de avances, rendición de cuentas y reorientación de acciones

Con la Secretaría de Diálogo y Planificación de la Presidencia se alcanzó también una fluida comunicación e inclusive se acordó que la consultora de OPS/OMS para el tema participaría de manera directa como asesor sectorial de salud en el equipo técnico de la Secretaría responsable de elaborar la propuesta metodológica del Diálogo Nacional en el tema salud.

5.2.2 SEGUNDA ETAPA: DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE DIÁLOGO SOCIAL Y ESTABLECIMIENTO DE ACUERDOS PARA AVANZAR HACIA EL ACCESO UNIVERSAL A LOS SERVICIOS DE SALUD CON UNA PERSPECTIVA DE DESARROLLO DE DERECHOS

En esta etapa las actividades de diálogo se afianzaron en torno a tres ejes:

- a) La consolidación institucional del CONASA
- b) El permanente compromiso y acción del Gobierno Provincial de Pichincha
- c) La colaboración con la Secretaría de Diálogo de la Presidencia

Los Consejos Salud, que eran los espacios que se habían priorizado para el trabajo, se consolidan mediante la instalación del Directorio y comisiones oficiales del CONASA, y la conformación del Consejo Metropolitano de Salud y la reactivación de 8 Consejos Zonales en Quito.

En Pichincha en tanto, se promovieron varios encuentros para acordar líneas de trabajo conjunto con la Dirección Provincial de Salud de Pichincha. Se facilitó el funcionamiento de comisiones interinstitucionales para lograr un plan de descentralización coherente para beneficiar la salud de la población de la zona.

La Secretaría de Diálogo por su parte realizó tres diálogos nacionales, en los que participaron las diferentes fuerzas y actores sociales económicos, políticos y regionales para establecer grandes acuerdos de política pública para el desarrollo de Ecuador. El equipo de Extensión de la Protección Social en Salud de la OPS-OMS participó técnicamente en la organización de estas actividades de diálogo **en los ejes de derechos básicos, combate a la pobreza, salud y seguridad social**. Cuando el movimiento Pachakutik rompió con el partido del Jefe de Estado y se eliminó la Secretaría de Diálogo, en agosto del 2003, se dio término a esta intervención.

Entre las alternativas de superación de la exclusión en salud, la propuesta de aseguramiento universal expresada como un anhelo por la Vicepresidencia de la República fue especialmente debatida.

Ámbitos de inserción de las actividades de diálogo social

Como se ha expresado anteriormente, se promovieron y organizaron actividades de diálogo social en el ámbito nacional y también en el espacio local en el nivel provincial y cantonal.

En el ámbito local se promovió la organización de espacios para la definición de planes participativos de salud. En este ámbito el diálogo social planteaba la posibilidad de lograr la convergencia de intereses comunes y de optimizar recursos. El carácter progresivo de la aplicación de nuevas normas y la complementación de acciones en el nivel local han sido algunos de los principios añadidos a las normas jurídicas de los planes participativos de salud. El desarrollo de las actividades de diálogo permitió evidenciar que el liderazgo político del Alcalde o Prefecto genera una mayor capacidad de convocatoria y mayor confianza por parte de la población que la que tiene el sector salud aislado. Asimismo se expresó la necesidad de fortalecimiento del Ministerio de Salud Pública para ejercer la rectoría. Sin embargo, ésta es aún una tarea inacabada y es necesario profundizar el diálogo al interior del Ministerio de Salud para que sus funcionarios identifiquen el proceso como una oportunidad y responsabilidad y no como una amenaza.

Seguimiento del proceso de diálogo

Se diseñaron procedimientos de seguimiento con el fin de sistematizar de los procesos de diálogo y las acciones concretas que de ellos se derivaran. Los procedimientos de seguimiento implementados fueron:

Para las actividades de diálogo desarrolladas con la Secretaría de Diálogo, se contó con facilitadores y sistematizadores capacitados para promover los acuerdos y aclarar los disensos. Se organizaron las discusiones en ejes temáticos, que podían ser revisados por los participantes. Se constituyeron mesas de salud que contaban con la participación de especialistas prestigiosos.

En el CONASA se trabajó a través de la producción de acuerdos en grupos técnicos, con poder de decisión de los representantes de las entidades del sistema públicos, privados y de las organizaciones sociales, en las comisiones permanentes o especiales: de planificación, de información, de organización y participación social, de promoción, de medicamentos, de recursos humanos, de bioética, de salud intercultural, etc. Estas comisiones cuentan con secretarios técnicos (en la actualidad, apoyados por la cooperación internacional) encargados de facilitar el debate y elaborar y preservar la memoria técnica.

En el nivel local, se buscó el compromiso de los funcionarios y autoridades de los gobiernos municipales para el seguimiento de los acuerdos. Se realiza capacitación en cascada. Hasta hoy se ha conseguido un débil compromiso de la Secretaría Técnica del Ministerio de salud. Sin embargo, en las experiencias en que sí ha funcionado, se ha comprobado que existe una decisión política explícita a través de la asignación de tiempos y recursos específicos para esas labores.

Resumen de las actividades realizadas en la fase de diálogo social para la superación de la exclusión social en salud en la experiencia ecuatoriana

1. Diseño de plan de implementación del diálogo.
2. Revisión de experiencias.
3. Análisis de actores: Elaboración inicial de un informe técnico en base a por el protocolo de caracterización de la exclusión social en salud, validación en una reunión con un grupo de expertos interesados en la iniciativa, elaboración del mapa de actores, identificación de actores clave e interlocutores válidos.
 - Elaboración inicial de un informe técnico sobre la base de la metodología propuesta en la Guía Metodológica para la Caracterización de la exclusión social en salud de OPS/OMS.
 - Validación en una reunión, con un grupo de expertos interesados en la iniciativa.
 - Identificación de actores clave e interlocutores válidos.
 - Elaboración de mapa de actores: relación de éstos con la iniciativa, sus roles, ubicación y potencialidad de ingerencia nacional o local.
4. Obtención de Apoyo Institucional de la Secretaría de Diálogo y CONASA.
5. Validación del plan de implementación: se conformó el equipo promotor y se diseñó el plan operativo.
6. Acuerdo con la Secretaría de Diálogo en torno a la organización de actividades de diálogo en los tres polos de desarrollo del país, con el carácter de eventos regionales. Se acordó la conformación de mesas de diálogo de acuerdo a tres ejes temáticos: servicios básicos, salud y seguridad social, se identificó a los participantes y el proceso de capacitación a facilitadores y sistematizadores.
7. Acuerdo con CONASA para ampliar alianzas con CONCOPE, AME y Prefecturas y Alcaldías seleccionadas en base al criterio de capacidad de incidencia en la vida nacional.
8. Formalización de acuerdos: Suscripción de convenios entre la Secretaría de Diálogo, el Ministerio de Salud y el CONASA.
9. Apoyo al intercambio entre las mesas de diálogo de Cuenca, Quito y Guayaquil y debate de temas de interés nacional vinculados con la iniciativa: aseguramiento universal propuesto por la vicepresidencia.
10. Intervención en gobiernos locales:
 - Visitas de sensibilización a autoridades locales y de salud.
 - Elaboración de agenda, identificación de actores, convocatoria al proceso.
 - Reuniones de difusión de la caracterización de la exclusión social en salud.
 - Eventos de conformación de los consejos de salud y difusión del marco jurídico.
 - Compromiso público de extensión de la protección social en salud.

continua

- Diseño participativo del plan de salud y de superación de la exclusión social en salud.
- Rendición de cuentas por parte de las autoridades locales.

El proceso fue realizado de la manera más completa en la Provincia Pichincha, en la cual se contó con la decisión política de sus autoridades y un nivel de desarrollo técnico muy importante de los responsables del seguimiento.

11. Reajuste de la estrategia nacional (finalización de la gestión de la Secretaría de Diálogo)

- Profundización de la acción local
- Identificación de los socios locales para fortalecer la capacidad instalada
- Trabajo intensivo en el CONASA: Apoyo a comisiones permanentes y especiales y a la instalación del Directorio: representatividad, organización de comisiones
- Difusión de la caracterización social en salud
- Difusión del marco normativo

12. Sistematización

- Procedimientos
- De acciones
- De experiencias localizadas

13. Evaluación

Aspectos no desarrollados suficientemente aún que deben ser considerados en el proceso

- ❖ Fortalecer alianzas con las autoridades y funcionarios del Ministerio de Salud a nivel nacional y local
- ❖ Definir la postura pública a través de una estrategia de comunicación⁴².
- ❖ Consolidar la alianza con el Grupo Interagencial del sistema de Naciones Unidas y otras agencias de cooperación técnica y financiera.

5.3 LOGROS DEL PROCESO DE DIÁLOGO SOCIAL REALIZADO E IMPACTO SOBRE CAMBIOS ESTRUCTURALES SECTORIALES

En el marco del desarrollo del Sistema Nacional de Salud como eje articulador de la reforma del sector, el aporte del trabajo realizado en diálogo social en el marco de la extensión de la protección social en salud-EPSS y el combate a la exclusión en salud en Ecuador, ha sido sustantivo no

⁴² Estuvo inicialmente prevista, pero la oportunidad adecuada puede darse posteriormente.

sólo como un mecanismo para promover y consolidar espacios de concertación entre actores (Consejos de Salud) para su construcción participativa sino también en la definición de políticas, planes y programas nacionales que concretizan sus postulados y tienen el carácter de promover un cambio estructural en el sector salud. En este contexto se destaca el trabajo de las Comisiones para incidir en aspectos fundamentales para la extensión de la Protección Social en Salud en los siguientes temas estratégicos:

- a) Definición del cuadro de medicamentos básicos
- b) Desarrollo exitoso del II Congreso Nacional por la Salud y la Vida, realizado en Noviembre de 2004
- c) Aprobación de la metodología para la organización de los Consejos de Salud desarrollada por la Comisión de Organización y Participación Social

Por otra parte, en el transcurso de la ejecución de las actividades de diálogo social se registraron dos logros significativos promovidos por las mesas de diálogo en el ámbito de la salud:

a) El primero se relaciona con la inclusión en el texto de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud de un claro posicionamiento de la *estrategia de Protección Social en Salud*, al mencionarse la garantía del Estado para la implementación del Plan Integral de Salud, accesible y de cobertura obligatoria para toda la población (art. 5) y en la mención de la función de Aseguramiento del Sistema Nacional de Salud manifestando que “...es la garantía de acceso universal y equitativo de la población al Plan Integral de Salud, en cumplimiento del derecho ciudadano a la *protección social en salud*” (art. 12).

b) El segundo logro es la adopción de políticas de EPSS como prioridades institucionales del Ministerio de Salud Pública, a través del desarrollo del Programa de Extensión de Cobertura (PROECOS) actualmente en ejecución, en el marco de la estrategia de Reducción de la Pobreza y Protección Social del Gobierno Nacional y ratificado mediante Decreto Presidencial vigente desde diciembre de 2004.

5.4 LECCIONES APRENDIDAS

En el corto tiempo posterior a los avances alcanzados en esta primera etapa se produjo la ruptura del Gobierno con algunos actores, entre ellos el partido Pachakutik y como consecuencia el Secretario de Diálogo sale del Gobierno y la Secretaría desaparece; el Ministro de Salud Pública también es sustituido.

Cuando la Secretaría de Diálogo desapareció del organigrama del ejecutivo, fue necesario replantear la estrategia hacia una aproximación directa a las organizaciones nacionales a través del Ministerio de Salud Pública, el CONASA y los gobiernos locales.

El CONASA entretanto, sufrió también vaivenes institucionales. El año 2003 estuvo marcado por propuestas de reforma al reglamento de la Ley Orgánica y las diversas actividades de diálogo se desarrollaron más bien en los ámbitos locales. Recién en el año 2003, con la decisión política del Ministro de Salud y el Director Ejecutivo (e) se instaló oficialmente uno de sus órganos de gobierno: el Directorio.

La desaparición de la Secretaría de Diálogo y Planificación de la Presidencia y la ausencia de funcionamiento formal del CONASA puso en evidencia una debilidad en el análisis inicial de actores y arrojó como lección importante la importancia del personal de salud, ya que en el análisis inicial no se enfatizó suficientemente el rol de los funcionarios del Ministerio de Salud Pública, quienes asumieron una actitud más bien expectante y poco activa en el proceso.

A raíz del cambio de escenario descrito, se actualizó el análisis de actores y se definió profundizar las alianzas con los gobiernos locales, que se visualizaron como más sólidas y perdurables. Consecuentemente, se propuso profundizar la intervención local en el ámbito provincial y cantonal. Se sugiere, además, iniciar de manera inmediata, el desarrollo del módulo de derechos de ciudadanía con organizaciones sociales para fortalecer los procesos de diálogo y compromisos con actores de la sociedad civil.

Se identificó además la necesidad de desarrollar nuevamente procesos de sensibilización con las autoridades nacionales. En este contexto se percibió la necesidad de un contacto más cercano y formal en la relación con el Ministerio de Salud Pública y con el Ministerio de Bienestar Social, a través de su Secretaría Técnica del Frente Social. Se propone un

trabajo coordinado en la programación de nuevas actividades de diálogo y solicitar la delegación oficial de funcionarios de esas carteras de Estado al proceso, lo que lamentablemente no progresa porque se produce también cambio de responsables.

De la experiencia ecuatoriana se pueden extraer las siguientes lecciones:

1. De carácter general

- Se destaca la importancia del análisis de actores y se sugiere que éste sea un proceso dinámico y permanente en escenarios cambiantes.
- Los objetivos del diálogo permiten, potencialmente, desarrollar acuerdos para la superación de problemas como la exclusión social en salud, pero deben incorporarse a acuerdos de gestión y conducción del estado para permitir su permanencia y efectividad.
- La experiencia demostró que el modelo desarrollado demanda una gestión relativamente nueva por parte de las instituciones que lo lideran y también en los organismos de cooperación internacional que en él participan, como la OPS/OMS, ya que el producto de la intervención no es un informe de investigación o un aporte técnico teórico, sino que más bien se caracteriza con una intervención en la acción en un escenario cambiante, cuya potencialidad mayor está en la facilitación de puentes de comunicación entre actores y de apoyo en las capacidades de negociación colectiva, con movilización de recursos de la sociedad.

2. En cuanto a los procedimientos aplicados

- En materia de procedimientos, es fundamental que el diálogo promueva una participación real de la población en la toma de decisiones, ésta no se acaba en la proposición de demandas sino que toca a la responsabilidad en el cumplimiento de compromisos. Por lo tanto, se debe cuidar que exista incorporación efectiva de los involucrados en el proceso. Para ello, es necesario disponer de información suficiente y guardar la memoria de los procesos. Se sugiere la presentación pública de los acuerdos y la rendición de cuentas sobre el cumplimiento de los mismos.
- Los procedimientos a emplearse son dinámicos y en la medida que se insertan en procesos reales de prioridad para el país, se van construyendo. Las orientaciones sobre procedimientos a aplicar que aportan la experiencia,

o la revisión documental, son lineamientos de apoyo para organizar un trabajo susceptible de ser sistematizado y evaluado. Al constituirse en una iniciativa fundamentalmente política o que busca influir en la política, las orientaciones técnicas dan pistas, más no deben convertirse en camisas de fuerza.

- En el proceso de Ecuador es necesario fortalecer la secretaría y memoria técnica y promover el ejercicio de este rol por los actores locales, apoyando el fortalecimiento de la capacidad instalada. El aporte de los consultores externos y de las agencias de cooperación debe ser facilitar los avances pero no ser condición para su funcionamiento.

- Es necesario lograr la asociación con actores políticos fuertes y apoyar en la consolidación de los espacios de concertación colegiados, tales como los consejos, apoyando el desarrollo de liderazgos nacionales y locales.

- Es importante resaltar la importancia de que los procesos de diálogo que se desarrollan en los niveles locales tengan su contrapartida en las políticas públicas nacionales. Por otra parte, la experiencia de Ecuador en el año 2003 demostró que el accionar a nivel nacional se pudo sostener gracias al trabajo realizado a nivel local.

3. En relación con la participación social en el diálogo

El diálogo es un método que debe ser concebido en forma participativa desde su fase de diseño. En Ecuador, la agenda de trabajo, la convocatoria, los elementos metodológicos, la coordinación logística e incluso los aspectos de comunicación e información, la puesta en marcha del proceso en todas sus fases fueron desarrollados desde el principio en coordinación con las organizaciones sociales.

El procedimiento a aplicar se concibe en sí mismo como un proceso de planificación participativa, en el cual el primer momento de análisis de situación es la presentación de la situación de exclusión social. Ésta es una poderosa herramienta motivadora y de potencial convergencia de acuerdos para superarla.

Esto no significa asumir una posición demagógica, de falta de responsabilidad en la conducción de los procesos. Más bien, que una vez definidos los principios de la acción y sus objetivos (superación de la exclusión social, lucha contra la inequidad, la superación de la desorganización del sistema, etc.) e informando a los actores sobre la situación actual, se construye con ellos la propuesta con los acuerdos

que fueran posibles, con responsabilidad y libertad. Por lo tanto, interesa lograr la participación comprometida y con posiciones asumidas por los actores. Una vez realizados los acuerdos y los compromisos públicos, si bien no son vinculantes, sí producen un mandato ético. Por este motivo en las mesas de diálogo se promovió la expresión pública de los acuerdos y el compromiso de rendición de cuentas por parte de los actores involucrados.

La participación social se hace evidente a través del número, la representatividad, la diversidad y pluralidad, el compromiso, el grado de información, la gestión de acuerdos, la claridad con que se presenta los disensos, la permanencia, la retroalimentación a los representados y la inclusión de los acuerdos en políticas nacionales o locales.

4. En relación a los actores que participaron y su posición en el proceso

Debido a la importancia que tuvo el desarrollar un proceso social público y posicionado con fuerza en la agenda nacional, es importante revisar que ocurrió con la participación de actores relacionados directa o indirectamente con la Protección Integral de Salud y la superación de la Exclusión Social en Salud.

- La primera evidencia es que cuando se realiza el análisis desde la perspectiva institucional, los principales aliados de la iniciativa son las entidades públicas responsables del desarrollo social: salud, educación, bienestar social. No se evidencia el mismo grado de interés de parte de las instancias estatales encargadas del desarrollo económico.

- Cuando se visualiza el interés hacia algunas de las estrategias propuestas como descentralización, modernización, redireccionamiento de programas a las necesidades de la demanda, etc., se constata que el grado de interés baja en las instituciones y en organizaciones gremiales. Posiblemente este aspecto se deba a la incertidumbre que producen los cambios. Esto parece estar determinado por la constante inestabilidad de los funcionarios, principalmente de niveles directivos y medios, que presentan un interés coyuntural en el tiempo.

- Cuando se analiza la potencial participación de actores nuevos al sector salud tradicional: gobiernos seccionales, consejos de salud, organizaciones sociales, se identifica la potencialidad de establecer sinergias y adherir voluntades a la idea de lograr Protección Integral de Salud.

- En el caso de las organizaciones sociales, el análisis demuestra que ellas no tienen mayor interés cuando se enfoca a la salud desde una perspectiva de prestación de los servicios predominantemente curativos que existen en la actualidad. Cuando se propone el desarrollo de la Protección en salud desde la perspectiva del desarrollo vinculada a la promoción de la salud y a la prevención, el interés aumenta.
- La experiencia de diálogo realizada permite evidenciar que se logró sensibilizar y construir el objetivo común de superación de la exclusión social en salud con una gama de actores de intereses diversos. La caracterización de la exclusión social en salud constituyó una potente herramienta para movilizar voluntades y compromisos favorables a ese proceso.
- El proceso se desarrolló en un escenario complejo, en un país con dificultades de gobernabilidad demostradas en la serie de recambios presidenciales y de autoridades del ejecutivo. Estuvo inmersa en el seno de una crisis económica cuya agudización se mantiene desde 1998, pero que se ve agravada por el deterioro de las condiciones de acceso de los ciudadanos a la salud y servicios de salud. La administración pública en este contexto mantiene una línea de priorización de los requerimientos macroeconómicos y de la inserción en el mundo globalizado, más que en la identificación de alternativas para el desarrollo social.
- Se visualiza la contraposición entre un discurso oficial de intencionalidad máxima en cuanto a la meta, que es de Aseguramiento Universal en Salud, con una identificación poco precisa de cómo arribar a ella tanto en términos metodológicos, cuanto en aspectos estructurales y económico-financieros.
- Existe una oportunidad de movilización de voluntades positivas que se adhieran a la propuesta de EPSS, pero se dificulta la real definición concertada de medidas específicas como la inversión preferencial de recursos, el aumento de asignaciones, la redistribución o la modernización fundamentada en la finalidad pública.
- Existieron también limitaciones en la participación ciudadana. Aunque en el plan operativo se propuso promoverla desde el inicio, esto no fue posible siempre por varias causas: las dificultades de comunicación entre los actores involucrados como contraparte, la necesidad de consolidar el proceso en tiempos definidos y con las capacidades reales de las instituciones participantes, el logro de alianzas

sostenibles, el riesgo de caer en convocatorias solamente para identificar problemas, pero que no se dirijan a acciones efectivas en los que realmente la sociedad civil pueda incidir. Por otra parte, el carácter de “virtualidad” del Consejo Nacional de Salud en su primera etapa no permitió una convocatoria inicial desde esta instancia. La misma situación se produjo con la Secretaría de Diálogo, que estaba inmersa en una compleja correlación de fuerzas y con dificultades de negociar con algunos actores sobre las potencialidades de la organización participativa del Sistema Nacional de Salud.

- En el desarrollo del proceso de diálogo fue evidente que las convocatorias desde los organismos de gobiernos locales, provinciales, cantonales y parroquiales fueron más efectivas y que los acuerdos aunque parecen más modestos son más concretos y sostenibles, por lo que se propone mantener y profundizar esta relación. El caso de la Provincia de Pichincha ejemplifica claramente esta aseveración.

- La convocatoria a organizaciones sociales fue muy importante en el logro de dos de los objetivos iniciales: socializar la situación de exclusión social en salud como un elemento motivador para apoyar su superación y establecer compromisos individuales y colectivos en esta vía; y desarrollar procesos de interrelación o participación en los consejos de salud y definir líneas de cumplimiento de los derechos establecidos en la Constitución, las leyes de salud, de seguridad social, de amparo a los derechos del paciente, etc.

6. EL DIÁLOGO SOCIAL COMO HERRAMIENTA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE ALIANZAS EN TORNO AL ACCESO A LA SALUD EN GUATEMALA

6.1 ANTECEDENTES

Guatemala es un país cuya situación de salud se puede caracterizar en torno a cuatro variables:

- a) Altos niveles de pobreza
- b) Una marcada inequidad en el acceso a la salud, a los alimentos y a diversos bienes y servicios como agua segura, educación y vivienda, donde los grupos más desfavorecidos son los indígenas y las personas que viven en el área rural
- c) Las consecuencias económicas y sociales de haber sufrido un conflicto bélico interno reciente
- d) Como resultado de lo anterior, persistencia de un patrón de enfermedad y muerte caracterizado por la preeminencia de enfermedades infecciosas y nutricionales -principalmente entre la población en situación de pobreza, los indígenas y aquellos que viven en el área rural- y una alta prevalencia de violencia social e intrafamiliar.

En Guatemala, alrededor de 56% de la población es considerada pobre. Esta población corresponde casi enteramente a la población rural y predominantemente indígena. El 50% de los niños menores de 5 años aún sufren de desnutrición crónica y más del 30% de las embarazadas tienen carencias nutricionales importantes⁴³. Aunque la desnutrición crónica

⁴³OPS/OMS “Situación de Salud en las Américas, Indicadores Básicos 2004”.

ha mostrado una lenta tendencia a la disminución, la situación de inseguridad alimentaria y nutricional se ha agravado en los últimos años de modo que han reaparecido casos de desnutrición aguda y severa en segmentos de la población determinados por la situación socioeconómica y la ubicación geográfica. Los problemas de inseguridad alimentaria vividos en los últimos meses en Guatemala, evidenciaron la íntima relación entre exclusión social, pobreza y extrema pobreza y las situaciones de desnutrición que se observan en diferentes zonas del país.

Se estima que alrededor del 20% de los guatemaltecos no tiene acceso a ningún tipo de servicios de salud⁴⁴. Asimismo, mientras los grupos de la población con mayores recursos económicos tienen muy diversas opciones para la atención de sus problemas de salud, la población pobre, principalmente la indígena y del área rural, prácticamente sólo tiene la opción de acceder a “paquetes básicos de salud”, suministrados generalmente por voluntarios de organizaciones no gubernamentales.

Aún cuando son notables los avances logrados en la cobertura de inmunizaciones infantiles básicas superar al 90% en la actualidad, persisten enormes dificultades para lograr coberturas útiles y mejorar los indicadores de calidad en algunos de los municipios más empobrecidos. La mortalidad infantil, aunque ha disminuido alrededor del 20% en los últimos 10 años, todavía es alta y se estimó alrededor de 31 por mil nacidos vivos para el año 2002⁴⁵. La mortalidad materna, que ha disminuido lentamente en el transcurso de los últimos 10 años, se situó alrededor de 153 por mil nacidos vivos en el año 2000.⁴⁶

Guatemala tuvo una incidencia estimada de casos de tuberculosis de alrededor de 80 casos por 100,000 habitantes en el año 2002⁴⁷ y produce alrededor del 60% de los casos de malaria de toda la región Centroamericana y México en conjunto. La epidemia de VIH-SIDA, si bien aún puede considerarse concentrada, crece de forma sostenida y representa una fuerte amenaza.

Los últimos datos registran una prevalencia de cerca de 7,000 casos, cifra que expresa incrementos anuales ininterrumpidos. Con el incremento de la incidencia de la enfermedad en mujeres, se observa también mayor incidencia en casos de recién nacidos, por transmisión vertical. Existe una alta incidencia de diarreas agudas infantiles y la disponibilidad de agua segura es limitada, sobre todo en pequeñas comunidades, que constituyen cerca de la mitad de la población del país.

44 OPS/OMS “Estudio de caracterización de la exclusión en salud en Guatemala” 2001.

45 Op cit 43

46 Op cit 43

47 Op cit 43

La violencia social y la inseguridad personal alcanzan niveles de alto riesgo en el país. Destaca la violencia familiar y criminal contra mujeres. En la primera mitad del año 2004, cerca de 300 mujeres murieron por causas relacionadas con violencia. En el año 2004 se dio un recrudecimiento importante de la violencia social en el país.

A pesar de la situación económica y social que vive el país, como se mencionaba anteriormente la mortalidad infantil y materna ha logrado avances importantes. En los últimos años la tasa de mortalidad infantil descendió en 19% y la mortalidad materna un 30%. Esto fue posible gracias al incremento en la extensión de cobertura y la aplicación del modelo *Sistema Integrado de Atención de Salud* –SIAS, luego de la firma de los Acuerdos de Paz y por la conformación de consensos amplios alrededor de las principales estrategias de atención integral de la niñez y de las madres.

La estrategia Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia–AIEPI, combinada con la Atención Integral Niño/Mujer en el nivel comunitario–AINM/C, así como la estrategia de “reducción de las demoras”, contaron con amplio consenso nacional. La ruta crítica que atraviesa una mujer durante el embarazo está formada por una serie de barreras y limitaciones que demoran la atención de calidad para salvar su vida. Estas demoras han sido clasificadas en cuatro estadios, tomando en cuenta las acciones integradas que contribuyen a prevenir y reducir la magnitud de los factores determinantes de las muertes maternas.

En el año 2005 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS revisó la experiencia desarrollada durante 5 años con el *Sistema Integral de Atención en Salud* -SIAS, sobre todo en los niveles primario y secundario de atención, introduciendo diferentes modalidades en cuanto a la organización de los servicios con la intención de elevar la capacidad resolutive de ambos niveles, así como la articulación entre ellos y dar respuesta a un mayor porcentaje de la población vulnerable.

No obstante, el MSPAS presenta un déficit importante en materia de recursos financieros, humanos, tecnológicos y en sus capacidades de gestión, lo que ha restringido seriamente sus posibilidades de atender adecuadamente las necesidades de salud de la población e influir, además, en el conjunto de factores y procesos políticos, económicos, ambientales y culturales que condicionan la salud y de abordarlos en forma coordinada con otros sectores e entidades. El déficit de capacidad gerencial le impide también movilizar efectivamente -y en una misma dirección- recursos financieros adicionales para salud, así como la infraestructura, recursos

humanos y otros recursos que otros actores –como el mismo IGSS- podrían aportar a la resolución de los problemas.

Guatemala tiene una de las cargas tributarias más bajas de Latinoamérica. En 1998 hubo ingresos tributarios equivalentes al 9% del PIB. Al final de los años noventa el sistema tributario presentaba una tendencia a la regresividad y las reformas tributarias más recientes -en 2001 por ejemplo, la tasa del impuesto al valor agregado se elevó de 10% al 12%- han contribuido a profundizar dicha tendencia. El débil compromiso político con la inversión social se hace evidente en el hecho que, de acuerdo con el rango que ocupa en el PIB real per cápita, el país podría estar por encima de otros 16 países en el índice de desarrollo humano.

A lo anterior se suma una profunda segmentación y fragmentación del sistema de salud en su totalidad y también del subsistema público de salud. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) constituye, junto con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), la fuente principal de servicios de salud públicos. Sin embargo, no operan de manera articulada, ni comparten una misma dirección, para brindar servicios a la población. Ambas organizaciones coexisten, además, con diversos esquemas de provisión de servicios privados –tanto lucrativos como no lucrativos- que tienen poca coordinación entre sí y escasa regulación y supervisión en cuanto al tipo y calidad de servicios de salud que ofrecen. También existen formas de atención propias de los pueblos indígenas que el sistema oficial no valora ni incorpora apropiadamente. Además, se extiende cada vez más la práctica de la medicina alternativa en el país sin ninguna regulación. De allí que el sector salud guatemalteco, que carece de una separación clara de funciones y responsabilidades institucionales, a la vez duplica y desperdicia esfuerzos y recursos en salud.

A pesar de lo establecido en los Acuerdos de Paz y los avances realizados en los últimos años, el país no cuenta con un sistema integral y coherente de protección en salud.⁴⁸ También se ha señalado, al menos para el año 2002, que se ha extendido la cobertura pero no ha aumentado la cantidad y calidad de los servicios ofrecidos.⁴⁹

48 Investigación Protección Social en Salud, MSPAS, OPS/OMS, GSD, 2002.

49 Idem.

Caracterización de la Exclusión Social en Salud en Guatemala

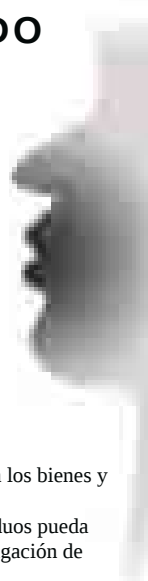
El estudio de caracterización de la Exclusión Social en Salud⁵⁰ hizo evidente que el país presenta un desbalance entre el producto económico de la sociedad y el resultado social del esfuerzo económico, que la exclusión en salud se relaciona fuertemente con la pobreza y el origen étnico y está enraizada en las profundas desigualdades que caracterizan el arreglo social construido en el país. Se constató además que el sistema de salud profundamente fragmentado y segmentado ofrece protección en salud sólo a ciertos grupos de la sociedad.

El mismo estudio estableció que las manifestaciones de la exclusión en salud incluyen:

- a) la falta de mecanismos adecuados para ejercer la ciudadanía en la forma de participación en la toma de decisiones que afectan la salud de la comunidad;
- b) acceso restringido a los servicios que mejoran las condiciones de vida de las personas;
- c) limitaciones al acceso a información que podría aumentar las posibilidades de elección personal para la propia atención de salud;
- d) existencia de formas de discriminación y segregación social basados en normas, prohibiciones y controles, legales o de facto pero toleradas.

6.2 EL PROCESO DE DIÁLOGO SOCIAL REALIZADO

Sobre la base de este diagnóstico de situación, se definió implementar un proceso de diálogo social orientado a la difusión de información acerca de la situación de exclusión en salud existente en el país y a la construcción de alianzas para discutir y acordar estrategias de combate a la exclusión y extensión de la protección social en salud en el marco de la línea de trabajo en Extensión de la Protección Social en Salud-EPSS⁵¹ de OPS/OMS. Otras dos agencias de cooperación



⁵⁰ La exclusión social en salud se define como la falta de acceso de ciertos grupos o individuos de la sociedad a los bienes y servicios de salud que otros grupos e individuos de la sociedad disfrutan.

⁵¹ EPSS. “Definida como la garantía que los poderes públicos otorgan para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus demandas de salud, obteniendo acceso a servicios de buena calidad en forma oportuna”. Investigación de Protección Social en Salud, MSPAS, OPS/OMS, GSD, 2002.

internacional –el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Fundación Friedrich Ebert (FES)- se sumaron al esfuerzo de impulsar el proceso de diálogo.

El núcleo facilitador del diálogo estuvo formado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), la Comisión de Salud del Congreso de la República y por tres agencias de cooperación internacional: la OPS/OMS, el PNUD y la FES.

El proceso se realizó en el transcurso del año 2004 en un escenario nacional marcado por el cambio de gobierno y la redefinición de políticas y estrategias ministeriales, lo cual requirió la readecuación de los planes operativos para el diálogo en actividades y tiempos.

El nuevo Gobierno definió como pilares fundamentales de su accionar la reducción de la pobreza y la modernización del Estado a través de estrategias tales como el trabajo intersectorial, la solidaridad e inclusión social y la atención de la diversidad y especificidad cultural, con énfasis en el fortalecimiento del desarrollo local mediante la participación comunitaria y de organizaciones de la sociedad civil. En este marco, declaró su intención de mejorar la atención y la asignación de recursos del Estado para aumentar la cobertura y la calidad de los servicios de nutrición, salud y educación, con miras a extender la protección social a la población más desprotegida, con enfoque étnico y de género. Todo ello resultaba coherente con los objetivos planteados para el diálogo social.

Se consideró necesario continuar el trabajo de coordinación e integración de redes sociales vinculadas e interesadas en los problemas de la protección social en salud, a través del fortalecimiento de la Comisión de Seguimiento que había sido creada para la difusión de información y el enlace con los sectores de la sociedad civil; ello hizo posible la incorporación al proceso de diálogo de nuevos actores como el sector empresarial, partidos políticos, medios informativos y trabajadores del sector informal, entre otros. El MSPAS coordinó el trabajo de la Comisión nacional de seguimiento para una primera fase de la extensión de la protección social en salud, conformada por el MSPAS, el IGSS y organizaciones de la sociedad civil.

La Comisión de Salud del Congreso en tanto, apoyó la convocatoria para la participación en las actividades de diálogo y contribuyó a la dinámica de trabajo de otras comisiones legislativas al incorporar en sus discusiones el tema de protección social en salud.

Por su parte, las tres agencias de cooperación internacional trabajaron en forma articulada, unificando esfuerzos y recursos tanto humanos como financieros para la puesta en marcha de las siguientes líneas de trabajo:

- 1) Elaboración del Plan Estratégico del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS),
- 2) Promoción, creación y fortalecimiento de espacios de diálogo con parlamentarios, sindicalistas, representantes de redes sociales en salud y otros actores clave;
- 3) Generación de instancias de diálogo entre autoridades del Ministerio de Salud y de la Seguridad Social.

Las actividades de diálogo social se realizaron en las siguientes modalidades:

6.2.1 DIÁLOGO SOCIAL AL INTERIOR DEL SECTOR SALUD: ELABORACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL (IGSS)

Se apoyó al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) en la identificación de la necesidad de definir un plan de trabajo conjunto para la ejecución de acciones de extensión la protección social en salud. Tanto el MSPAS como IGSS brindaron información actualizada sobre las condiciones en que se encuentran ambas entidades. El PNUD contribuyó con asesoría técnica directa en apoyo al diálogo entre diputados del Congreso de la República en diversos temas de seguridad social y en analizar las implicaciones futuras de la adopción de una u otra modalidad de reforma al sistema de seguridad social y al IGSS en particular.

6.2.2 DIÁLOGO CON REPRESENTANTES DEL PODER LEGISLATIVO Y DE LA SOCIEDAD CIVIL

Se realizaron cuatro seminarios dirigidos a congresistas y representantes de la sociedad civil organizada, en los cuales se presentaron elementos conceptuales, se entregó información y se discutió acerca de los problemas de exclusión social en salud en el país, la protección social en salud y el Seguro Social. En las instancias de diálogo se desarrolló un proceso de análisis y reflexión en torno a cómo lograr un sistema de protección social en salud y seguridad social que exprese beneficios para las actuales y futuras generaciones de guatemaltecos. La presencia de

expertos nacionales e internacionales permitió un productivo intercambio de experiencias y lecciones aprendidas.

Se trabajó con diferentes grupos (sindicatos, ONG, asociaciones de jubilados y pensionados, representantes de entidades indígenas que trabajan en salud, colectivos de mujeres, procuraduría de derechos humanos y congresistas) para la integración de redes de actores interesados y vinculados en asegurar y dar seguimiento al proyecto de protección social en salud en Guatemala. Las propuestas presentadas por las redes de actores para el fortalecimiento del sistema integral de salud, incluida la seguridad social, hicieron más evidentes los problemas de la exclusión social en salud y las alternativas para dar respuesta a las demandas de los individuos y las redes sociales y comunitarias más excluidas.

Motivados por el proceso de análisis y discusión generado, los sectores involucrados convergieron en la necesidad de aprovechar la oportunidad para proponerse, como sociedad, el avanzar hacia la construcción de un sistema integral de salud y de seguridad social.

En los espacios de diálogo a nivel local se promovieron estrategias para desarrollar alianzas entre las áreas de salud y las Municipalidades, dando origen a la **Declaración Conjunta de Santa Cruz del Quiché**, en marzo de 2004, la cual sentó las bases para el trabajo conjunto entre el MSPAS y las Municipalidades para elaborar los Planes de Desarrollo Municipal con una perspectiva de extender la protección social en salud.

6.2.3 DIÁLOGO SOCIAL AL INTERIOR DEL SECTOR PÚBLICO DE SALUD Y DE OTRAS RAMAS DE LA ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO PARA LA DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN Y ABOGACÍA



Se difundieron y analizaron los resultados del estudio de caracterización de la exclusión social en salud en Guatemala con 900 funcionarios de entidades del sector público vinculadas con el tema, 26 directores de área de salud del país y con directivos de las organizaciones no gubernamentales que prestan o administran servicios de salud en el nivel nacional, en el marco del proceso de extensión de cobertura del primer nivel de atención.

Se incorporó el tema de la extensión de la protección social en salud en la estrategia “Unidades regionales para el refuerzo de la gestión, la supervisión, el seguimiento y la evaluación” (URRGE-USME) del MSPAS, con una cobertura del 100 por ciento de los funcionarios del Ministerio de Salud que trabajan en las 26 áreas de salud del país.

Se estableció una productiva alianza con el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria (CEPIS), destacándose las experiencias con el reciclaje de aguas servidas en algunos municipios y las experiencias de producción artesanal y distribución de cloro para uso domiciliario mediante la conformación de microempresas de mujeres indígenas.

Asimismo, se logró establecer un espacio de diálogo y cooperación entre el comisionado de la presidencia para el agua, el Instituto Nacional de Fomento Municipal (INFOM)⁵², la Asociación Nacional de Alcaldes Municipales (ANAM) y los Ministerios de Salud y de Medioambiente.

6.2.4 DIÁLOGO SOCIAL CON LOS PUEBLOS ORIGINARIOS PARA LA ELABORACIÓN DE UNA PROPUESTA DE EXTENSIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD CON ENFOQUE INTERÉTNICO

Se llevaron a efecto cuatro talleres regionales y un taller nacional con grupos de diferentes pueblos indígenas, para compartir información y discutir acerca de la situación de exclusión en salud que experimentan muchos de estos grupos y alternativas de protección social en salud. Los grupos indígenas realizaron aportes para una propuesta de extensión de la protección social en salud con enfoque interétnico, mediante un procedimiento de participación en el análisis y discusión en torno a la protección social en salud.

Los talleres contribuyeron a despertar el interés por parte de algunos grupos en involucrarse y asumir una responsabilidad compartida en la búsqueda de soluciones a los problemas de la protección social en salud que vive la mayoría de la población guatemalteca.

Se elaboró una propuesta de protección social en salud desde la visión de los pueblos indígenas, que representa un aporte valioso a la discusión del tema en el país.

⁵² Ente gubernamental de apoyo a las municipalidades.

6.3 LOGROS DEL PROCESO DE DIÁLOGO SOCIAL REALIZADO E IMPACTO SOBRE CAMBIOS ESTRUCTURALES SECTORIALES

En Guatemala, la vinculación y articulación de actores e instituciones del sector salud y extrasectoriales para el diseño y formulación de políticas públicas es una práctica aún incipiente. En este contexto, tal vez el mayor logro del proceso de diálogo realizado fue la promoción y generación de alianzas y espacios de trabajo conjunto al interior del sector público de salud; entre el sector público de salud y otras ramas de la administración del Estado; entre el ejecutivo y el legislativo; entre el nivel central del gobierno y los gobiernos locales; y entre instituciones del Estado y la sociedad civil.

Uno de los logros más relevantes del diálogo en cuanto a su impacto sobre cambios sectoriales, es que permitió al Ministerio de Salud y al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social profundizar en el análisis de la situación interna de estas dos entidades e iniciar un proceso de trabajo conjunto en el marco de su contribución a la construcción de un sistema nacional de salud y seguridad social para Guatemala. De este modo, la experiencia de diálogo representa un punto de partida para seguir trabajando en pos de lograr un acuerdo nacional que se constituya en el marco orientador de las acciones que, en el tema de salud y seguridad social, debe aplicar el conjunto de las entidades del Estado, con el conocimiento y apoyo de la sociedad civil.



El esfuerzo combinado de la OPS/OMS, el PNUD, el Congreso de la República, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), la Fundación Friedrich Ebert, el Ministerio de Salud y agrupaciones de la sociedad civil organizada hicieron posible desarrollar líneas de trabajo que tienen una perspectiva de mediano y largo plazo y fortalecer espacios de diálogo con participación de los parlamentarios, sindicalistas, empresarios, representantes de redes sociales en salud y otros actores clave. La nueva legislación sobre descentralización, creación de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural y de Desarrollo Social puede resultar instrumental en este esfuerzo y muy útil para el trabajo orientado a la integración y coordinación con las redes sociales, nacionales, municipales y locales para la reflexión, análisis y propuestas en el tema, así como para enfrentar al desafío de la exclusión social para los años futuros.

En el ámbito interagencial, la gestión y utilización compartida de los recursos para la planificación e implementación de las actividades de diálogo entre

OPS/OMS, el PNUD y la Fundación Friedrich Ebert constituye una experiencia de armonización de la cooperación técnica que es valiosa y debe seguir apoyándose. El liderazgo mostrado por las tres agencias en el proceso, puede contribuir de manera importante a mantener y fortalecer los esfuerzos de coordinación –tanto al interior del Estado como con la sociedad civil- para la difusión, análisis y formulación de políticas públicas.

Asimismo, las alianzas establecidas con la mayoría de los cooperantes bi y multilaterales de salud durante el proceso de diálogo, se han traducido en estudios sobre el gasto público y privado en salud y en documentos de posición y declaraciones públicas conjuntas sobre la necesidad de elevar el gasto público en salud, uno de los más bajos de Latinoamérica, alrededor del 1% del PIB. En este contexto, el equipo de la Oficina de OPS/OMS en Guatemala ha relevado la necesidad de alcanzar acuerdos amplios en torno de la reforma sectorial de salud y seguridad social desde el punto de vista de la equidad y la protección social.

También como producto del proceso de diálogo, se puso en marcha diversos programas y proyectos con el propósito de favorecer la reducción de las inequidades en salud y en sus determinantes y mitigar la exclusión social en salud. Entre ellos cabe mencionar los acuerdos de trabajo entre OPS/OMS y el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá-INCAP, que permiten fortalecer la capacidad de cooperación técnica en el área de seguridad alimentaria nutricional y coordinar acciones en el país.

Por otra parte, el trabajo realizado para dar a conocer la situación de exclusión en salud en el país y los conceptos en torno a protección social en salud, contribuyó significativamente a que el tema del financiamiento de la salud y las inequidades en salud fueran analizados en su verdadera magnitud y trascendencia. El proceso de diálogo realizado contribuyó significativamente a interesar a la opinión pública en estos temas. Sin embargo se requiere continuar con los esfuerzos, de manera coordinada y sostenida, durante los próximos años.

Es importante destacar el rol fundamental que la difusión de información jugó en el proceso, al hacer más simétricas las relaciones entre los representantes de los poderes del Estado y la sociedad civil. En esto, la mediación de las agencias de cooperación técnica también fue importante, ya que a través del apoyo técnico dado a la Comisión de Salud del Congreso de la República y a los representantes de la sociedad civil organizada, se construyeron confianzas y se fortaleció la voluntad de los actores para impulsar el diálogo entre ambos sectores.

Al interior del sector público de salud, las *áreas de salud* en las zonas priorizadas por su marginalidad y exclusión social se fortalecieron con el proceso de diálogo, al disponer de recursos humanos que fueron informados y sensibilizados sobre la necesidad de extender la protección social en salud a los grupos vulnerables.

Las estrategias de diálogo desarrolladas en el interior de las áreas de salud en El Quiché e Ixil con las Municipalidades y las redes de actores sociales, contribuyeron considerablemente a promover alianzas, concretándose éstas en la **Declaración Conjunta de empoderamiento del nivel local**, que se plantea en favor de la protección social en salud a través del fortalecimiento del modelo de salud integral, la participación social y la gestión para la salud.

Adicionalmente, el proceso de diálogo influyó en el desarrollo de acciones para reforzar las funciones de regulación, planificación y gestión de salud pública en favor de la protección social. En este marco, se promovió la consolidación de una alianza entre las universidades y el ministerio una alianza sólida con las universidades y el ministerio Relacionado a la formación y capacitación de recursos humanos. La cooperación en los últimos años contribuyó a que el país desarrollara mejores estrategias de capacitación y de gerencia, que beneficiarán a corto y mediano plazo los servicios de salud y la atención a la población excluida.

En síntesis, el proceso de diálogo social realizado contribuyó a:

- a) Promover espacios de discusión, acuerdo y generación de alianzas para la formulación de políticas de protección social en salud entre instituciones del estado y con la sociedad civil
- b) Profundizar los esfuerzos que se venían realizando para la difusión de información acerca de la situación de salud y la exclusión social en salud en los ámbitos nacional, departamental y municipal
- c) Difundir conceptos e información relativos a la protección social de salud y seguridad social a miembros del poder legislativo y representantes de la sociedad civil organizada
- d) Incorporar el componente salud al diálogo interétnico

Impacto que el proceso de diálogo social en salud tuvo sobre otros sectores de la vida nacional

La experiencia de diálogo social en salud descrita, llevada a cabo en el año 2004, ha ejercido una influencia importante en el país en términos de validar el diálogo social como espacio para discutir asuntos de importancia nacional y también en cuanto a posicionar la problemática de la exclusión social. En Enero de 2007, la oficina de la Vicepresidencia anunció que el presidente Oscar Berger pretende iniciar una mesa de diálogo nacional el 18 de mayo de 2007 para abordar el desarrollo de los Acuerdos de Paz, cuyos principales temas serían la cuestión agraria, pobreza, salud, pueblos indígenas y la transparencia de la gestión pública⁵³.

El diálogo nacional también podría tratar el pacto fiscal, que abordaría los mecanismos tributarios para dotar al Estado de los recursos necesarios que demanda la agenda social y económica de los Acuerdos de Paz. La convocatoria está dirigida a los sectores políticos, sociales, académicos y económicos del país, incluidos miembros del Congreso legislativo y del Poder Judicial. La propuesta del diálogo nacional busca alcanzar los Objetivos de Desarrollo de las Naciones Unidas para el Milenio, cuya primera meta es erradicar la pobreza y el hambre, lo cual incluye el combate contra la exclusión social que impide la participación plena en la sociedad.

Según la misma fuente, Norma Quixtán, Secretaria de la Paz del gobierno y destacada figura indígena, recordó la necesidad de construir “un Estado plural y multilingüe”, puesto que en Guatemala, “el racismo sigue presente en la vida cotidiana”, en tanto Ricardo Cajas, Comisionado presidencial contra el racismo, agregó que “Guatemala fue construida con base en la discriminación y todas las instituciones del Estado conservan el racismo”. Cajas subrayó la educación como otro ámbito de exclusión, dado que ésta es “monolingüe en áreas donde la población es multilingüe”.

6.4 LECCIONES APRENDIDAS

La experiencia de diálogo social en salud realizada permitió apreciar con nitidez la necesidad existente en el país de generar este tipo de espacios para la formulación de políticas públicas y la gran disposición de los actores sociales a participar cuando son convocados. También reveló una

53 Artículo aparecido en el periódico “Noticias Terramérica” el martes 09 de enero 2007

gran falta de información acerca de la situación de exclusión en salud por parte de muchos actores. La puesta en marcha de seminarios y diálogos, siguiendo una dinámica de presentar datos/información, discrepar, discutir y converger, permitió tomar conciencia sobre este problema y su impacto sobre los resultados de salud en salud en el país entre los grupos participantes.

Las principales lecciones aprendidas de este proceso se dan en tres ámbitos:

a) En la difusión de información y abogacía

La información disponible acerca de la caracterización de la exclusión social en salud probó ser una herramienta poderosa que contribuyó de manera importante a motivar a las organizaciones de la sociedad civil para participar de manera más activa en los espacios de diálogo, en la búsqueda de alternativas para la extensión de la protección social en salud. Se debe profundizar en el análisis de la exclusión social en salud, del impacto de la reforma en el sector salud y de opciones de protección social en salud con inclusión de los pueblos indígenas.

b) En el ámbito de la construcción de alianzas y espacios de trabajo coordinado

A pesar de que la experiencia de diálogo social realizada es alentadora, queda aún un largo camino por recorrer en la construcción de un lenguaje común y de las confianzas necesarias para consolidar los espacios de diálogo e intercambio de experiencias entre los representantes de las diversas redes sociales, el poder legislativo y las entidades gubernamentales.



Los actores sociales deben recuperar la capacidad de creer en las instituciones del estado, en particular en el gobierno central, luego de las dolorosas experiencias relacionadas con la guerra civil. Ello plantea la necesidad de fortalecer los espacios de diálogo creados y abrir nuevos espacios de discusión y análisis que permitan la incorporación de nuevos actores tales como el sector empresarial, los partidos políticos, los medios informativos, los trabajadores del sector informal, grupos de mujeres, y pueblos indígenas, entre otros. En este contexto es importante continuar el trabajo de coordinación e integración de redes sociales vinculadas e interesadas en la protección social en salud, fortaleciendo a la Comisión de Seguimiento en su papel de enlace entre el gobierno y sectores de la sociedad civil para la difusión de información.

Asimismo se debe impulsar el trabajo coordinado de participación, análisis y propuesta sobre protección social en salud en los niveles municipales y comunitarios en las políticas de descentralización y en la Ley de desarrollo social.

Las redes sociales integradas constituyen un instrumento importante de participación y coordinación en el diseño e implementación de políticas de protección social de la salud. Es necesario apoyarlas y consolidarlas a través de un trabajo sistemático durante los próximos años, incorporando a nuevos sectores gubernamentales (agricultura, trabajo, economía, etc.) y de la sociedad civil tales como grupos de mujeres, pueblos indígenas y asociaciones de trabajadores informales. Para colaborar en este esfuerzo, las agencias de cooperación internacional deben privilegiar en su accionar estrategias de cooperación interprogramática, abriendo espacios de interlocución a nuevos actores y deben incorporar en sus planes de cooperación técnica descentralizada aquellas acciones que permitan la apertura de espacios y la vinculación de otras redes sociales y comunitarias.

c) En la consolidación de los acuerdos logrados en el proceso de diálogo

El proceso de diálogo reveló que las instituciones del sector público de salud -MSPAS e IGSS- están preparadas para iniciar un proceso institucional de mayor integración funcional. Es importante aprovechar el momento y abogar por la construcción de un sistema de protección social con vocación incluyente, con la participación de los actores que vinculados a la toma de decisiones, promoviendo la creación de un marco institucional legal para la mayor integración del sistema nacional de salud, superando su fragmentación y segmentación.

Asimismo, es necesario concretar el compromiso político obtenido para el aumento de la inversión social en salud en beneficio de la protección social en salud.



7. LA CREACIÓN DE ESPACIOS DE DIÁLOGO SOCIAL PARA LA VALIDACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE SALUD EN NICARAGUA

7.1 ANTECEDENTES

Entre julio del 2003 y finales de agosto del 2004 se diseñó en Nicaragua el Plan Nacional de Salud 2004-2015. Dicho plan fue el producto de un arduo proceso de participación social e interinstitucional en el que se puso a prueba las capacidades existentes para construir una propuesta con visión de nación en un contexto de problemas de pobreza, inequidad y exclusión social.

En el caso de Nicaragua elaborar un Plan Nacional de Salud constituía un desafío complejo, porque se trataba de diseñar una propuesta de largo plazo en un país donde el debate entre aquellos que defienden la lógica de que el mercado debe encargarse del desarrollo económico y social versus los que propugnan que el Estado debe jugar un rol central en dicho proceso no se ha dirimido y se da en un escenario nacional caracterizado por altos niveles de pobreza y restricciones presupuestarias que han conducido a una limitación de las inversiones en el sector salud. En este contexto de incertidumbre sobre el futuro, las esperanzas de mejoramiento de la situación social y económica del país están puestas en su inserción en la iniciativa de países pobres altamente endeudados-HIPC⁵⁴. El Plan de Salud necesariamente debía tomar como punto de referencia la estrategia global de desarrollo de largo plazo ya definida por el Gobierno en el marco de la estrategia HIPC, denominada Plan Nacional de Desarrollo y sustentada sobre un frágil consenso entre los distintos actores políticos y socio-económicos del país.

Es importante destacar que aún cuando la tarea de elaborar el plan de salud se propuso en un entorno de relaciones sociales marcadas por la polarización ideológica y la desconfianza entre los actores, existió la voluntad

⁵⁴ HIPC corresponde a las iniciales del nombre en inglés de la iniciativa “*High indebted poor countries*”, cuyo objetivo es condonar del pago de un porcentaje de la deuda externa a los países más pobres bajo ciertas condiciones de desempeño económico y social. Dicha iniciativa fue lanzada en el año 1996 por el Fondo monetario Internacional y el Banco Mundial y permite a los países reducir la deuda externa y utilizar los fondos liberados del pago del servicio de esa deuda en el desarrollo social y la lucha contra la pobreza.

política de avanzar en un diseño nacional en materia de salud. Dicha voluntad sumada a una tradición de participación social permitió construir una imagen de nación en el ámbito sanitario.

El Plan Nacional de Salud fue por lo tanto el producto de un proceso de consulta nacional en el que estuvieron presentes las contradicciones antes descritas. El presente documento hace un breve análisis de ese proceso, situándolo en contexto con el fin que contribuya al fortalecimiento de los procesos de diálogo social en el campo de la salud, aprovechando sus resultados y las lecciones de él aprendidas.

7.1.1 ASPECTOS GENERALES DEL PAÍS

Nicaragua es el país con mayor extensión territorial de la Región Centroamericana, con aproximadamente 130,000 kilómetros cuadrados. En el año 2004, su población era de cinco millones y medio de habitantes. La población del país es mayoritariamente mestiza, identificándose además la presencia de minorías étnicas entre las que se destacan pueblos de origen indígena, afro americanos, garífunas, misquitos, etc. La densidad poblacional del país es baja y con una distribución heterogénea, concentrándose la mayor parte en la región del pacífico (más del 60%), mientras que en la costa caribeña del Atlántico -que representa casi el 50% del territorio del país- vive apenas el 10% de la población.

El Estado nicaragüense es unitario y su régimen es presidencialista. Nicaragua cuenta con un poder legislativo que es la Asamblea Nacional, un poder judicial a cuya cabeza se encuentra la Corte Suprema de Justicia y un tribunal electoral cuya instancia máxima está integrada por cinco magistrados. La entidad de control es la Contraloría General de la República, dirigida por un órgano colegiado, integrado por cinco miembros. Recientemente se creó el Ministerio Público o Fiscalía de la República, que asume la representación del estado en los casos judiciales.

Desde el punto de vista político administrativo, el país cuenta con dos niveles de gobierno claramente establecidos: el Gobierno Central y los Gobiernos Municipales. Sin embargo, de acuerdo al Estatuto de autonomía de las regiones de la Costa Atlántica⁵⁵, existen gobiernos regionales que tienen entre sus atribuciones administrar los programas de salud, educación, cultura, abastecimiento de productos básicos a la población, transporte, servicios comunales, etc., lo que, en general, se lleva a efecto en coordinación permanente con las entidades de gobierno correspondientes. Además existen 15 Departamentos, que aunque son delimitaciones territoriales

⁵⁵ Ley 28, publicada en 1987.

reconocidas en la organización del país, no cuentan con un órgano de gobierno en sentido estricto, sino que en ellos las entidades gubernamentales cuentan con delegados que ejercen acciones administrativas desconcentradas. Los Municipios ejercen funciones de gobierno a nivel local a través de los Consejos Municipales que, al igual que los gobiernos autónomos de la Costa Atlántica, son electos de manera directa por la población.

Esta configuración político-institucional del Estado nicaragüense es el producto de un proceso de transformación que se dio en los últimos dieciséis años. Durante ese período, el país pasó de un modelo de estado interventor en el desarrollo económico y social a un estado subsidiario, lo que se expresó en la reducción del tamaño y número de las entidades estatales y en una modificación sustancial de sus competencias, transfiriendo gran parte de ellas al sector privado. Dicho proceso fue coherente con los ajustes realizados a la estructura económica del país, que pasó de una economía mixta en los años ochenta a un modelo de libre mercado orientado al comercio exterior. Este cambio se dio en un contexto marcado por las secuelas del conflicto bélico de la década de los ochenta, el deterioro y estancamiento de la economía, un grado importante de polarización política producto del antagonismo de los actores involucrados en el conflicto militar y un incremento de la pobreza, la marginación y la exclusión social.

El escenario económico en que se inició este proceso era extremadamente complicado. En abril de 1990, las exportaciones del país habían caído a un 50% del promedio exportado en los años '70, las reservas del país eran muy bajas y la deuda externa superaba los US\$ 11,000 millones. En Marzo de 1991 se puso en marcha un drástico plan de estabilización económica que incluyó reducción de las plazas en el sector público - pasó de 218,703 empleados en 1990 a 61,828 en 2002⁻⁵⁶ , restricciones fiscales a la compra de bienes y servicios, eliminación de las transferencias y subsidios, reducción del gasto militar, aplicación de políticas crediticias rígidas, congelamiento de los salarios y devaluación de la moneda, así como medidas de liberalización financiera, entre ellas la transformación del Banco Central, el fomento a la banca privada y la creación de la Superintendencia de Bancos. Como producto de este plan, las condiciones económicas generales del país mejoraron a partir de 1994.

De la estabilización de la economía se avanzó posteriormente a un proceso de reforma estructural del Estado, que contempló ajustes a las organizaciones públicas a través de reformas impulsadas desde el poder ejecutivo mediante Decretos presidenciales, asociados a acuerdos políticos en

⁵⁶ En los servicios de salud esto implicó la pérdida de recursos con experiencia en el campo de enfermería y los principales programas de control de endemias.

la Asamblea Nacional⁵⁷, incluyendo la promulgación de leyes que han hecho más coherente el marco jurídico institucional del país⁵⁸.

El proceso de reingeniería de la organización del Estado eliminó la mayor parte de las entidades gubernamentales relacionadas con la actividad productiva y de circulación de bienes, al mismo tiempo que se redujo el tamaño y las funciones de otras instancias vinculadas a la provisión de servicios básicos para la población, abriendo espacio al sector privado en la ejecución de esas actividades (comunicaciones, energía, transportes, puertos, seguros y reaseguros, atención médica a los asegurados, etc.). Paralelamente se llevó a efecto una estrategia nacional de descentralización que transfirió gradualmente, competencias y capacidades a los Municipios y las Regiones Autónomas del Atlántico para la ejecución de muchas de las actividades que realizaban las entidades del gobierno central, reformando, a su vez, las relaciones de unas con las otras.

Aún cuando las medidas aplicadas lograron sus objetivos desde el punto de vista macroeconómico y organizativo, este éxito tuvo un costo social elevado ya que generó altas tasas de desempleo en las zonas rurales y urbanas, incremento de nuevos pobres a expensas de los sectores medios y mayor empobrecimiento de los que ya eran pobres. Ello se tradujo en hambrunas en zonas del país reconocidas tradicionalmente por su potencial económico; un incremento del mercado informal; y migración acelerada del campo a la ciudad o al exterior del país.

La pobreza en el país es producto de la convergencia de varios factores. Por un lado, el desmontaje y privatización de las empresas que administraba el Estado dejó en el desempleo a muchos nicaragüenses; por otro, las restricciones al crédito para la pequeña y mediana producción artesanal y para la producción campesina tuvieron un impacto negativo en sectores importantes de la población. Este hecho, sumado a la caída de precios para los productos de exportación, la liberalización de los precios de los productos de consumo básico y el congelamiento de los salarios creó un desbalance entre ingreso y consumo que deterioró el poder adquisitivo y deterioró el nivel de vida de los nicaragüenses.

Asimismo, las restricciones presupuestarias aplicadas en el sector social redujeron la oferta y la calidad de los servicios públicos para las poblaciones menos favorecidas. Ello se tradujo en un incremento del gasto de bolsillo en educación primaria y salud, ambos consignados en la constitución política del país como derecho del ciudadano y responsabilidad del

⁵⁷ La Asamblea Nacional es el órgano legislativo del país, esta integrada por 92 diputados electos de forma directa, tienen representación territorial y nacional, siendo propuestos a la población a través de los partidos políticos.

⁵⁸ Reformas a la Constitución en 1995 y promulgación de la Ley 290 en 1996.

estado. Del mismo modo, la reducción de la gestión del Estado en la circulación de bienes básicos como los alimentos afectó la seguridad alimentaria de sectores importantes de la población, con impacto negativo sobre los grupos más vulnerables.

El proceso de pauperización de la población se dio a la par del debilitamiento de los movimientos sociales, tanto por la disminución de la influencia de las organizaciones sindicales - muchas de las cuales prácticamente desaparecieron como producto de los ajustes estructurales - como por la retracción de las organizaciones sociales que se habían desarrollado durante los años ochenta, a las que se contrapusieron nuevas formas de organización y participación con miras a legitimar la instauración del nuevo modelo de Estado y de las relaciones Estado-sociedad.

En el plano político, la polarización de los actores obstaculizó el funcionamiento de las entidades y mecanismos de participación establecidos en el marco del nuevo orden. Ello indujo la búsqueda de nuevas formas de vinculación entre el Estado y la sociedad, lo cual se refleja por ejemplo en la Ley de participación ciudadana.

Debido a los problemas de gobernabilidad dados por la polarización de los actores políticos y sociales, el país ha tenido dificultades para enfrentar nuevos desafíos que requieren de consenso nacional en su abordaje, entre ellos la corrupción, la inseguridad ciudadana y el narcotráfico. La necesidad de ese consenso se hizo más urgente luego de que el país lograra una reducción del 87%⁵⁹ de su deuda externa a través de la Iniciativa HIPC, lo cual implicaba la posibilidad de disponer de alrededor de cien millones de dólares adicionales para enfrentar los problemas del desarrollo y la pobreza.

Por los motivos anteriores, a la par de las negociaciones realizadas por el Gobierno para que Nicaragua fuera incluido en la iniciativa HIPC se trabajó en el diseño de una propuesta de Plan Nacional de Desarrollo que fue puesta a consideración de los distintos actores de la sociedad, a través de distintos procesos de consultas, con el fin de crear el consenso mínimo necesario para que el país cuente con una estrategia de desarrollo en la que puedan converger los esfuerzos nacionales.

59 La deuda externa ha pasado de 7,444 millones de dólares a finales de diciembre del 2003 a 2,537 millones en el 2004. Punto de Culminación de la Iniciativa HIPC, presentación oficial del Banco Central de Nicaragua.

7.1.2 ANTECEDENTES DEL SISTEMA DE SALUD Y DE LOS PROCESOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

El sistema de salud de Nicaragua ha pasado en las últimas tres décadas por procesos de ajuste y transformación que han determinado las formas y el grado de participación social en salud. A partir del derrocamiento de los Somoza, en 1979 y el desarrollo del proyecto de la Revolución Sandinista, se produjo un proceso de transformación de las estructuras económicas y sociales del país, lo que incluyó la transformación de su sistema de salud. En agosto del mismo año y a partir del decreto 30 de la junta de gobierno de Reconstrucción Nacional, se conformó el sistema nacional único de salud, que se erigió sobre la anulación del marco jurídico-institucional existente y la articulación de las entidades de salud existentes en el país bajo la conducción del Ministerio de Salud.

Uno de los ejes centrales de la transformación del sistema de salud fue un amplio proceso de organización de participación ciudadana en torno a la problemática de salud, lo cual se reflejó en la organización de redes de agentes comunitarios en todo el país, en el desarrollo de los *Consejos Populares de salud* a nivel local y la organización del Consejo Popular de Salud en el nivel nacional.

La década de los noventa marcó un giro importante en el desarrollo del sistema de Salud y en los procesos de participación social en salud. Por un lado, el deterioro económico, político y social que había generado la situación bélica de la segunda mitad de la década de los ochenta había mermado la cohesión de muchas de las organizaciones sociales que sustentaron la Revolución Sandinista. Por otro, las acciones desarrolladas por los nuevos gobernantes, tanto en el plano económico como en el político, contribuyeron a desmovilizar aún más a los sectores populares, especialmente en aquellos ambientes donde tenían el peso necesario para contrarrestar el nuevo modelo de desarrollo. El resultado fue la desmovilización de muchas organizaciones de la sociedad civil y el surgimiento de los actores sociales del nuevo bloque en el poder. De este modo, el nuevo escenario nacional se caracterizó por el resurgimiento de las organizaciones empresariales y de sectores medios articulados alrededor de intereses comunes.

A partir de los noventa, la recomposición social se expresó en la aparición de una variedad de partidos políticos -muchos de los cuales eran fracciones de los partidos que habían participado en el conflicto de la década de los ochenta- y en el surgimiento de organizaciones no gubernamentales (ONGs) prácticamente en todos los campos de actuación, las cuales aglutinaron a amplios sectores sociales excluidos por los procesos de ajuste, tanto del poder como de los procesos de producción. Al mismo tiempo,

se dio un proceso de polarización ideológica de las organizaciones locales de la sociedad civil.

La polarización política en la sociedad y la marcada intolerancia entre los actores sociales influyó en las formas de participación y vinculación entre la sociedad y las entidades de salud. Los consejos populares de salud –que eran el instrumento de representación directa de los sectores populares- comenzaron a perder vigencia, tanto por el poco interés de los tomadores de decisión como por los ajustes a los mecanismos de representatividad social que se dieron mediante las primeras iniciativas de reforma del Sistema de Salud (1993)⁶⁰ y fueron sustituidos por actores identificados con otros criterios de selección (notables, representantes de organizaciones de profesionales, empresarios prominentes, etc.). Al mismo tiempo, comenzó a crecer la influencia de las ONGs en las comunidades a través de la creación de redes de líderes y agentes comunitarios. Dichas redes han contribuido de manera importante al desarrollo de actividades de salud en beneficio de la población, apoyando sistemáticamente al sistema de salud.

En la actualidad existen dos de instancias de participación social en los procesos de gestión del Ministerio de Salud. Una de ellas es el Consejo Nacional de Salud y sus delegaciones en el ámbito local a nivel Departamental y Municipal, que son instancias de asesoría y consulta. El Consejo Nacional de Salud está adscrito al despacho del ministro de salud, tiene carácter permanente y está constituido por representantes del sector público y privado, con representación e interacción multisectorial y plural de la sociedad civil. Su finalidad es la de contribuir a la definición de las actividades estratégicas que realiza el Ministerio de salud⁶¹. La otra instancia es un conjunto de Comisiones⁶² especializadas en el seguimiento de problemas de salud y de las intervenciones desarrolladas para abordarlos, tanto en el nivel nacional como en el local. Estas Comisiones están conformadas por representantes de la sociedad civil, de organismos gubernamentales y no gubernamentales y del sector privado⁶³.

60 En 1993, se inicia el proceso de reorganización institucional del Ministerio de Salud, que dio origen a los sistemas locales de atención integral en salud (SILAIS), lo que estuvo acompañado de un movimiento para dar mayor autonomía a los hospitales públicos, así como la introducción de servicios privados dentro del sector público, con el argumento de crear mecanismos que permitieran ampliar las fuentes de financiamiento para el sector público.

61 Artículo 10 de la Ley General de Salud

62 Para el año 2004 se contabilizaron unas treinta comisiones especializadas en el campo de salud en las que se integran representaciones de la sociedad civil, entidades gubernamentales y no gubernamentales. En general tienen representación nacional, departamental y municipal.

63 Entre las más importantes debe citarse la Comisión nacional de lucha contra la mortalidad materna y perinatal, la Comisión nacional de seguridad alimentaria y nutricional, la Comisión nacional contra la violencia hacia la mujer, niñez y adolescencia, la Comisión nacional de promoción de la lactancia materna y el Consejo nacional de atención integral a la niñez con discapacidad.

Con estos antecedentes de participación social en salud, con el marco jurídico provisto por la Ley de participación ciudadana⁶⁴ y teniendo necesidad de avanzar en el diseño de una propuesta sectorial para el sistema de salud en correspondencia con el Plan Nacional de Desarrollo, en el año 2003 el gobierno se propuso diseñar una política y un Plan Nacional de Salud (PNS) de largo plazo (2004-2015) y someterlo a un proceso amplio de diálogo social liderado por el Ministerio de Salud.

7.2 EL PROCESO DE DIÁLOGO SOCIAL REALIZADO

7.2.1 PROCESO POLÍTICO EN EL QUE SE INSERTÓ EL DIÁLOGO SOCIAL

El gobierno electo en Noviembre del 2001 llegó al poder representando una alianza de partidos políticos⁶⁵ y con un gran apoyo electoral, lo que le daba una gran legitimidad interna y ante la comunidad internacional. Asimismo, la coalición ganadora en las elecciones presidenciales también tenía mayoría de votos en el poder legislativo -la Asamblea Nacional- con lo cual era posible desarrollar una agenda legislativa coherente con las propuestas que surgieran desde el ejecutivo, sin requerir de grandes esfuerzos de negociación con las fuerzas opositoras al gobierno.

El nuevo gobierno activó el Consejo Nacional de Planificación Económica y Social (CONPES)⁶⁶, que es una instancia de consulta en la que está representado todo el rango de organizaciones de la sociedad civil -desde sindicatos de trabajadores hasta asociaciones de empresarios, incluyendo banqueros, comerciantes, agricultores, ganaderos, movimientos comunitarios, los organismos no gubernamentales, la pequeña y mediana industria, las universidades, las asociaciones profesionales, las fundaciones culturales, las organizaciones de mujeres, las organizaciones juveniles, las entidades micro financieras e individuos a título personal-.

64 La aprobación de la Ley 475, Ley de participación ciudadana fue tramitada y aprobada por la Asamblea Nacional en el año 2003.

65 La Alianza Liberal, victoriosa de las elecciones generales del 2001 estuvo integrada principalmente por el Partido Liberal Constitucionalista, la Resistencia Nicaragüense y Camino Cristiano. Por los resultados de las elecciones, la representación en la Asamblea Nacional quedó integrada de la siguiente forma: 52 diputados de la Alianza Liberal, 39 del Frente Sandinista de Liberación Nacional y un diputado del partido Conservador.

66 El CONPES fue concebido como un espacio para asesorar al presidente de la república en la formulación y evaluación de los planes y programas económicos y sociales; conocer los programas de estabilización y ajuste estructural y los proyectos que requieren cooperación externa; hacer recomendaciones al proyecto de la Ley anual de presupuesto; transmitir al presidente de la república las consultas que les formule sobre asuntos específicos y de interés nacional; y desde marzo de 2000, dar seguimiento a los acuerdos de los grupos consultivos.

En el ámbito internacional, el gobierno inició un proceso complejo de negociaciones y renegociaciones de deudas pendientes, con miras a encontrar el apoyo necesario para asegurar la condonación de la inmensa deuda externa y lograr que el país fuera incorporado en la iniciativa HIPC. Paralelamente, se iniciaron las gestiones para afiliarse al CAFTA, proceso que en el marco de la integración centroamericana se daba desde el gobierno anterior.

El gobierno decidió además iniciar un proceso de lucha anticorrupción, que generó un quiebre al interior de la coalición gobernante, creando un clima de inestabilidad entre las fuerzas políticas del país.

Durante el 2003 se profundizaron las negociaciones en torno a la condonación de la deuda externa y la incorporación del país a la iniciativa HIPC. Parte de ese proceso consistió en acelerar o concluir la privatización de entidades estatales del área de servicios (energía, comunicaciones, agua, etc.), en coherencia con los compromisos que el gobierno había adquirido con la banca internacional. Ello generó nuevos motivos de polarización entre las fuerzas políticas del país. El reinicio del proceso de privatización de servicios públicos por parte del gobierno generó reacciones de oposición en la población, que se expresaron en el desarrollo y fortalecimiento de redes sociales en defensa de los ciudadanos y en un rol más beligerante de estas organizaciones en la discusión de las políticas públicas. Estos procesos se dieron al margen de las influencias de los partidos políticos más importantes en el país. De este modo, en la sociedad civil la agenda comenzó a centrarse en la pobreza, la falta de acceso a servicios básicos y el deterioro de los débiles elementos de protección social aún existentes en el país, junto a la resistencia ante la privatización de servicios sensibles como el agua de consumo humano. Ello marcó una distancia con las preocupaciones de las directivas partidarias, que centraban su discusión en temas relacionados con el poder político, el desarrollo de la institucionalidad del país, etc. los cuales, si bien eran relevantes, no ofrecían solución a los problemas cotidianos por los que atravesaba la población en general.

Plan Nacional de Desarrollo

En ese contexto, el gobierno decidió diseñar una estrategia de largo plazo que finalmente se tradujo en el Plan Nacional de Desarrollo 2004-2015 (PND), el cual expresaba la visión de futuro propuesta por el ejecutivo en relación al modelo de crecimiento económico -organización de conglomerados de producción por ramas de la economía- así como los mecanismos de vinculación de este modelo con la economía mundial. En el plano social se presentaban los ejes de una política de protección social que abarcaba salud, educación y la protección de la familia, a partir de la identificación de

grupos vulnerables que serían beneficiarios de acciones y recursos a través de un mecanismo de doble focalización (grupos vulnerables y territorios). El PND incorporaba los compromisos adquiridos en la Cumbre del Milenio y expresados en la *Estrategia reforzada de crecimiento económico y reducción de la pobreza* (ERCERP). De ese modo, las acciones acordadas en la ERCERP pasaron a ser parte de las acciones del PND. Esta decisión fue resultado tanto de las evaluaciones de los primeros años de la ERCERP como de la búsqueda de acciones más coherentes con el modelo de crecimiento económico propuesto en el PND así como de las expectativas que surgieron con la incorporación del país a la iniciativa HIPIC a comienzos del 2004.

El PND se nutrió de los aportes de sectores representados en el CONPES -en particular de las organizaciones empresariales- así como de las representaciones de organismos internacionales que trabajan en el país. Dicha propuesta no pasó por un proceso que permitiera establecer un consenso con los partidos políticos representados en la Asamblea Nacional, a pesar de la existencia de posiciones divergentes respecto de la estrategia de desarrollo para el país. Como consecuencia de ello, los partidos políticos expresaron sus puntos de vista de forma aislada en los medios de comunicación. En este escenario, el gobierno decidió realizar un proceso indirecto de consulta nacional de la propuesta del PND. La consulta estuvo dirigida a los sectores sociales y ONGs, delegados del poder ejecutivo, gobiernos locales, empresarios y autoridades regionales. De acuerdo al mecanismo escogido para la consulta se logró el 85 por ciento de efectividad global de la convocatoria, sumando a 966 personas consultadas en todo el país. Posteriormente, el gobierno publicó el documento “Consulta y prioridades territoriales”, complementario a la Propuesta de PND, en el que se recogían las propuestas realizadas durante la consulta.

Plan Nacional de Salud

Durante el proceso de consulta del PND el gobierno, a través del Ministerio de Salud, decide diseñar un Plan Nacional de Salud (PNS) de largo plazo para definir las acciones concretas que el sector debía realizar, de modo que fueran coherentes con las acciones propuestas en el PND. El momento era propicio ya que a inicios del año 2003 se había nombrado un nuevo Ministro de Salud quien años atrás había impulsado el diseño de un plan de largo plazo para el Ministerio de Educación.

Sin embargo, al igual que con el PND, el diseño del PNS no pasó por un proceso de negociación entre el gobierno y los partidos políticos representados en la Asamblea Nacional, de modo que no se generó un espacio que permitiera establecer los acuerdos mínimos sobre los cuales debería diseñarse el PNS.

Del mismo modo, el gobierno no propició un proceso de discusión con actores relevantes de la sociedad civil más allá de aquellos vinculados directamente con el sector salud, que contribuyera a establecer las bases del diseño del plan. A pesar de ello hubo interés y vinculación de muchos actores de la sociedad civil con la propuesta de diseño del PNS, más que nada debido a su reciente experiencia en el fortalecimiento de las redes sociales y su decisión de influir políticamente en las decisiones gubernamentales sobre los temas de mayor impacto sobre la población.

Mientras tanto, en la esfera de los partidos políticos la preocupación de los actores estaba centrada en asegurar posiciones que les permitiesen ejercer mayor influencia en la vida nacional y el diseño del PNS no aparecía entre sus prioridades. En estas condiciones, la propuesta no generó contradicciones entre el gobierno y los principales partidos opositores pero tampoco hubo un respaldo franco y decidido a la iniciativa, lo cual se expresó posteriormente en una pobre participación de la clase política en el proceso de consulta del PNS y un cierto grado de desinterés por los documentos del PNS 2004-2015 una vez publicados, sobre todo en la medida en que el diseño del plan se fue desdibujando en el contexto de otras iniciativas y se aproximó el período de elecciones municipales en el año 2004. Para el ejecutivo en cambio, el diseño del PNS y su proceso de consulta ciudadana eran visualizados como un medio de ampliar la propuesta de estrategia de desarrollo establecida en el PND y para abrir canales directos de comunicación con la sociedad, en un contexto donde las luchas por el poder se hacían cada vez más tensas.

7.2.2 PROCESO INSTITUCIONAL

Para dar inicio al diseño del PNS el Presidente de la República realizó, en julio del año 2003, una convocatoria pública destinada a desarrollar un proceso amplio de discusión participativa con el fin de generar acuerdo en torno del diseño del PNS y recoger las expectativas y aportes de la población en general. Luego de la convocatoria, el diseño del PNS fue puesto bajo la conducción del Ministro de Salud. Los preparativos del proceso de diseño consistieron en la creación del Comité Asesor del PNS⁶⁷, que se conformó con personalidades del ámbito de la salud, representantes de organizaciones de la sociedad civil y de la cooperación internacional y delegados de las entidades del sector salud. Al Comité se le asignó la función de asesorar al Ministro de Salud en la toma de decisiones relativas al diseño y alcances del PNS, a partir de las propuestas sugeridas tanto por las instancias institucionales como por los actores de la sociedad civil. Su primera tarea consistió en establecer los acuerdos básicos que fueran el marco

⁶⁷ Esta instancia no estaba contemplada en la Ley general de salud. Sin embargo, se decidió que debía jugar un papel importante en los procesos de toma de decisiones relativos al PNS.

para el desarrollo del PNS. Dichos acuerdos fueron: a) el PNS sería de alcance sectorial b) sería de largo plazo en correspondencia con el PND c) consistiría en un plan estratégico que incluiría los compromisos internacionales adquiridos por el país d) el proceso de consulta del PNS debería facilitar la participación amplia de todas las entidades gubernamentales y no gubernamentales que laboran en el sector salud y también de las organizaciones de base de la sociedad civil en todos los territorios y en el nivel nacional, independientemente de que no tuvieran representaciones en las instancias establecidas en la Ley general de salud. Adicionalmente, diversos miembros del Comité Asesor insistieron en la necesidad que incorporar actores cuyos aportes permitieran rescatar el enfoque de género, generacional y de minorías étnicas, raciales y culturales, así como de los movimientos comunitarios de base.

Adicionalmente, se creó una mesa sectorial integrada por miembros de la Comisión Interagencial de Apoyo al Sector Salud (CIASS) -que agrupa a las principales agencias de cooperación del sector salud- y por representantes del Consejo Nacional de Salud. Entre las agencias que estuvieron incorporadas en esta instancia estuvieron OPS, la Agencia Española de Cooperación Internacional AECL, USAID, UNICEF, Lux-Development, Embajada de los Países Bajos, Cooperación canadiense, UNFPA, PROSIM, GTZ y la Comisión Europea. La conformación de la mesa sectorial fue apoyada por funcionarios de alto rango de la Ministerio de Relaciones Exteriores.

También se creó un equipo técnico del PNS, de carácter multidisciplinario e integrado por funcionarios de alto nivel del Ministerio de Salud, del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) y otras entidades del estado ligadas al sector salud, a las que se agregaron varios asesores técnicos financiados tanto por la Organización Panamericana de la Salud como el Programa de modernización del sector salud (PMSS). Los criterios de selección de estos profesionales fueron de carácter técnico. La misión central del equipo técnico consistió en proponer el proceso, procedimientos y el diseño de los contenidos de los distintos componentes del Plan. Se acordó que el equipo técnico prepara las propuestas de cada fase para luego enviarlas al Comité Asesor, al Consejo Nacional de Salud y a la mesa sectorial para ser revisadas por ellos y luego enviadas para revisión y aprobación por parte de las autoridades del Ministerio de salud. Se nombró una coordinadora del equipo técnico a cargo de dirigir el desarrollo del trabajo técnico, establecer las relaciones del equipo con las instancias de consulta y los vínculos necesarios con los funcionarios de las entidades del sector salud que se consideró importante consultar durante el proceso.

Sobre la base de los acuerdos iniciales entre las autoridades del Ministerio de Salud y las instancias consultadas, el equipo técnico presentó una propuesta de diseño encaminada a construir una propuesta de PNS en el corto plazo para que, una vez aprobada por las autoridades nacionales, permitiera elaborar planes operativos (quinquenales y anuales), que sirvieran de referencia para la formulación del presupuesto del sector salud, de modo tal que se pudiera reducirse la brecha financiera existente hasta el momento.

A inicios del 2004 se realizaron tres estudios como insumos del diseño de la política y el PNS. Ellos fueron la evaluación de la política de salud 1997-2002, el Análisis y tendencias del financiamiento del sector salud y el Análisis y tendencias de las transformaciones de la población. La información obtenida a través de los estudios se incorporó a un examen más detenido de los procesos de reforma del sector salud y de los ajustes que debían realizarse al modelo de atención. Con ello se reinició el proceso de formulación la política nacional de salud. Luego de someter un primer borrador de la política nacional de salud a consultas con la mesa sectorial, el Consejo Nacional de Salud y el Comité Asesor del PNS, se obtuvo un documento final que fue presentado al país en un acto solemne presidido por el Presidente de la República. Concluida esta etapa, se procedió al diseño de la propuesta de PNS la cual comenzó a ser discutida en el corto plazo en el nivel institucional con los funcionarios del nivel central del Ministerio de salud, directores de hospitales y directores de SILAIS. Sobre la base de los acuerdos alcanzados entre estos actores, se elaboró el documento base del PNS que se llevó a consulta nacional, de acuerdo al cronograma y el método previstos por el equipo técnico del PNS.

7.2.3 PROCEDIMIENTO DE CONSULTA

El equipo técnico de elaboración del PNS preparó y presentó a las autoridades del Ministerio de Salud una propuesta detallada sobre el proceso de consulta del Plan. La propuesta había sido revisada por diversos funcionarios de las entidades involucradas en el proceso de consulta, con el fin de obtener aportes concretos. La propuesta incorporó además serie de ajustes sugeridos por el Comité Asesor y los Miembros de la CIAS. La propuesta finalmente aprobada incluyó lo siguiente:

- El cronograma de trabajo para desarrollar la consulta entre los actores nacionales, departamentales, regionales y locales. El cronograma buscaba ser realista respecto de los compromisos institucionales y la disponibilidad de tiempo de los funcionarios y autoridades involucrados en el proceso de consulta, así como la posibilidad de hacer una convocatoria que permitiera la mayor participación ciudadana posible.

- Un documento de procedimientos con instrumentos para desarrollar los foros nacionales, departamentales, regionales y con las comisiones de salud, que actuarían como puntos focales. Este documento incluía la Agenda que guiaría el desarrollo de los foros, la cual contemplaba los siguientes pasos: 1) Entrega de antecedentes acerca del PNS y el proceso de consulta 2) Presentación del documento base del PNS 3) Presentación de los procedimientos específicos para el trabajo en grupos 4) Explicación del uso de los formatos de ordenamiento de la información 5) Organización de los grupos de trabajo 6) Realización del trabajo de grupos 7) Presentación en plenario de los aportes de los grupos y 8) Cierre del foro por alguna autoridad del Ministerio de Salud.

El procedimiento para el trabajo de grupos contemplaba cuatro etapas:

1) *Homogenización de los conocimientos entre los participantes del foro.* Esta etapa implicaba leer y compartir los contenidos del documento base del PNS. Dadas las limitaciones de tiempo de la consulta, se sugirió que cada grupo revisara dos objetivos del PNS: Un objetivo general con sus componentes (estrategias, acciones, tiempos y actores participantes) y el objetivo N° 7 referido a la atención en las regiones autónomas del Atlántico.

2) *Análisis y discusión grupal sobre los contenidos del documento base del PNS.* Para orientar la discusión, se elaboró un cuestionario y se pidió a los participantes que los respondieran. Las preguntas del cuestionario eran cinco:

-¿Los objetivos propuestos corresponden a las prioridades y retos del sector salud?

-¿Las estrategias e intervenciones propuestas corresponden con los objetivos?

-¿Las intervenciones propuestas son suficientes para alcanzar los objetivos?

-¿Los tiempos en que se propone desarrollar las estrategias e intervenciones son los adecuados?

-¿Los actores y entidades propuestas son las que deben participar en el desarrollo de las intervenciones propuestas?

3) *Identificación de los aportes.* El procedimiento sugerido era identificar especialmente los aportes comunes entre los participantes en el grupo, para facilitar el trabajo de síntesis. Por ello, se sugirió que los participantes

identificaran proposiciones concretas que hubiesen surgido de las respuestas a las preguntas de la etapa anterior. Se estableció una guía para ordenar aportes y proposiciones surgidas en el grupo, que incluyó los siguientes criterios:

- Aspectos nuevos que deben ser incorporados al PNS
- Elementos que deben modificarse en el documento del PNS
- Aspectos que debieran ser eliminados del documento del PNS
- Modificaciones que debieran hacerse a la estructura formal del documento

4) *Redacción de la síntesis del grupo y presentación en un plenario.* Para facilitar la elaboración de la síntesis se elaboró una matriz. Cada matriz debía ser llenada en hojas de papel de gran tamaño para luego ser presentadas en cada foro. Las presentaciones podían ser complementadas por miembros de los grupos de trabajo si observaban que aspectos centrales de los aportes no habían quedado recogidos en las presentaciones de los relatores.

El procedimiento aprobado no incluyó técnicas de consenso a aplicar cuando se dieran posiciones encontradas ya que la orientación institucional fue escuchar las opiniones evitando confrontaciones entre los actores y con las autoridades. Al finalizar cada foro, se previó que una autoridad del Ministerio de salud cerrara la sesión, haciendo una síntesis del PNS y prestando alguna atención a las inquietudes, sugerencias y recomendaciones planteadas en el foro.

Materiales preparados para la consulta

La documentación que se preparó para el desarrollo de los foros consistió en una presentación esquemática del documento base del PNS y los resúmenes de las presentaciones del análisis de la situación de salud. El objetivo era facilitar el conocimiento mínimo necesario para que los participantes tuvieran mejor comprensión del documento base del plan. Una dificultad práctica que surgió es que los materiales fueron entregados al inicio de cada foro, de modo tal que los participantes no tuvieron acceso a ellos por adelantado.

El documento base del PNS fue presentado en formato de matriz, con la desagregación siguiente: 1) Los siete objetivos generales 2) sus objetivos específicos, 3) los lineamientos estratégicos, 4) las intervenciones que se derivan de cada uno de ellos, 5) el tiempo previsto (corto, mediano y largo plazo), 6) los actores responsables y los participantes.

Adicionalmente se prepararon tres presentaciones en Power Point sobre los siguientes temas: 1) El proceso de consulta, en el que se explicaba la lógica del proceso, los participantes y el cronograma; 2) El análisis de situación, en el que se resumían los determinantes de salud, los principales problemas con sus causas inmediatas, la situación del sector salud, y las prioridades y los retos del sector salud; 3) Un resumen de la lógica del PNS así como de sus objetivos, estrategias y metas.

En la presentación del análisis de situación se establecía un vínculo entre el PND, los Compromisos del milenio, las acciones que se habían desarrollado desde la ERCERP, la evaluación de la política de salud 1997-2002 y las condiciones previstas para el futuro para la economía del sector y las tendencias poblacionales. Esto permitía ofrecer una relación muy estrecha entre salud y desarrollo, de la que se derivó los retos del sector salud a tomar en cuenta en el PNS.

En general se previó que las presentaciones de los tres temas no tomaran más de una hora y treinta minutos, incluyendo comentarios y preguntas de los participantes a los foros. La idea es que se pudiera dedicar más tiempo para que los asistentes a los foros hicieran el análisis, la discusión y la identificación de sugerencias y aportes al Plan nacional de salud.

Selección de los equipos involucrados en la consulta

Para el desarrollo de los foros a nivel local, se seleccionó a doce funcionarios del Ministerio de Salud con amplia experiencia y conocimientos sobre el desarrollo del PNS y con capacidad para el manejo de grupos de discusión. Se organizó además un equipo para supervisar el desarrollo de los Foros a nivel nacional, integrado por miembros del equipo técnico de elaboración del PNS y otros tres equipos que se encargarían de la conducción técnica de los foros a nivel Departamental y regional.

La organización de cada equipo incluía un coordinador responsable, encargados de realizar las presentaciones y encargados de apoyar el desarrollo de los grupos de trabajo. Asimismo, a cada equipo se le asignó personal de apoyo para tareas secretariales u otras; este personal también estaba encargado de la entrega de los materiales a los participantes en los foros. Una vez organizados los equipos de trabajo, se estableció el cronograma de trabajo.

Capacitación de los equipos involucrados en la consulta

Se capacitó en la aplicación de los procedimientos al equipo de funcionarios que se encargaría del desarrollo de la consulta nacional en todos

sus ámbitos. Asimismo, antes de los foros, se entrenó a los funcionarios que participarían como facilitadores.

La capacitación consistió en lo siguiente: 1) Dominio de los contenidos de la documentación a ser utilizada en los foros, para homogeneizar el apoyo que estuvieran en condiciones de dar a los participantes en los foros; 2) Dominio de la agenda a ser desarrollada en los foros, con el fin que se asegurara su aplicación eficaz según los escenarios previstos; 3) El procedimiento de trabajo de grupo y los instrumentos a ser utilizados para preparar las síntesis de los trabajos de grupo, así como las recomendaciones que debían ofrecer para que se efectivamente se hiciera las presentaciones que permitieran compartir las recomendaciones y sugerencias.

La capacitación incluyó a alrededor de doce funcionarios del Ministerio de Salud y se realizó durante dos días. El entrenamiento permitió al equipo técnico de elaboración del PNS poner a prueba la propuesta de procedimientos y los contenidos de los documentos, así como los materiales didácticos a utilizar en los foros y hacer ajustes a la propuesta inicial con aportes de los participantes, muchos de los cuales habían estado involucrados en el diseño técnico del PNS.

El Ministerio de Salud contrató además a un equipo externo encargado de recoger información durante el proceso de desarrollo de los Foros, incluyendo la grabación de las intervenciones, tomar notas y recoger los papelones con los aportes que surgieran del trabajo de los grupos. Este equipo, formado por dos profesionales con Maestría en Salud Pública, participó en la capacitación del equipo conductor y de los facilitadores y formó parte del proceso de evaluaciones periódicas que se realizaron durante el desarrollo de la consulta.

Participación de las autoridades en el desarrollo de la consulta

Se decidió que era importante la participación en los foros de autoridades del Ministerio de Salud, con el fin de asegurar el sello político del proceso. Consecuentemente se incorporó al cronograma la participación sistemática de autoridades, quienes no sólo acompañaron a los equipos técnicos encargados de los foros, sino que también estuvieron presentes durante su desarrollo. Para garantizar la presencia de autoridades en todos los foros, se seleccionó en el nivel central del Ministerio a funcionarios con liderazgo, proyección, capacidad de atender demandas y de transmitir la importancia del proceso. A ellos se les entregó la responsabilidad de participar en los foros cuando el Ministro o la Viceministra de Salud no pudieran estar presentes. Esto facilitó que en los foros se diera una

vinculación estrecha -formal e informal- entre los funcionarios del Ministerio y los participantes.

Selección y convocatoria de los participantes en los foros de consulta

Los criterios de selección de los participantes en los foros fueron establecidos entre las autoridades del Ministerio de Salud y la coordinación del equipo técnico de elaboración del PNS. Para los foros nacionales, se decidió convocar a todos los actores sociales, políticos, de entidades públicas y de organizaciones que tuvieran representación nacional, que representaran la diversidad de ideologías presentes en el país y que tuvieran distintas formas de influir en el sector salud. Fue evidente el interés de las autoridades por la participación de alcaldes, periodistas, jóvenes, organizaciones de mujeres, sindicatos del sector salud y gremios de profesionales. Para los foros Departamentales se hizo énfasis en que la selección de los actores se discutiera en los Consejos Departamentales de Salud, pero en la lista debían estar incluidos los alcaldes y organizaciones de base.

Se estableció que cada foro se organizaría con la participación de unos setenta participantes y se decidió que la convocatoria fuera hecha por el Ministro de Salud, con cartas a nombre propio, enviada desde la Dirección General de Planificación del Ministerio para el caso de los foros nacionales y desde las oficinas de los Directores de SILAIS en el caso de los foros Departamentales y regionales.

Esta modalidad de convocatoria no excluía otras a través de los medios de comunicación social, tanto nacionales como locales. La oficina de divulgación y prensa del Ministerio de Salud preparó una campaña de comunicación para dar cobertura periodística diaria al proceso de consulta nacional a través de un canal de televisión.

Coordinación y logística de los foros en los niveles Departamental y regional

La coordinación del equipo técnico de elaboración del PNS convocó a través del Ministerio de Salud a una reunión con los directores de los Sistemas Locales de Atención Integral de Salud (SILAIS) de todo el país, con el fin de organizar los foros Departamentales y regionales. En esa reunión se establecieron las condiciones básicas del desarrollo de los foros: 1) Convocatoria a los foros departamentales a cargo de los directores de SILAIS, con carta del Ministro de Salud, una vez que los directores enviaran las listas de participantes; 2) Selección de local que permitiera las mejores condiciones para el desarrollo del evento; 3) Reservación de los

equipos de informática a utilizar en los foros; 4) Cálculo y envío de los estimados de gastos del evento y 5) cronograma de realización de los foros y los mecanismos básicos para asegurar la participación de los invitados.

Se acordó con los directores de SILAIS que, para facilitar la discusión y la identificación de problemas y prioridades locales, ellos harían presentaciones complementarias sobre la situación de salud particular de cada SILAIS.

Desde la Dirección General de Planificación del Ministerio de Salud se organizó un grupo de apoyo logístico a todo el desarrollo del proceso de consulta, que incluyó: 1) Convocatoria a los participantes en los foros; 2) Preparación de los materiales a ser utilizados; 3) Acopio de los equipos de informática y audiovisuales necesarios; 4) Medios de transporte del personal técnico que se desplazaría a los foros; 5) Contratación de los locales donde tuvieran lugar los foros nacionales y 6) Material fungible a utilizar durante la consulta.

Los foros fueron financiados a través del Programa de Modernización de Servicios de Salud, el que también destinó algunos técnicos para que acompañaran el proceso de forma permanente. A pesar de ello, una de las dificultades que no logró resolverse en la etapa preparatoria fue asegurar el envío oportuno de las invitaciones a los participantes de los foros, lo que influyó en que en muchos casos los documentos no llegaran a tiempo a sus destinatarios.

Foros nacionales

Sobre la base de la propuesta de procedimiento de consulta presentada por el equipo técnico, se realizaron catorce foros de carácter nacional. Los foros nacionales se desarrollaron en un hotel de Managua. Un elemento que facilitó la participación fue que la mayor parte de los participantes tienen su sede en la capital. Durante el desarrollo de los primeros foros de consulta nacional surgieron propuestas concretas de incorporación de nuevos actores y nuevos foros, lo que al final amplió el espectro de participación en la consulta nacional.

Consulta a instancias especializadas

El documento base del PNS se discutió en tres comisiones especializadas en temas de salud: el Consejo Nacional de Protección y Atención Integral a la Niñez y la Adolescencia (CONAPINA), La Comisión de Salud Mental y antidroga, y la Comisión de seguridad alimentaria, lactancia materna y micronutrientes, las que, por su naturaleza, reúnen actores nacionales de entidades públicas y de la sociedad civil. No se convocó a todas las comisiones dado que muchos de sus miembros formaban también parte del Consejo

Nacional de Salud o de la mesa sectorial que se organizó para el diseño del plan. Las comisiones que participaron en la consulta siguieron el procedimiento utilizado en los foros, combinado con modalidades que ellos establecieron, de modo tal que, antes de concluir el proceso formal de consulta, pudieron presentar sus observaciones específicas sobre el PNS.

Foros Departamentales y regionales

Se organizaron quince foros de carácter Departamental y tres foros en las regiones autónomas del Atlántico. En los foros Departamentales y regionales participaron actores con representación en cada Departamento o región, tanto de entidades de gobierno como de organismos no gubernamentales y de la sociedad civil. A diferencia de los foros nacionales, la consulta incluyó la discusión de la situación de salud de cada Departamento o región como elemento de base para el análisis del documento base del PNS. Esto permitió que la discusión no sólo incluyera el nivel nacional, sino también los asuntos particulares de cada Departamento, incluyendo situaciones específicas de algunos municipios que, por su importancia, se los señaló específicamente para que no quedaran excluidos de los contenidos del PNS.

En el caso de las regiones del Atlántico norte y sur, durante el proceso de la consulta los gobiernos regionales decidieron diseñar una propuesta conjunta bajo la conducción de sus comisiones de salud que recogiera los aspectos comunes de ambas regiones, para luego ser presentada a las autoridades nacionales del Ministerio de Salud. De este modo se inició un análisis paralelo más detallado de la situación de las regiones del Atlántico norte y sur desde la perspectiva de sus actores locales, lo que concluyó en una propuesta concreta de acciones e intervenciones que fue incorporada al PNS.

Los foros Departamentales y regionales se dieron, en general, en espacios públicos (hoteles, centros de convenciones, restaurantes, etc.), que fueron seleccionados por las autoridades de los SILAIS por reunir las condiciones establecidas en el diseño del proceso. En general los asistentes contaban con la autorización de sus entidades u organizaciones para ausentarse de sus lugares de trabajo, ya que los foros se realizaron en días laborables y durante el día. Los delegados de las entidades de gobierno tenían además orientaciones precisas de participar de parte de la Presidencia. A los funcionarios de salud que asistieron los foros Departamentales y regionales se les financió el transporte y a los agentes comunitarios y líderes de organizaciones de base, en general, se les facilitó transporte a través de los medios del Ministerio de Salud con el fin de asegurar su asistencia a los foros. A todos los asistentes

a los foros, además de asegurarles los materiales utilizados, se les financió la alimentación, ya que las actividades duraron más de seis horas en promedio.

Consulta entre los funcionarios del Ministerio de salud.

Aún cuando los funcionarios del Ministerio de Salud tuvieron la oportunidad de participar en los distintos foros que se organizaron para la consulta del documento base del PNS, también se realizaron dos sesiones de consulta del documento en Managua en las que participaron funcionarios de la sede central, pertenecientes a las distintas Direcciones y Programas del nivel central del Ministerio así como de los SILAIS. Estas sesiones se realizaron al final del proceso de consulta, después que los foros locales, departamentales y nacionales ya se habían realizado. Durante la primera sesión se discutió la primera versión del documento base y en la segunda se puso a consideración la versión del documento en la que se habían incorporado las sugerencias, aportes y recomendaciones surgidos de toda la consulta. De esta última sesión, se obtuvo una nueva batería de recomendaciones y sugerencias hechas por los funcionarios del Ministerio de Salud, que al final fueron incorporadas en el documento final del Plan Nacional de Salud 2004-2015.

Consulta con la mesa sectorial, Consejo Nacional de Salud y Comité Asesor

Luego de concluido el proceso de consulta del PNS a nivel nacional y territorial, y entre los funcionarios del Ministerio de Salud, se presentó la nueva versión del documento base -producto del proceso de consulta- tanto a la mesa sectorial como al Consejo Nacional de Salud y al Comité Asesor del Ministro de Salud. Se utilizó el mismo procedimiento general de trabajo de grupos para la revisión y análisis de los documentos, la discusión y el planteamiento de recomendaciones. Los participantes a las sesiones de trabajo enviaron posteriormente aportes más precisos, por correo electrónico, a la coordinación del equipo técnico de elaboración del Plan.

De esta última ronda de consultas surgieron nuevas recomendaciones, tanto sobre contenidos como sobre forma, que fueron recogidas por el equipo técnico de elaboración del Plan, e incorporados a la versión final de PNS.

7.3 ANÁLISIS DEL PROCESO DE DIÁLOGO SOCIAL REALIZADO

Los registros de los foros realizados durante los cuarenta y cinco días que duró la consulta del PNS, muestran que se logró realizar catorce foros nacionales, quince departamentales, tres regionales y tres foros con Comisiones especializadas en el campo de salud. En dichos foros se logró la participación de un total de 1,586 personas, de los cuales 592 eran actores de ámbito nacional y 994 representaban territorios, ya sea de Departamentos, Regiones Autónomas o Municipios.

De acuerdo a lo previsto en la planificación de los foros y comparando con la participación alcanzada, se puede afirmar que, desde el punto de vista cuantitativo, se logró un porcentaje razonable de asistentes⁶⁸. En los foros nacionales fue aproximadamente del 50 por ciento previsto y en los foros departamentales cerca del 86 por ciento. Claramente fue mejor el promedio de asistencia en los foros Departamentales -60 personas por foro- que en los nacionales -34 participantes por cada foro-.

Los foros nacionales fueron convocados agrupando a los participantes por criterios de identidad (profesionales, sindicatos, mujeres, jóvenes, etc.). En ellos se logró la participación de los principales actores vinculados con el sector salud (profesionales, sindicatos, entidades formadoras, jóvenes, mujeres, representaciones del Consejo nacional de salud, entidades de gobierno y no gubernamentales, etc.). Uno de los foros menos concurridos fue el de los partidos políticos, a pesar de que se cambió la fecha original para facilitar la participación. De hecho, sólo hubo participación de cinco grupos políticos, entre ellos las dos fuerzas políticas más importantes del país. La participación de los partidos políticos se dio a través de cuadros intermedios (algunos diputados), con un diferenciado nivel de experiencia en el campo de salud y en general llegaron más a informarse que a hacer propuestas concretas.

En el caso del Consejo Nacional de Salud, la mayoría de sus miembros participaron en el proceso de consulta. Esto es importante porque el Consejo tiene una participación plural de actores sociales y de

68 Se previó que participaran entre 60 y 70 personas en cada uno de los foros programados, de acuerdo a los registros de las invitaciones hechas por la dirección general de planificación del ministerio de salud.

entidades públicas⁶⁹ y en él están representados los principales movimientos sociales y comunitarios que participan en el desarrollo de las acciones de salud así como otros liderazgos en el campo de salud (profesionales, dirigentes sindicales, sector privado, usuarios, etc.), lo que en su conjunto es una muestra amplia del pensamiento nacional de la población en salud.

La consulta en los foros nacionales permitió la discusión con actores específicos, lo que permitió conocer puntos de vista también específicos de acuerdo a intereses más corporativos. Por ejemplo, los sindicatos del sector salud enviaron a 27 dirigentes sindicales representantes de los casi 24,000 trabajadores del sector. De igual manera, participaron 58 representantes de ONGs y los participantes trajeron al debate los puntos de vista de sus organizaciones.

Se contó además con la participación de 43 jóvenes que representaban a las tres corrientes más importantes en el país incluyendo la Secretaría de la Juventud del gobierno, la cual previamente había convocado a un encuentro para discutir su problemática, con el fin de presentarla de manera uniforme en el foro que se dedicó a la juventud. Entre las entidades de gobierno, se logró la participación de todas aquellas pertenecientes al sector salud, representadas por 30 personas y aunque no todos los participantes tenían cargos directivos, trajeron aportes concretos a la discusión de la PNS.

Respecto de las entidades formadoras, se logró la participación de las principales universidades públicas, lo que se concretó con la presencia de Rectores de Universidades, Decanos de las Facultades de Medicina y representantes de los profesores de dichas entidades. Cosa similar ocurrió con la representación de los gremios de profesionales de la salud que, en general, se organizan en asociaciones nacionales con representación en cada departamento. Destacada participación tuvo la Asociación de Enfermeras de Nicaragua, que no sólo tuvo una presencia constante, sino que sus aportes fueron elaborados por una comisión que fue formada para tal efecto.

En el caso de las organizaciones de mujeres, en la sesión prevista en el cronograma inicial algunas líderes de los movimientos nacionales y representantes de ONGs que laboran con mujeres, consideraron que las 26 participantes en el encuentro no representaban al movimiento en

69 Según la Ley General de Salud en artículo 10 señala los actores que son parte del Consejo Nacional de Salud además del Ministerio de Salud: Ministerio de Educación Cultura y Deportes, Instituto nicaragüense de seguridad social, Ministerio de Recursos Naturales y del Ambiente, Ministerio de Trabajo, Consejo Nacional de Universidades, Asociación nacional de municipios, Comisión de salud de la Asamblea Nacional, Ejército de Nicaragua, Policía nacional, Un delegado de cada organización comunal, Un delegado de cada organización sindical del sector salud, Un delegado de las asociaciones médicas, Un delegado del Colegio de enfermeras, Un delegado de los consejos Regionales del Atlántico, Otros que el MINSA considere oportuno.

su conjunto, por lo que presentaron la moción de hacer una segunda convocatoria con el fin de asegurar la presencia de un mayor número de organizaciones. El Ministerio de Salud accedió a la propuesta y se realizó una segunda convocatoria, a la que asistieron nuevas organizaciones. En el foro de periodistas por su parte, se contó con aproximadamente un 5 por ciento de los periodistas del país; de los asistentes, más del cincuenta por ciento eran de los principales medios de noticias de la capital y los demás Departamentos próximos a Managua.

En cuanto a la participación de Alcaldes, se contó con la presencia de una tercera parte de las alcaldías del país –es importante notar que no se les financió el viaje-. De las alcaldías que no llegaron por razones de distancia y tiempo, una buena parte participaron en los foros Departamentales.

Por su parte, las Comisiones Nacionales que fueron seleccionadas para ser consultadas se caracterizaban por contar con una participación plural de actores sociales e institucionales gubernamentales y no gubernamentales lo que amplió el espectro de participación de la sociedad, aunque como Comisión se dedican a la atención de temas específicos. Su participación en la consulta implicó tener representados otros actores con amplia experiencia en el seguimiento a problemas prioritarios de salud en el país, lo que enriqueció la percepción que de ellos tenía el Ministerio de Salud.

Los grandes ausentes por parte del sector público fueron los funcionarios del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Ministerio de Economía, a pesar de su importancia para el funcionamiento del sector salud. En cambio, fue sistemática la presencia del ejército, la policía nacional, el Seguro Social y el sector privado que le brinda servicios, que participaron a través de la Cámara de Empresas Médicas Previsionales.

En relación a las agencias de cooperación internacional, en la Comisión Interagencial de Apoyo al Sector Salud (CIASS) y en su posterior integración en la mesa sectorial la participación de los delegados fue sistemática, siendo el perfil de los participantes el de funcionarios de nivel intermedio (aunque en algunos casos se contó con la participación de los representantes de país como el caso de PNUD y la OPS). Su participación no fue de carácter técnico, sino con la visión y las políticas de sus organizaciones, lo que permitió avanzar rápidamente en algunos consensos sobre las proposiciones que hicieron en conjunto.

Se puede concluir que en los foros nacionales se contó con una muestra representativa de los principales actores sociales, gubernamentales y políticos que se vinculan con el sector salud en el nivel de las autoridades nacionales.

Debe destacarse que en este proceso no se contó con la participación masiva de actores vinculados al sector productivo (tanto empresarial como sindical o cooperativo), lo cual se debió a las posibilidades materiales del proceso de consulta y la decisión que se tomó en cuanto su extensión, tanto entre los actores sociales como en lo que respecta al tiempo efectivo en que debía realizarse la consulta. También debe señalarse que no se contó con la participación algunos proveedores de servicios privados relacionados con la salud, tales como los que brindan servicios diagnósticos o terapéuticos o los de seguros privados.

En el caso de los foros en el nivel Departamental y regional, fue mayor la participación de personal de salud (52 por ciento), que la de representantes de la sociedad civil (20 por ciento), organismos no gubernamentales (8.4 por ciento), alcaldías (7.5 por ciento) y representantes de las entidades gubernamentales que laboran en los territorios (11.4 por ciento). Aunque se esperaba una mayor participación de la sociedad civil es necesario reconocer que, siendo la primera experiencia de esta naturaleza en el país, marca un hito en materia de participación social en estos procesos. La participación de la sociedad civil fue, en su mayoría, mediante miembros de Consejos Departamentales de salud o de los Consejos de Desarrollo que, en general, son líderes de movimientos sociales (Movimiento Comunal o Juntas Comunitarias de Promoción Social), agrupaciones de mujeres o de jóvenes. Esto se complementó con la participación de las 75 personas que, en representación de las alcaldías, estuvieron en los foros Departamentales y regionales.

Debido a que la mayor parte de las entidades públicas tienen expresión en el ámbito territorial, la participación de 114 funcionarios en los foros Departamentales ofreció la oportunidad de que se presentara el punto de vista de dichas entidades desde el nivel local, lo que permitió complementar la participación de los funcionarios de las sedes centrales. En cuanto a las ONGs, se contó la participación de las expresiones locales de ONGs internacionales que tienen sede central en Managua y de ONGs nacionales que sólo tienen expresión en el nivel local.

Los gremios de profesionales y entidades formadoras no participaron masivamente en los foros Departamentales porque muchos de ellos sólo tienen expresión nacional o en algunos casos sólo existen en algunos departamentos del país. Otra debilidad que tuvo la consulta en los Departamentos y regiones del Atlántico, fue la no participación de los sectores productivos locales o el sector privado en sus diversas expresiones, incluyendo los proveedores de servicios de salud.

Los Departamentos del norte del país y las regiones autónomas del Atlántico lograron la participación de agentes comunitarios, así como también la participación de concejales de sus municipios, por lo que la consulta logró llegar hasta niveles muy operativos. La presencia de funcionarios del INSS en los foros Departamentales fue baja dado que la representación de esa entidad es principalmente de nivel nacional y sus funcionarios tenían orientaciones de participar en los Departamentos donde el INSS realmente opera.

Se puede concluir que la participación en los foros Departamentales y regionales fue amplia representando a la población del país que más se vincula con el sector salud, aunque no se logró que participaran en todo el país de representantes de los agentes comunitarios (parteras, brigadistas, etc.) que desarrollan acciones directas en beneficio de la población.

En lo que respecta a la consulta entre el personal de salud, ésta convocó la participación de ciento ocho funcionarios de la sede central del Ministerio de Salud y las estructuras funcionales de los SILAIS; participaron diecisiete directores de los SILAIS y 34 directores de los hospitales del país y centros especializados, a los que debe agregarse los 521 funcionarios de base que participaron en los foros departamentales y regionales. Sobre la representatividad de la participación del personal de salud en la consulta, se puede afirmar que el 2.7 por ciento del personal contratado en el Ministerio de salud fue consultado. Entre los consultados, una cuarta parte eran responsables de decisiones en el nivel nacional e intermedio y tres cuartas partes de los participantes eran técnicos y profesionales que laboran directamente en los servicios de salud. Esto da una idea que la consulta fue equilibrada respecto a los distintos niveles de toma de decisiones.

A pesar que se previó cobertura de los foros por los medios de comunicación, no se logró en la dimensión que era necesario dada la importancia de la consulta. La consulta fue cubierta por un canal de televisión de cobertura local en Managua, algunos resúmenes en los dos diarios nacionales y comentarios en algunos radioperiódicos.

En las cabeceras departamentales, las redes televisivas locales hicieron reportajes sobre la consulta. Sin embargo, la televisión no es el medio de mejor cobertura en el interior del país, de modo que su cobertura posiblemente fue muy pequeña y el auditorio no fue el que hubiese mostrado mayor interés por la consulta y el deseo de presentar propuestas organizadas. Desde este punto de vista se desaprovechó una gran oportunidad de fortalecer la discusión sobre temas de salud en la población, lo cual hubiese influido en el fortalecimiento de la participación ciudadana en salud, que al final, era uno de los objetivos de la consulta.

7.4 LOGROS DEL PROCESO DE DIÁLOGO SOCIAL REALIZADO

Sobre el proceso de discusión en el diálogo

Los registros de la ejecución de los foros muestran que, en general, se cumplió la agenda prevista en todos los foros. Se realizó cien por ciento las fases informativas y de preparación de los participantes para el trabajo de grupos y el ochenta y cinco por ciento en lo que respecta a la revisión, análisis y discusión completa de los contenidos del documento base. En similar escala se hizo la identificación de proposiciones y las presentaciones de las síntesis de las proposiciones. En especial en los foros departamentales, se percibieron las dificultades de algunos grupos para conocer, analizar y discutir algunos temas que tenían un mayor nivel de especificidad para las entidades de salud.

Los objetivos del documento base que más analizaron los participantes en los foros de consulta fueron los relativos a la extensión de cobertura, la atención primaria, la gobernabilidad del sistema de salud y los recursos humanos. Presentaron un poco más de dificultades los objetivos sobre desempeño del sector salud y el sistema de salud, así como el relativo al incremento de la capacidad gerencial en las entidades del sector.

Algunos elementos que facilitaron el proceso de discusión fueron:

- Se favoreció un clima de armonía para el diálogo que fue factor importante para lograr que el proceso de análisis y discusión del documento base del PNS se realizara en el tiempo previsto. En ello tuvieron papel central la presencia y exposiciones de las autoridades del Ministerio de Salud.
- Con relación a la homogenización de visiones sobre la temática a tratar, la utilización de medios visuales y preparación gráfica de la información facilitó el compartir criterios sobre la visión de los problemas y propuestas presentadas.
- La flexibilidad del proceso permitió que los participantes percibieran que había interés de recibir las propuestas, de acuerdo a sus ritmos y complejidades, para armonizar sus ideas. De hecho, los imprevistos con los gobiernos regionales del Atlántico y el desarrollo de sus procesos particulares complementaron la expectativa nacional con relación a la consulta.

Propuestas surgidas del diálogo respecto del PNS

Las propuestas sustantivas que surgieron de la consulta fueron de dos tipos: relacionadas con la forma, estilo y manejo del documento y con los contenidos presentados en el documento base. Sobre las *propuestas de forma*, la mayoría se concentraron en aspectos de la presentación realizada por el equipo técnico de elaboración del Plan, así como del documento base y se las puede resumir de la siguiente manera:

- Homogenizar la información contenida en el documento con la que aparece en otros documentos oficiales.
- Utilizar criterios internacionales para la comparación de la información.
- Agregar información sobre la producción de los servicios privados y ONGs
- Complementar el análisis de situación con informaciones de otros sectores ligados a salud, especialmente respecto de los determinantes de salud.
- Describir con mayor claridad los resultados de la evaluación de la política 1997-2002, la inversión sanitaria, el uso y distribución de los recursos, el riesgo financiero, el abandono de algunos programas, etc.
- No usar conceptos que se puedan prestar a diversas interpretaciones y hacer un glosario de términos en el documento final.
- Adecuar la redacción al uso del enfoque de género y generacional, evitando emplear términos discriminatorios.
- Hacer lugar, en la redacción, a algunas situaciones y grupos para que no de la impresión que están excluidos.

Las *propuestas relativas a los contenidos* del documento base fueron las siguientes:

- Hacer explícito que la salud es un derecho y al mismo tiempo, hacer énfasis en la diversidad de elementos que debe tomarse en cuenta en la población para formular políticas y planes en salud.
- Establecer que es indispensable el enfoque de equidad en la formulación de las acciones a ser desarrolladas para enfrentar las desigualdades en la población.
- Fortalecer la participación social en la identificación de los problemas de salud, la selección de las prioridades y las acciones a ser desarrolladas. Lo anterior incluye tanto el desarrollo de los liderazgos de los actores en la sociedad civil, como el fortalecimiento de los vínculos entre la población y el estado, así como el desarrollo de las redes de agentes comunitarios.
- Hacer explícita la necesidad de utilizar diferentes enfoques (género, generacional, intercultural, etc.) que permitan reconocer las especificidades de todos y cada uno de los grupos de población (mujeres, jóvenes, varones, tercera edad, etc.)
- Prestar atención al enfoque intersectorial con que deben diseñarse las acciones y la participación de múltiples actores en la ejecución de las intervenciones en salud.
- Hacer explícito el papel del estado en las intervenciones que debe desarrollarse desde el Plan nacional de salud, lo que se debe manifestar en el ejercicio de las distintas funciones del sistema de salud, el rol que deben tener las entidades de gobierno, los gobiernos locales, organizaciones no gubernamentales y las distintas expresiones de la sociedad civil.
- Desarrollar intervenciones que tengan una visión integral de la salud y que abarquen al individuo, la familia y la comunidad, sin descuidar el medio ambiente en sus distintas dimensiones.
- Hacer énfasis en la mejora del acceso y la calidad de los servicios de salud asociado a un mayor grado de eficiencia de los servicios públicos de salud y una mayor regulación del ejercicio de las prácticas asistenciales de todos los proveedores de servicios.
- Buscar mayor eficiencia en el uso de los recursos procedentes de fuentes internacionales y precisar el papel que debe jugar la cooperación externa.

- Identificar mecanismos que hagan más gobernable el sistema de salud, al mismo tiempo que mejoren su capacidad de respuesta, especialmente para la atención de los grupos y territorios que históricamente han tenido altos niveles de exclusión social.
- Fortalecer los procesos de descentralización y mejora de la capacidad gerencial en los niveles locales, incluyendo la mejora de la calidad de la participación de los actores locales en las acciones de salud.
- Afirmar importancia que debe darse al desarrollo de los recursos humanos para el sistema de salud, el papel que deben de jugar en este proceso las entidades formadoras, los mecanismos de gestión y sobre todo, aquellos que estimulen al ejercicio de prácticas eficaces y efectivas.
- Asegurar la concreción de modelos de atención que se correspondan con las realidades concretas de la población en cada territorio, especialmente en casos como el de las regiones autónomas del Atlántico.

En general, los planteamientos surgidos de la consulta no modificaron el sentido y dirección de los ejes propuestos en el documento base del Plan. Por el contrario, los aportes permitieron establecer ejes transversales más precisos (el derecho a la salud, el enfoque de equidad, la participación social, etc.), que permitieron afinar el diseño original que se llevó a la consulta.

Sin embargo, también se plantearon contradicciones entre los diversos actores participantes y con la propuesta inicial presentada en el documento base del Plan. Algunas de esas contradicciones se señalan a continuación en el orden en que parecen ser más sensibles para los actores sociales:

- *La gratuidad de los medicamentos*; en general, la mayor parte de actores de la sociedad civil coinciden en la necesidad que el sector público garantice medicamentos gratuitos a la población, al menos para los problemas prevalentes. Sin embargo, el sector privado farmacéutico se opone a la idea, incluyendo al desarrollo de farmacias comunitarias que distribuyan productos de carácter genérico.
- *La mejora de los salarios del personal del sector público*; en ello hubo coincidencia entre los sindicatos, alcaldes y organizaciones de base, para quienes es un asunto crítico que afecta a la disponibilidad

de personal en las zonas del interior del país o la calidad del personal existente.

- *El desarrollo de acciones de salud sexual y reproductiva* que atiendan a la realidad sociocultural del país; que no tomen sólo a la mujer como el objeto de sus contenidos sino que involucren al varón, que no discriminen por preferencia sexual, que se contemple la posibilidad de despenalizar el aborto en ciertas circunstancias, etc. fue un tema polémico en muchos de los foros
- *La necesidad que el Estado asigne más recursos al sector público* fue otro aspecto polémico en los foros, especialmente en el sentido que el Estado debe responsabilizarse no sólo de acciones de salud pública, sino que también de acciones que aseguren la atención individual.
- *Controlar la calidad de los servicios que se ofrece desde las empresas médicas previsionales*⁷⁰ que atienden a los asegurados; así como el hecho que se reconoce que la canasta básica del seguro es limitada y que, al mismo tiempo, la atención que se brinda a la seguridad social es subsidiada con los recursos públicos, fueron temas de discusión fuertemente debatidos.

En el caso específico de la propuesta presentada por las regiones autónomas del Atlántico, sus contenidos llegaron a precisar aún más las intervenciones propuestas inicialmente en el documento base para atender a su población, reorientándolas con un enfoque intercultural más preciso, lo que otorga mayor potencia de diseño a las acciones seleccionadas. De hecho, su incorporación al documento final del plan sólo requirió pequeños ajustes formales que permitieran mantener la coherencia del plan nacional. Sin embargo, se negoció con los miembros de las comisiones de salud de ambas regiones la forma en que aparecería en el documento final del plan.

El documento definitivo del Plan Nacional de Salud

Las propuestas presentadas en los foros nacionales, departamentales y regionales se volcaron en matrices que se diseñaron en el programa Excel, con el fin de hacer un ordenamiento de las propuestas por objetivos y actores sociales en cada foro que se realizó en el país. Paralelamente, un equipo secretarial hizo transcripciones textuales de las grabaciones que se recogieron en cada uno de los foros realizados. Las transcripciones

⁷⁰ Las empresas médicas previsionales, son servicios privados o públicos que se organizan para venderle servicios al Instituto nicaragüense de seguridad social que en Nicaragua no tiene servicios propios.

fueron revisadas por un equipo técnico con mucha experiencia en el dominio de técnicas de sistematización, lo que permitió depurar las transcripciones realizadas por el equipo secretarial. Con este material listo, se procedió a enriquecer las transcripciones iniciales hechas desde los grandes papeles, llegando a tener una segunda versión de las propuestas presentadas en cada foro, para cada objetivo y por parte de cada actor. Finalmente, se diseñó una última matriz para cada objetivo del PNS, en la que se vaciaron las recomendaciones hechas, por un lado por cada actor y por otro, para cada lineamiento, estrategias, intervenciones, plazos y responsables propuestos en el documento base del plan.

Este proceso permitió tener una visión de las propuestas presentadas tanto en los foros nacionales como en los departamentales y regionales; 1) por cada objetivo y por los distintos actores, 2) para cada objetivo y en relación a los lineamientos, estrategias, intervenciones, plazos, responsables, etc. [esto permite distinguir entre lo que tiene dimensión nacional y lo que se corresponde con niveles departamentales o locales y además entre los que son de corto, mediano y largo plazo], 3) por probabilidad de ser aplicadas según las políticas, prioridades y recursos previstos en el PNS.

La incorporación de las propuestas surgidas de la consulta para elaborar el documento definitivo requirió del establecimiento de criterios técnicos que permitieran seleccionarlas para mantener la coherencia interna y externa del plan. Para ello se aplicaron los siguientes criterios: 1) pertinencia y consistencia; 2) correspondencia con las prioridades seleccionadas para el plan y 3) idoneidad para ser parte del documento definitivo, o para ser incorporadas en los planes de mediano plazo del Ministerio de Salud. Establecidos los criterios de selección de las proposiciones recogidas en la consulta, se procedió a identificar las que serían incluidas en el PNS.

De las setenta y tres proposiciones presentadas en la consulta, 43 (59 por ciento) fueron incorporadas directamente al documento final; 16 (22 por ciento) fueron incorporadas parcialmente, lo que implicó en general su ajuste al documento original; 12 (16.4 por ciento) fueron identificadas como propuestas que debían ser incorporadas en los planes de mediano plazo y solamente 2 (2.8 por ciento) no fueron incorporadas en el documento final. En este último caso, una se refería al tema de la gratuidad de los medicamentos y otra al tema de las revisiones e incrementos salariales de los trabajadores de la salud.

Con respecto a las proposiciones que, por su grado de especificidad, fueron consideradas para ser parte de planes operativos, se las dejó tal cual fueron presentadas para su revisión posterior. En la formalización del documento

final se hizo un cambio con respecto a la estructura del documento de base, quedando organizado en sólo cinco objetivos (el documento base tenía siete), que se describen a continuación y que corresponden al documento oficial publicado por el Ministerio de Salud:

- Incrementar la calidad y el acceso a los servicios y acciones de salud de acuerdo con el Modelo de Atención Integral en Salud
- Fortalecer las acciones intersectoriales para la promoción, prevención y protección de la salud de las personas, las familias, comunidades y medio ambiente a través de la estrategia de Atención primaria en salud, especialmente la niñez, las mujeres en edad fértil, adolescentes, jóvenes, personas adultas y personas con discapacidad.
- Mejorar la gobernabilidad del sector salud fortaleciendo la rectoría del Ministerio de Salud, participación interinstitucional y ciudadana, enfatizando en la participación de las comunidades étnicas y los pueblos indígenas, con equidad de género y generacional.
- Profundizar los procesos de reforma en el Sistema Nacional de Salud con el fin de mejorar su eficacia, eficiencia y efectividad.
- Aplicar estrategias innovadoras en salud en las regiones autónomas de la Costa Atlántica nicaragüense.

Esta nueva estructura obligó a un ordenamiento técnico de las estrategias e intervenciones con relación a la presentación que tenían en el documento base, lo que implicó sintetizar, reagrupar o reacomodarlas en las matrices originales (la forma se conservó). Concluido el proceso de incorporación de los aportes surgidos en la consulta, el equipo técnico de elaboración del PNS procedió a la conclusión del documento definitivo. Ésta versión fue discutida entre el equipo técnico de elaboración del plan y una misión de la OPS que fue solicitada por el Ministro de Salud, quien quería tener una opinión externa sobre el documento definitivo. Dicha misión revisó el documento, discutió en detalle la lógica del mismo, presentó sus comentarios y posteriormente se entrevistó con el Ministro para presentarle sus comentarios y conclusiones sobre la versión final.

La versión no editada del documento final fue presentada ante las instancias nacionales de consulta (Consejo nacional de salud, Comisión interagencial de apoyo al sector salud y el comité Asesor). Durante las presentaciones, que consistieron en la entrega del documento definitivo y una presentación resumida, algunos actores (especialmente las organizaciones

de mujeres), tuvieron la impresión que sus propuestas habían sido excluidas del documento final, lo condujo a que se aclarara el procedimiento técnico y a ratificar el compromiso institucional de incorporar los aportes muy específicos en los planes de mediano y corto plazo. Se entregó la versión electrónica del documento para que los actores tuvieran la oportunidad de revisarla e hicieran sus comentarios definitivos sobre el propio documento y se les dio un plazo prudencial para que las enviaran a la coordinación del PNS. Al mismo tiempo se establecieron canales de comunicación entre el equipo técnico de elaboración del plan y las entidades y las organizaciones de la sociedad civil, para que estas pudieran enviar todos los comentarios que consideraran pertinentes a la versión del documento presentada.

Se recibieron nuevas sugerencias sobre documento presentado, además de varios documentos con sugerencias de mayor detalle, entre los que se destacó el que presentó la representante de la coordinadora civil⁷¹, por sus aportes en relación a temas como la gratuidad, el financiamiento del sector, el enfoque de género, etc. Estos nuevos aportes fueron analizados por el equipo técnico de elaboración del plan e incorporados al documento final, que pasó a su etapa de edición final una vez que fue aprobado por el Ministro de Salud. Durante esta etapa se hizo una presentación especial al gabinete social de gobierno, cuyos miembros analizaron y revisaron el plan a la luz de su coherencia con el PND y la política de protección social de gobierno. Sus comentarios fueron positivos respecto del PNS.

Concluida la etapa de edición definitiva, el 6 de septiembre de 2004 el documento definitivo del PNS 2004-2015 fue presentado por el Presidente de la República a la nación, en un acto público en el que participaron más de tres mil personas entre agentes comunitarios, representaciones de organizaciones de la sociedad civil (ONGs, asociaciones, gremios, etc.), así como funcionarios de gobierno y de la organizaciones de cooperación internacional.

7.5 LECCIONES APRENDIDAS, CONCLUSIONES RECOMENDACIONES

7.5.1 LECCIONES APRENDIDAS

- El desarrollo de procesos de diálogo social requiere de un grado importante de liderazgo institucional que, con visión política, oriente su curso y sea capaz de mediar las contradicciones que puedan existir entre las prácticas de las entidades y la dinámica

⁷¹ En la coordinadora civil se agrupa la mayor parte movimientos sociales, organizaciones sindicales, así como las ONGs que trabajan en el país. En la actualidad está representada por una delegada de una ONG que labora en el sector salud.

de los actores de la sociedad civil que, en general, responden a intereses específicos.

➤ Debe darse un alto grado de importancia a los aspectos de la representatividad de los actores en los procesos de diálogo social, con el fin de asegurar que refleje el sentir de la sociedad, especialmente en situaciones donde la apertura democrática no tiene plenamente establecidos los canales de comunicación y las instancias de construcción de una visión colectiva del desarrollo y la selección de las mejores formas de intervención.

➤ Es necesario desarrollar la capacidad de negociación y flexibilización de los mecanismos de comunicación entre los distintos actores que influyen en el sector salud, de modo que pueda darse un intercambio efectivo de visiones sobre temas tan complejos como los relacionados con la salud.

➤ El diseño de los procesos de diálogo social debe estar de acuerdo con la dimensión de los temas en cuestión, de manera que se puedan coordinar los períodos de tiempos políticos, con los plazos técnicos de formulación y aprobación de las propuestas presentadas.

➤ La flexibilidad en el manejo de los procesos de diálogo social debe ser una característica de los conductores técnicos de estos procesos, así como su capacidad de reconocer las brechas y obstáculos que puedan surgir como producto de la emergencia de conflictos que subyacen a las relaciones contradictorias entre el estado y algunos sectores de la sociedad.

➤ Los procesos de diálogo social deben contar con apoyo y capacidad técnica para hacer seguimiento del desarrollo de sus actividades, de manera que pueda tomarse decisiones y ajustarlos en el tiempo y el espacio, asegurando al mismo tiempo la solución de los conflictos que surjan en el camino.

De la experiencia del proceso de realización de los foros de consulta se pueden señalar una serie de limitaciones en su eficacia de la siguiente manera:

- ✓ Con respecto a la convocatoria, una buena parte de los participantes del diálogo social señalaron que se hizo en tiempo muy estrecho, lo que dificultó la asistencia de actores que, de manera sistemática participan en las discusiones sobre las acciones en salud.

- ✓ Sobre la representatividad de los participantes a los foros, las mujeres y los jóvenes señalaron su preocupación sobre la posibilidad de no estar adecuadamente representados mediante los asistentes a los foros ya que debiera haber mayor asistencia de los miembros de los organismos de base.
- ✓ Con respecto a la oportunidad de la información (contar con el documento base del plan), este no estuvo a disposición de los actores participantes en el diálogo sino hasta el momento de la ejecución de los foros, de modo que no hubo revisión previa y exhaustiva del documento en el seno de las organizaciones que representaban, lo que hubiese recogido una visión y posición de las organizaciones en su conjunto.
- ✓ Sobre el tiempo previsto para el desarrollo de los foros, resultó claro que, en general, no hubo correspondencia entre la dimensión de los contenidos del documento base y el tiempo previsto para su revisión, discusión y análisis por parte de los participantes en los foros. Sin embargo, también debe señalarse que los participantes difícilmente estaban dispuestos a permanecer mayor tiempo por tener otros compromisos.
- ✓ Sobre la claridad de la información presentada en el documento de base, el lenguaje técnico, la especificidad del contenido de las intervenciones que se desarrollan en los servicios de salud y la diversidad de interpretaciones sobre los contenidos expresados en el documento, crearon algunas dificultades para comprender las propuestas presentadas en el documento.
- ✓ Sobre las limitaciones del procedimiento utilizado con relación a una discusión de fondo sobre los temas de salud, fue evidente que, si bien es cierto que el procedimiento desarrollado en los foros ordenó su desarrollo, no facilitó un proceso de intercambio de opiniones entre los actores participantes, especialmente porque tuvo que hacerse análisis especializado del documento base para poder ser cubierto en los tiempos previstos.
- ✓ Sobre la disposición a recibir más aportes, de los foros surgió la necesidad de ampliar el período de tiempo para recibir más aportes. Sin embargo, esto no se acompañó de un proceso

de retroalimentación con los aportes que surgieron de los foros realizados.

✓ Sobre la organización de la consulta, en general, con relación a los cronogramas y los horarios, algunas organizaciones señalaron que los tiempos y cronogramas para el diálogo, si bien ordenaban el proceso, no se correspondían con los tiempos y posibilidades de las organizaciones de base para reunirse puesto que, en general, trabajan con mayor flexibilidad por las múltiples ocupaciones de sus miembros.

7.5.2 CONCLUSIONES

- El hecho que en el país existe una correlación de fuerzas políticas y sociales favorable a enfrentar los problemas sociales ha sido favorable al desarrollo de un diálogo social en salud que sirviera de base para el diseño del Plan Nacional de Salud 2004-2015.
- Independientemente de las razones por las que el gobierno haya impulsado el dialogo social como base para el diseño de un plan de salud, su liderazgo fue importante para que éste fuera exitoso.
- Aunque no se logró un compromiso explícito de las fuerzas políticas alrededor del PNS 2004-2015, si se logro contar con una participación amplia, tanto de las entidades y organizaciones del sector salud como de sectores importantes de la sociedad civil, cuya participación se refleja en los contenidos del PNS.
- El proceso de consulta desarrollado para el diseño del Plan permitió un acercamiento entre las posiciones de los diferentes actores que influyen en el sector salud con relación a la visión de la salud y las intervenciones que se requieren para su mejora, y también mostró las limitaciones que tiene el Estado en el manejo de estos procesos y la necesidad de fortalecer su vinculación sistemática con la sociedad civil.
- El proceso participativo de consulta utilizado en el diseño del Plan permitió que tanto las entidades estatales que tienen influencia en el sector salud como las agencias de cooperación bilaterales y multilaterales se comprometieran al apoyo y la búsqueda de mecanismos de sostenibilidad del Plan
- Las propuestas que surgieron de la consulta del documento base del Plan lograron que el diseño original trascendiera la visión tradicional

de las entidades del sector y se introdujera ejes de articulación y enfoques intersectoriales que, de llevarse a la práctica, tendrán un impacto positivo en los problemas sanitarios de país.

➤ Aunque el país cuenta con un expediente importante en los procesos de participación, aún requiere perfeccionar muchos procesos y prácticas en la sociedad de tal forma que se construya nuevos valores de convivencia y relación entre sus actores sociales e institucionales.

7.5.3 RECOMENDACIONES

1. La salud está definida como un derecho en la constitución del país y la Ley General de Salud establece mecanismos para hacerlo efectivo. El reglamento de la Ley general de salud en sus Artículos 10 y 11 entrega los elementos necesarios para promover la participación social y la concertación entre los actores. Se requiere desarrollar, desde el Ministerio de Salud, mecanismos de seguimiento al desarrollo del PNS que faciliten el compromiso entre los principales actores institucionales y sociales del sector salud a fin de asegurar su aplicación y sostenibilidad financiera en el largo plazo.
2. Es importante definir prioridades respecto de la participación ciudadana en las entidades del sector salud estipuladas por la ley, estableciendo los procedimientos necesarios para que la participación de l
3. Se requiere desarrollar procedimientos institucionales que permitan el acceso transparente a la información para que la participación social sea efectiva en los procesos de diseño, seguimiento, supervisión social y evaluación de políticas, planes y programas de salud.
4. Es indispensable desarrollar capacidades de liderazgo, negociación y comunicación entre los cuadros dirigentes del sistema de salud y los representantes de las organizaciones sociales que participan en la gestión del sistema de salud en todos sus niveles.
5. Es necesario convocar de manera permanente a las entidades, de gobierno y no gubernamentales para que faciliten la participación ciudadana en los distintos procesos y acciones que tienen consecuencias sobre la salud de la población.