

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

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, nº 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 Prosperi, 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.scielo.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-ersalud-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 (HIPCA), 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.



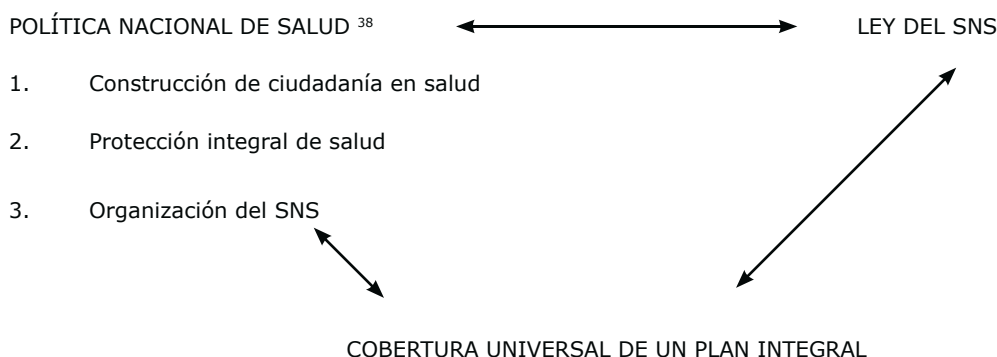
En el sector salud existe un importante movimiento participativo, principalmente sectorial, que en los últimos años ha aportado en propuestas de reforma del sector salud. En él se ha contado con la cooperación técnica de la OPS-OMS y del Comité Interagencial de apoyo a la reforma. El proceso ha tenido 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.

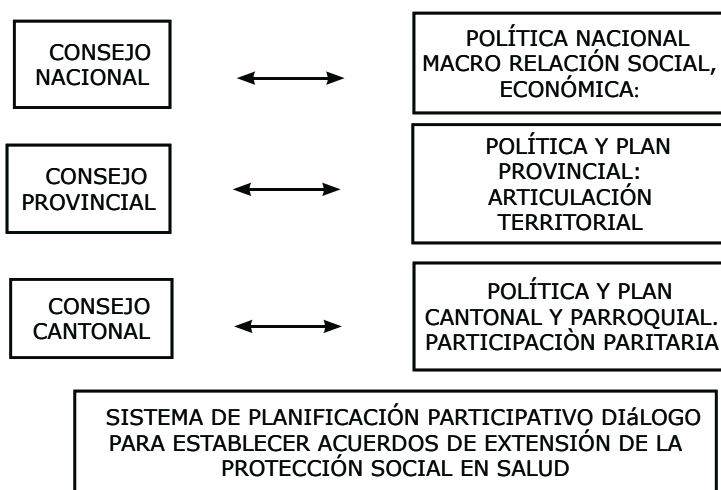
⁴¹ Artículo 14. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud del Ecuador, Quito Septiembre del 2002.

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 la 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 resolutoria 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 AECI, 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.



8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

ACUÑA, CECILIA. "Evolución y reforma de los sistemas de protección de salud en los países del mercosur y en Chile" www.fes.org.ar/Publicaciones/serie_prosur/Prosus_CeciliaAcunia.pdf;

ACUÑA, CECILIA. "Exclusión, protección social y el derecho a la salud", 2005. Disponible en: <http://www.lachsr.org/extension/pdf/exclus-dersalud-ceciacuna.pdf>

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;

BANCO CENTRAL DE NICARAGUA. *Punto de Culminación de la Iniciativa HIPC*, presentación oficial.

BANCO MUNDIAL. *World Development Report 2006. Equity and development*. Washington DC, 2005.

BORJA R. "El Proceso de Diálogo Social y Concertación en Ecuador 1992-2001". Documento OIT-Quito, 2001.

BUCHANAN, J. M. "An economic theory of clubs". *Economica*, 32, 1965.

CEBALLOS, MIGUEL. "La paz sobre la mesa". Centros de Estudios Latinoamericanos, Georgetown University, 1998;

CEPAL. " Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: la perspectiva en Latinoamérica y el Caribe". Santiago, Chile 2005.

CHONG, DENNIS. "Collective action and de civil Rights Movement". 1991 (APPES) American Politics and Political Economy Series.

ECUADOR. "Reglamento General a la Ley orgánica del sistema nacional de salud". Quito, enero de 2003.

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.

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.

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>

GONZÁLEZ, B. "La Experiencia reciente de Diálogo Social México," en *Coloquio Tripartito Subregional sobre Diálogo y Concertación Social*, OIT 1995.

GONZÁLEZ, F. "Colombia entre la guerra y la paz. Aproximaciones a una lectura geopolítica de la violencia colombiana" en *Revista venezolana de economía y ciencias sociales* 2002; 8(2):13-49.

JORDAN, BILL. "A theory of poverty and social exclusion, Investigación de Protección Social en Salud", MSPAS, OPS/OMS, GSD, 2002. Cambridge, 1996.

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

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>. Versión sintetizada de ese documento disponible en: <http://www.insp.mx/ichsri/espaf101/infor11.pdf>

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.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES DEL ECUADOR, "Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud del Ecuador", Quito Septiembre del 2002.

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).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, "Primary health care". Health for all series n°1 WHO, Ginebra 1978.

OPS/OMS, "Guía metodológica para la caracterización de la exclusión en salud". Washington DC, 2001.

OPS/OMS "Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe". Washington DC, 2003.

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

OPS/OMS, *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*, 2001-2004;

OPS/OMS, *"Situación de Salud en las Américas, Indicadores Básicos"*. 2004,

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

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-OMS, *"Informe Mundial de Salud 2005: ¡Cada madre y cada niño contarán!"*. Ginebra, 2005; CEPAL, Op. Cit 15.

RATNAM V., TOMODA SH. *"Guía Práctica para Fortalecer el Diálogo Social en la Reforma de los Servicios Públicos"* OIT Ginebra, 2005.

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 26, 7:147.

SCAVINO, JULIO. *"Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Américas"*. OPS/OMS, 2004.

SEPÚLVEDA, JUAN MANUEL Y VEGA, MARÍA LUZ. *"El diálogo social en los países andinos ¿nuevo camino para los sindicatos?"*. OIT, Lima-Perú 2000.

SOJO, CARLOS. *"Dinámica sociopolítica y cultural de la exclusión social"* en *Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y El Caribe*, editado por Gacitúa, Sojo y Davis. Banco Mundial-FLACSO, 2000.

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.

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/sciel>.



GUÍA METODOLÓGICA PARA EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE **DIÁLOGO SOCIAL EN SALUD**

Unidad de Políticas y Sistemas de Salud
Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud
OPS/OMS Washington DC, 2007

GUÍA METODOLÓGICA PARA EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE DIÁLOGO SOCIAL EN SALUD¹

1. INTRODUCCIÓN

La exclusión en salud es un problema que, en sus diferentes manifestaciones, afecta a un elevado porcentaje de habitantes de América Latina y el Caribe. La experiencia acumulada luego de dos décadas de reforma de los sistemas de salud en los países de la región, permite hoy tener claro que el desafío más importante que enfrentan estos sistemas es la inequidad en el acceso a los servicios de salud y la existencia de desigualdades injustas o evitables en los resultados de salud, siendo la exclusión su común denominador. Sin embargo, tal como ocurre con otras formas de exclusión social², a menudo la exclusión en salud no es explícita, sino que se manifiesta como la falta de acceso a las oportunidades y servicios que en este ámbito disfrutaban otros miembros de la sociedad.

En los países de la región la exclusión en salud aparece fuertemente ligada a la pobreza, la marginalidad, la discriminación (racial, social, de género) y a otras formas de exclusión social, así como a patrones culturales incluyendo el idioma; a la informalidad en el empleo, al subempleo y al desempleo; al aislamiento geográfico; y a un bajo nivel de educación o información de los usuarios de los servicios.

Aún así, existen dimensiones del problema – como la falta de acceso a las atenciones de salud que afecta a un gran número de portadores de enfermedades crónicas no transmisibles- que parecen depender de variables más propias del sector salud, como la estructura de los sistemas y el modelo de provisión de servicios. Factores “moduladores” como una adecuada regulación por parte del Estado, el empoderamiento de los usuarios de los servicios de salud y la difusión de información relativa a los derechos y responsabilidades en salud parecen ser útiles –aunque no suficientes- para la reducción de la exclusión en salud³.

El análisis de diversas estrategias implementadas en la región para mejorar la equidad en el acceso y acercar la entrega de servicios de salud a la gente arroja dos lecciones importantes:

¹ Cecilia Acuña, Soledad Urrutia. Unidad de Políticas y Sistemas de Salud - Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud - Oficina de la Subdirección. OPS/OMS, Washington DC.

² *Who's in and who's out. Social exclusion in Latin America*. Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Washington DC, 2003.

³ *La hora de los usuarios. Reflexiones sobre economía política de las reformas de salud*. Sánchez, Zuleta Editores. BID/Centro de Estudios Salud y Futuro. Washington DC, 2000

- a) Que las raíces de la exclusión en salud se extienden más allá del accionar propio del sector salud
- b) Que el logro de los objetivos de mayor equidad y menos exclusión constituye un proceso que va más allá de el proveer la oferta necesaria de servicios de salud y que ésta se encuentre disponible, aspectos en los que se han centrado mayoritariamente los esfuerzos por resolver el problema.

En este contexto la extensión de la protección social en salud es un tema que ha ido adquiriendo una importancia creciente en los países de América Latina y El Caribe en la medida en que los intentos de disminuir la exclusión en salud, que se han basado mayoritariamente en mejorías centradas en la oferta de servicios, no han podido revertir la situación y tampoco han logrado mejorar los crecientes niveles de insatisfacción usuaria, a pesar de los continuos esfuerzos que han representado los procesos reforma del sector salud en la región.

Se ha definido la extensión de la protección social en salud como la garantía que la sociedad otorga - a través de los poderes públicos- para que las personas puedan satisfacer sus necesidades de salud obteniendo acceso adecuado a los servicios de salud existentes, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo⁴. En este contexto, resulta evidente que el combate a la exclusión y la extensión de la protección en salud deberían ser ejes centrales de las políticas orientadas a mejorar la situación de salud de los habitantes de la región.

El logro de este objetivo requiere de cambios en la estructura y en los mecanismos de financiamiento de los sistemas de salud existentes. Al respecto, la experiencia demuestra que el éxito de los procesos de cambio en salud depende fuertemente del apoyo de los grupos de actores mayoritarios o dominantes tanto del sector salud como de la comunidad donde se producen y que su sostenibilidad en el tiempo depende del grado de aceptabilidad que logren estos procesos entre los directamente afectados por ellos.

De lo anterior surge la necesidad de 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. Al mismo tiempo, plantea el desafío de convocar al mismo proceso a aquéllos que no pertenecen a grupos poderosos de la sociedad, que en general son objeto y no sujetos de las políticas, que aún cuando no tienen participación en los procesos de definición de éstas resultan los más afectados por ellas y entre los cuales se encuentran mayoritariamente los excluidos.

⁴ OPS/OMS – OIT, *Ampliación de la protección social en material de salud*. Iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo, aprobada por la Resolución CSP26.R19 de Septiembre, 2002.

Es entre ambos tipos de actores que se deben definir y acordar las estrategias prioritarias para reducir la exclusión en salud. En este contexto, se pueden distinguir tres objetivos centrales a lograr para que las estrategias de combate a la exclusión en salud sean exitosas:

- a) Conocer las motivaciones y el grado de influencia de los diversos actores involucrados
- b) Proveer a los grupos menos poderosos de los medios para expresar sus intereses y demandas en un espacio que permita la negociación
- c) Legitimar y obtener el apoyo de los grupos directamente afectados por las políticas a implementar, incorporándolos fuertemente en su desarrollo

La consecución de estos objetivos es posible a través de la aplicación de metodologías de participación democrática.

Reconociendo la necesidad de integrar este análisis y este tipo de estrategias al abordaje de los problemas en salud, la OPS junto a socios bi y multilaterales, comenzó en 1999 una línea de trabajo destinada a analizar las causas de exclusión en salud y apoyar a los países en el diseño e implementación de Diálogos Sociales como herramienta para identificar, definir y acordar las estrategias de combate a la exclusión en salud y de extensión de la protección social en salud. Estas actividades deberán comprometer un amplio rango de actores incluyendo instituciones públicas, privadas, organizaciones de trabajadores, ONG's y representantes de la comunidad.

En el marco del proyecto de Extensión de la protección social en salud de OPS con la colaboración de la Agencia para el Desarrollo Internacional del Gobierno Sueco, ASDI, se espera desarrollar, en el transcurso de los años 2003 y 2004, actividades de Diálogo Social en por lo menos cinco países de la región. El resultado esperado de este proceso en cada país es un Plan de Acción que refleje lo acordado en el Diálogo Social.

El desarrollo de esta línea de trabajo plantea el desafío de incorporar metodologías que no son utilizadas con frecuencia en la definición de políticas en el sector salud y para las cuales no existen lineamientos específicos. Por esta razón, se estima necesaria la elaboración de una guía que oriente el diseño e implementación de los procesos de diálogo social en los países.

Esta guía constituye un instrumento metodológico para el diseño e implementación de actividades de diálogo social y se espera validarlo a través de su aplicación en los cinco países considerados para esta segunda fase.

Población Objetivo: Esta guía esta destinada a todas aquellas personas que directa o indirectamente están relacionadas con la implementación de los procesos de diálogo social en los países participantes, es decir grupo organizador y/o equipo

nacional, responsables del diseño e implementación del proceso de diálogo, operadores y/o facilitadores, grupos que promueven este tipo de actividades y hacen abogacía .

2. MARCO CONCEPTUAL

Concepto de Diálogo Social:

La noción de diálogo surge en las teorías sociales como un vuelco desde una mirada uniforme de las ideas a una mirada que reconoce la diversidad y abre un espacio que facilita la construcción común de conceptos a través del logro de consensos, acuerdos y entendimientos reconociendo las diferencias entre los actores. Desde esta perspectiva, el énfasis del diálogo está en la pluralidad y su eje se encuentra en la voluntad de los distintos participantes, que deciden libremente formar parte de un proyecto común.

En general existen muchas definiciones sobre el diálogo social. Una de ellas muy comúnmente utilizada apunta a definirlo como un sinónimo de **concertación social** ya que se dice que ambos conceptos hacen referencia a actividades de negociación bipartita, tripartita o con pluralidad de actores en distintos niveles de modo de discutir acerca de cuestiones de gran importancia económica y social. Por otro lado los que plantean que no son conceptos similares distinguen que la diferencia esta dada porque el dialogo no crea las condiciones para la concreción de los acuerdos de manera conjunta, sino que proporciona la información necesaria y promueve el intercambio de información para que los acuerdos sean de entendimiento mutuo de los participantes, y así ambos conceptos formarían parte de un proceso, en la cual el dialogo es una etapa previa y necesaria a la concertación.

El diálogo 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 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. La literatura muestra que el diálogo social ha sido utilizado como técnica en diversos contextos y con distintos objetivos. Esta herramienta de participación ciudadana es una interfase comunicativa entre estado y sociedad, donde los individuos participan en un proceso de consulta y creación de propuestas, que en este proyecto se traducirán en un plan de acción para la Extensión de la Protección Social en Salud (EPSS).

Para efectos de esta guía, el Diálogo Social será entendido como una técnica participativa de negociación colectiva, que busca reunir a diversos actores sociales con el objetivo de acordar, compartir o definir acciones a seguir en un ámbito específico de interés común.

Este espacio de interacción movilizará las competencias, saberes y conocimientos de los participantes y permitirá su validación. Por otro lado, esta producción colectiva tiene la característica de permitir altos niveles de reflexión en un ambiente de pluralidad, lo que permite recoger la opinión de diversos actores en distintos niveles organizativos y territoriales (nivel regional, nacional, local y comunitario).

Características del actor para entrar en un proceso de diálogo:

- Debe tener conocimiento e información respecto al tema que se va a discutir
- Habilidades Comunicativas y de negociación en los distintos acuerdos
- Legitimidad en su espacio de participación

¿Por que utilizar el Diálogo Social para conseguir acuerdos en torno a la reducción de la exclusión en salud?

La contradicción planteada por el hecho que la desigualdad, la pobreza y la exclusión social han aumentado en el mundo durante el último siglo a pesar de los enormes avances científicos y tecnológicos, del avance de la democracia como sistema de gobierno y de la generación de nuevas fuentes de riqueza, ha estimulado la elaboración de diversos marcos analíticos para intentar explicar la exclusión social y ofrecer alternativas de mejoramiento de la protección social, en particular para los grupos de población más pobres y vulnerables.

La mayoría de estos esfuerzos se han centrado en el objetivo de proteger a los pobres de los riesgos asociados con una eventual pérdida de su –ya reducida– capacidad de consumo⁵ o, directamente, en la reducción de la pobreza como objetivo último y más importante para obtener mayores grados de equidad en el consumo y el acceso a los bienes y servicios⁶. Desde esta perspectiva, la reducción de la pobreza sería la estrategia más eficiente para eliminar la inequidad y la exclusión social.

⁵ “*Shielding the poor. Social protection in the developing world*”. Banco Interamericano de Desarrollo, BID. Washington DC, 2001.

⁶Informe final de la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS, *Macroeconomics and Health: Investing in Health for economic development* Ginebra, 2001; Informe anual del Banco mundial 2001, “*Attacking poverty*”.

Sin embargo, existe evidencia de que la exclusión social y, específicamente la exclusión en salud responde a variables que van más allá de factores económicos⁷ y está determinada en gran medida por factores tales como el origen étnico, el género, la edad y el lugar de residencia, ya que se concentra sistemáticamente en ciertos grupos específicos de la población (en las Américas, en aquellos de origen indígena y afrodescendientes, preferentemente de sexo femenino y que viven en el medio rural).

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 acceden⁸. Esta situación se observa también en el caso de la exclusión en salud.

La estructura de los sistemas de protección de salud parece ser un elemento determinante de exclusión⁹. Los sistemas de protección social de salud que aún predominan en el mundo –la seguridad social para los trabajadores concebida por Bismark y el sistema de provisión de servicios sociales de carácter universal modelado por Beveridge– se construyeron bajo la lógica de que el bienestar de los miembros de la sociedad –en especial el de aquellos más vulnerables– depende de sus derechos sociales¹⁰ como miembros de las colectividades a las cuales pertenecen. Sin embargo, en América Latina y el Caribe el ejercicio de estos derechos se encuentra limitado por características raciales, de género, de lenguaje y de costumbres –lo que Figueroa 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 de actores con distinta posición social en la sociedad¹¹. En los sistemas de protección de salud esto se refleja en el fenómeno de la segmentación, es decir, la coexistencia de subsistemas con distintos arreglos de financiamiento, membresía y prestaciones, especializados en diversos segmentos de la población, generalmente determinados por su nivel de ingresos o por su posición social¹².

⁷ OPS-OMS, Estudios de caracterización de la exclusión en salud en Ecuador, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú y república Dominicana 2001-2002; “*Dinámica sociopolítica y cultural de la exclusión social*” Carlos Sojo, en “Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y El Caribe” Editado por Gacitúa, Sojo y Davis. Banco Mundial-FLACSO, 2000.

⁸ 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.

⁹ OPS/OMS, “*Guía metodológica para la caracterización de la exclusión en salud*”. Acuña, Rosenberg, Andersson, 2001.

¹⁰ Sociales y no políticos, ya que muchos de los beneficiarios de estos sistemas no tenían –y no tienen en la actualidad– derecho a voto o a otras formas de participación política, como destaca Jordan en “*A theory of poverty and social exclusion*”, Cambridge, 1996.

¹¹ Op. Cit 8

¹² Op. Cit. 9

El modo más apropiado para reconocer y explicitar la existencia de los grupos de actores en la sociedad en torno a un tema o problema a resolver, es la generación de espacios donde estos grupos puedan negociar sus condiciones y llegar a acuerdos.

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 se plantea como una ventaja comparativa porque estimula el reconocimiento y la participación de todos los actores.

El Concepto de Participación

La participación es un elemento cotidiano que se da desde el proceso de formación de opinión hasta la capacidad de tomar decisiones en asuntos que directa o indirectamente afectan a un individuo, grupo y/ o a la sociedad en su conjunto. Dentro de las técnicas de participación social aparece el diálogo como una valiosa herramienta que da visibilidad, dando a conocer y legitimando las distintas opiniones respecto a un tema específico.

El proceso participativo ofrece distintos beneficios para los involucrados. Estos beneficios van desde la satisfacción de necesidades, hasta el empoderamiento y acumulación de capital social. De este modo la participación se puede concebir como un medio y como un fin en sí misma. Así se distinguen distintos tipos de participación.

Tipos de Participación¹³

Participación como intervención en la toma de decisiones	Se refiere a la participación como miembro de un grupo, organización y/o institución
Participación como Influencia y Consulta	Se refiere a la influencia del subgrupo de subordinados en la toma de decisiones
Participación como Delegación	Delegación de poder a los grupos subordinados, se orienta generalmente a los asuntos marginales al poder central y no cubre la etapa central del proceso de decisiones, mantiene la desigualdad ante el poder y refuerza la estructura de decisiones existente.
Participación como Control	Se refiere a las tareas de supervisión, seguimiento o control de las decisiones por parte de los grupos que no participaron en las decisiones.

¹³ Rolando Franco

Participación como intervención en las decisiones	Dada la complejidad y extensión de los de los objetos que son materia de decisión, surgen mecanismos y órganos de gobierno basados en la representación.
Participación Política	Poder Político

En la implementación de modelos participativos, muchas veces las comunidades con las que se ha escogido trabajar no están motivadas a discutir y realizar sus propios planes de trabajo, porque creen que no tienen ninguna incidencia en la solución de sus problemas. Sin embargo, como grupo comparten ciertos valores, tradiciones, vínculos de solidaridad, conocimiento interno y expectativas que son fortalezas importantes para la resolución de estos problemas. Las técnicas de empoderamiento permiten de manera exitosa fortalecer a estos grupos de modo de entrenarlos para que puedan expresar sus puntos de vista produciendo resultados muy significativos¹⁴.

Concepto de “Empowerment”/Empoderamiento

Existe una amplia evidencia que confirma la relación entre empoderamiento y desarrollo efectivo tanto en el nivel nacional como en el nivel local, fortaleciendo un buen gobierno y mejores perspectivas de desarrollo. Cuando los ciudadanos están involucrados, toman responsabilidades y participan en los procesos de toma de decisiones las probabilidades de éxito, crecimiento y consenso son mayores. Este enfoque además promueve patrones de crecimiento a favor de los pobres donde se promueve la inversión en el entrenamiento de sus habilidades, acceso básico a servicios de salud, propiedad y recursos financieros.

El empoderamiento se define como la **expansión de logros y habilidades de los grupos e individuos menos poderosos de modo que puedan participar, negociar, influenciar, controlar y mantener responsabilidades que afecten sus vidas**¹⁵.

Las instituciones formales claves en el empoderamiento incluyen aquellas que proveen leyes, reglas y regulaciones y aquellas que promueven la diseminación de información y el respeto y cumplimiento de derechos de los individuos en su relación con el Estado, el mercado, la sociedad civil y los organismos internacionales; las instituciones informales de empoderamiento incluyen la organización de grupos que

¹⁴ Hirschman A, *Against parsimony: Three easy ways of complicating some categories of economics discourse*, America Economy Review, 1984

¹⁵ Una definición similar pero restringida a los pobres se puede encontrar en Worldbank, *Empowerment Doc*, 2002

proveen a los individuos de mecanismos de defensa frente a la exclusión social y otras situaciones que atentan contra su integridad o bienestar.

Si bien es cierto que no existe un modelo único de empoderamiento, hay ciertos elementos que deben estar presentes para aumentar sus probabilidades de éxito. Estos elementos actúan de forma sinérgica y fortalecen la gobernabilidad y son los siguientes:

Elementos Claves del Empoderamiento

- **Acceso a la información:** La información es poder y existen dos flujos; uno que va desde los ciudadanos al gobierno y viceversa que son electos importantes para la ciudadanía responsable.
- **Inclusión / Participación:** La inclusión de grupos excluidos en la toma de decisiones respecto a conocimiento local y la definición de prioridades es un elemento clave que asegura un mayor compromiso y así una mayor probabilidad de cambio. Para que estos grupos puedan participar y ser incluidos es necesario cambiar reglas y procesos como así también crear un espacio de discusión y debate.
- **Responsabilidad:** Se definen tres tipos de responsabilidades:
 - **Política:** Se refiere a la responsabilidad de los partidos políticos y sus representantes que se lleva a cabo a través de las elecciones.
 - **Administrativa:** Se refiere a la responsabilidad de las agencias de gobierno quienes a través de distintos mecanismos tanto verticales como horizontales aseguran la responsabilidad intra e inter agencias
 - **Social:** Se refiere a agencias responsables de los ciudadanos que pueden reforzar tanto la política como la administrativa
- **Capacidad de Organización Local:** Se refiere a la capacidad que tiene la comunidad de trabajar en conjunto, organizarse y movilizar recursos en base a un interés común. En estas condiciones de cooperación las personas son más abiertas a escuchar las demandas de la comunidad y satisfacerlas. Son capaces de desarrollar mecanismos de identidad y pertenencia al grupo, logrando desarrollar mecanismos de representación que afectaran las decisiones y mejoraran su bienestar.

La pertinencia del uso de modelos participativos como estrategia en la definición de políticas de reducción de la exclusión en salud

La experiencia internacional demuestra que las mejores posibilidades de mejoría social se asocian a modelos participativos en la formulación, implementación y evaluación de las políticas¹⁶ y que los modelos participativos, cuya lógica subraya la importancia de construir de abajo hacia arriba, producen claramente mejores resultados, especialmente el área social, comparado con otros tipos de modelos tradicionales¹⁷.

La mayoría de las organizaciones y agencias internacionales se han unido a este precepto e incluyen en sus estrategias y planes el tema de la participación. El Banco Mundial comienza en el año 1996 a apoyar y dar cooperación técnica para la participación de las comunidades en el proceso de toma de decisiones y ejecución de proyectos, promoviendo el diálogo con estas comunidades. UNDP considera que la participación es un elemento esencial para el desarrollo humano y la OECD considera que es el principal factor para fortalecer la cooperación necesaria para el desarrollo.

El enfoque participativo apunta a identificar y satisfacer las necesidades reales de las personas¹⁸. La participación es más efectiva cuando está presente en cada fase del desarrollo de un proyecto, aumentando la probabilidad de que las expectativas correspondan a las metas acordadas. Para el logro de una participación efectiva las técnicas de manejo a utilizar deben considerar algunos aspectos claves tales como una participación activa y real, respeto de la historia y características culturales del grupo escogido, como también la definición de un sistema de valores compartidos como base del resultado que se persigue¹⁹.

Desde un punto de vista económico, los modelos participativos ofrecen ventajas en términos de equidad, eficacia y sustentabilidad de un proyecto. La participación de la comunidad en cada una de sus etapas: diseño, administración, monitoreo, supervisión y evaluación, disminuye los riesgos de fracaso en el mediano y largo plazo. El Banco Mundial describe algunos de los costos asociados a modelos no participativos que impiden el logro de las metas en el desarrollo de un proyecto²⁰:

- Ausencia de apoyo y bajo sentimiento de pertenencia hacia el proyecto.
- Oposición y descontento con políticas y proyectos impuestos limitando la capacidad de aprendizaje y desarrollo a actores específicos.
- Bajo compromiso e interacción de los beneficiarios del proyecto.

¹⁶ Kliksberg, *Hacia Una Gerencia Social Eficiente*, Documento Ética y Desarrollo, BID, 2002

¹⁷ The World Bank. *The World Bank and Participation*, 1994

¹⁸ Op. Cit 17

¹⁹ Borja, Rolando

²⁰ Op cit 17

- Dificultad en identificar las necesidades y prioridades de los beneficiarios y baja representatividad.
- Desconocimiento de diferencias y conflictos al interior de los grupos.
- Creación de expectativas irreales
- Privilegio hacia grupos mejor organizados y con poder, que excluyen a los grupos que se encuentran en desventaja.

En las últimas décadas, la inclusión de la comunidad en la implementación de programas, planes y estrategias de desarrollo local ha acentuado el valor de las técnicas participativas porque han mostrado que pueden lograr un mayor grado de sustentabilidad de los proyectos emprendidos y fortalecen el empoderamiento de los sectores marginados social, política, y económicamente, promoviendo así su validación como sujetos de derecho y actores de su desarrollo²¹.

En Latinoamérica, el interés por el enfoque participativo surge como una necesidad a partir del escaso éxito de los programas implementados para reducir la pobreza. En este contexto, se plantea la participación de la comunidad como un elemento capaz de conferir legitimidad a las políticas macroeconómicas y administrativas y con un potencial importante en el logro de una mayor equidad²². Estas características le confieren a la participación una ventaja comparativa en la elaboración de políticas en relación con los enfoques tradicionales.

Sin embargo, en la región pareciera existir una contradicción entre el discurso y la práctica de la participación. En el discurso existe un amplio consenso y voluntad en la promoción de prácticas participativas, pero en la práctica esto no se traduce en estrategias y/o planes que garanticen su implementación²³.

Lograr altos grados de participación ciudadana en la toma de decisiones en políticas públicas es un desafío difícil de abordar sin una metodología adecuada. Un método que ha logrado operacionalizar el enfoque participativo y respecto del cual existe evidencia en el mundo, es el Diálogo Social.

3. MARCO METODOLÓGICO

El hecho de que existen diversas definiciones y aproximaciones al Diálogo Social, plantea la necesidad de establecer un marco metodológico para su aplicación en el ámbito específico de este proyecto. Por otra parte, es probable que la especificidad de las actividades de diálogo en cada caso requiera seleccionar aquellas técnicas que

²¹ Contreras R, *La investigación acción participativa: revisando sus metodologías y sus potencialidades*, CEPAL, 2002

²² Kliksberg, *Six unconventional theories about participation*, Documento Ética y Desarrollo , BID, 2002

²³ Op cit 22

funcionan mejor para cada escenario. En este contexto no es posible definir una sola técnica para todas las situaciones de diálogo, sino más bien un repertorio de técnicas que se pueden utilizar en el marco del diálogo, de modo de escoger las que se adapten mejor a cada situación de acuerdo a los objetivos que se quieren lograr.

Siguiendo esta lógica, el marco metodológico que se plantea se inserta dentro del universo de las técnicas cualitativas y recoge elementos de diversas técnicas participativas.

Técnicas Cualitativas

Las técnicas cualitativas, llamadas así por oposición a las técnicas cuantitativas, parten del supuesto básico de que el mundo social es un mundo construido con significados y símbolos, lo que implica la búsqueda de esta construcción y sus significados. Algunas de sus características son²⁴:

- Su lenguaje es básicamente conceptual y metafórico
- Su modo de captar la información no es estructurado sino flexible y desestructurado
- Su procedimiento es más inductivo que deductivo.
- La orientación no es particularista y generalizadora sino holística y concretizadora

Por otro lado, las técnicas cuantitativas buscan describir los fenómenos a través de parámetros exactos y explicarlos mediante la identificación y medición de las variables que los determinan. Una síntesis de las principales características de ambos tipos de técnicas se presenta a continuación.

²⁴ Nirenberg et al, “*Evaluar para la Transformación*”, (2000) Edit. Paidós

Cuadro 1

Técnicas Cuantitativas	Técnicas Cualitativas
Se enmarca dentro del paradigma positivista / empírico	Se enmarca dentro del paradigma fenomenológico/ constructivista
Predominio de la deducción	Predominio de la inducción, comprensión, interpretación
Diseños experimentales o cuasi experimentales	Investigación naturalista
Perspectiva desde fuera (observador)	Perspectiva desde adentro (actores)
Lenguaje numérico	Lenguaje verbal
Énfasis en los aspectos objetivos, observables y cuantificables	Énfasis en los aspectos subjetivos, captación y comprensión de actitudes, valores y motivaciones internas
Análisis estadístico	Análisis de contenido, estudio de casos
Se trabaja en base a hipótesis	No se trabaja en base a hipótesis
Resultados generalizables y reproducibles	Resultados limitados en su generalización

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Nirenberg O y otros en “Evaluar para la Transformación”, Paidós 2000.

Las técnicas cualitativas permiten una mejor descripción de las características, cualidades y relaciones del fenómeno social. Mediante las observaciones de un suceso, se desprenden inductivamente ciertas cualidades que entregan un concepto del fenómeno que se quiere estudiar. Una de sus características principales es que permite ver los fenómenos desde la perspectiva del grupo en cuestión, lo que implica cierto tipo de empatía con el grupo que se está estudiando, pero al mismo tiempo implica la capacidad de conocer y entender los contextos de significado en los que ellos operan.

Las técnicas cualitativas subrayan los **procesos** y los cambios que ellos implican por sobre la estática de la vida social y por ello pueden dar cuenta del cambio e interconexiones entre los fenómenos sociales. En este escenario no existe un esquema pre-establecido ni se trabaja en torno a hipótesis a comprobar, ya que éstos se consideran limitantes para la consecución del objetivo fundamental de lograr el contacto real y entendimiento del punto de vista del grupo que se está estudiando.

Dentro de las técnicas cualitativas, las que se insertan en el marco metodológico planteado son:

- a) INVESTIGACIÓN-ACCIÓN**
- b) ENTREVISTAS GRUPALES**

3.1 El modelo de investigación participación-acción

Quando se busca que los actores propongan y discutan propuestas para **transformar una realidad determinada**, se utiliza el modelo metodológico *participación – acción*, que consiste en promover que los participantes del grupo generen alternativas y propuestas **concretas y/u operacionales** para enfrentar o resolver el tema en discusión.

Esta metodología nace en América Latina en los años setenta a partir de la investigación comunitaria en el campo de la psicología, la antropología, la sociología y la literatura feminista, como un instrumento útil para los procesos de discusión e implementación de políticas en el área social. En ella se conjugan actividades de conocimiento de la realidad mediante mecanismos de participación activa y democrática de la comunidad en el planeamiento y ejecución de proyectos de desarrollo, con un componente importante de reflexión y empoderamiento de los grupos participantes para el mejoramiento de sus condiciones de vida²⁵. Algunos de sus principios son:

- Es un instrumento de acción para la comunidad.
- Toda comunidad o grupo tiene suficiente capacidad para definir sus problemas y necesidades.
- Toda comunidad o grupo tiene potencialidades para la decisión y ejecución, encaminadas a su propio desarrollo.
- Cualquier acción exógena que persiga el desarrollo de la comunidad o grupo debe suscitar la activa participación de la comunidad en el proceso mismo. De lo contrario, su probabilidad de tener éxito se verá reducida.
- Se requiere de un proceso de retroalimentación para que los miembros de la comunidad o grupo expongan espontáneamente sus criterios e ideas y hagan análisis de la situación a través de un diálogo bien orientado entre ellos mismos y el(os) investigador/es.

²⁵ Berg B, *Qualitative Research Methods for Social Science*, 4th ed, Allyn and Bacon, 2001

La investigación-acción participativa concede un carácter protagónico a la comunidad en la transformación social que requiere y el problema a investigar es analizado por los propios afectados. El rol del investigador es de orientador del proceso de investigación. Durante las últimas décadas, la investigación-acción se ha usado preferentemente en el campo educacional para evaluar el tipo de metodologías utilizadas por los profesores en la sala de clase; sin embargo hoy constituye una estrategia viable y práctica para una amplia gama de estudios en el campo de las ciencias sociales que requieren sistematización, orden y reflexión.

Algunos de sus supuestos son los siguientes:

- La democratización en la producción y el uso del conocimiento
- Ética respecto a los beneficios del proceso de generación de conocimiento
- Perspectiva ecológica, considera el ser humano y su entorno
- Valoración de la capacidad humana de reflexionar, aprender y cambiar
- Un compromiso por un cambio social no violento

Este tipo de investigación es un esfuerzo conjunto, que entrega herramientas para tomar acciones sistemáticas, y resolver problemas específicos. Su gestión incluye estrategias que promuevan el consenso, la democracia, y la participación. Se priorizan principalmente dos tareas:

- a) Descubrir y producir información y/o conocimiento útiles para la situación que el grupo trabaja
- b) Informar y empoderar a las personas promedio del grupo de modo de promover en ellas el uso de la información recogida en el grupo.

De este modo se descubren explicaciones a situaciones específicas y se desarrollan planes que proponen soluciones a la situación en cuestión. Tanto el lenguaje como el contenido de la discusión son entendidos tanto por el investigador como por los participantes del grupo.

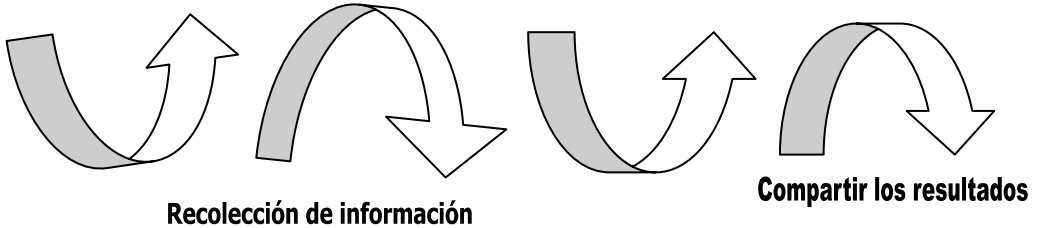
El proceso de investigación acción participativa se describe como un espiral que tiene 4 fases:

- 1) Identificación de la(s) pregunta(s)
- 2) Recolección de información para responder la(s) pregunta(s)
- 3) Análisis e interpretación de la información
- 4) Compartir los resultados con los participantes

EL PROCESO ESPIRAL DE LA INVESTIGACIÓN ACCIÓN:

Identificación de las Preguntas

Análisis e Interpretación de la información



Fuente: Bruce L. Berg, Qualitative Research Methods for Social Sciences

La mayoría de los autores que trabajan con este enfoque plantean las mismas fases, a veces con distinto orden. En todo caso, el objetivo final es la acción.

Se plantean tres tipos de investigación-acción:

- Técnica y/o de colaboración científica: El investigador tiene como marco de referencia el método científico y da asistencia técnica para la solución del problema. Rigurosidad científica con alta precisión y detalle.
- Práctica y/o de colaboración mutua: El investigador crea un ambiente de colaboración y más flexible, dando mayor empoderamiento a los participantes del grupo, de modo que puedan realizar un trabajo en conjunto en la resolución de la situación. Este tipo de aproximación es menos preciso ya que reduce el grado de precisión y control sobre las interpretaciones y descripciones detalladas.
- Emancipatoria y/o crítica: El investigador promueve el desarrollo de una opinión crítica frente a la situación de modo de generar la acción y luego el cambio. Esto lo hace al confrontar teoría y practica en situaciones puntuales y cotidianas promoviendo la conciencia crítica.

Para efectos de este marco metodológico, se utilizará la investigación-acción de tipo **práctico y de colaboración mutua**.

3.2 Entrevistas Grupales

Las entrevistas grupales consisten en métodos de búsqueda de información en un colectivo o grupo, en oposición a aquellas de carácter individual. Dependiendo del grado de estructuración que posean y a los distintos propósitos que se persiguen, las entrevistas grupales pueden ser²⁶:

Cuadro 2
Entrevistas Grupales

Tipo	Característica	Rol del moderador
Grupos de discusión	Moderación pasiva según estímulo	Facilitador pasivo; pone el tema de discusión, observa la dinámica grupal
Grupos focales (Grupo focal)	Moderación activa según pauta	Central. Dirige la reunión, interviene activamente
Observación participante	Observación del grupo “in situ”, sin intervenir en su dinámica	Observador pasivo de la dinámica grupal, no interviene

De estas técnicas, las que se utilizarán en el marco metodológico propuesto son los Grupos de Discusión y el Grupo Focales.

3.2.1 Grupos de discusión²⁷

Los grupos de discusión son espacios donde se capta e interpreta una vivencia colectiva y se observan experimentalmente los comportamientos y el producto de la interacción²⁸. Se define también como una técnica cualitativa de aproximación empírica a la realidad social donde se captan representaciones ideológicas, valores, formaciones imaginarias, afectos dominantes en un determinado grupo. Es importante no confundir esta técnica con la dinámica de grupo, que apunta a los procesos psicológicos que vive un grupo y que por lo tanto requiere técnicas más complejas para su interpretación.

El grupo de discusión busca la generación de un debate en un colectivo a través de provocaciones explícitas que plantea el moderador o “preceptor” al introducir el

²⁶ Kirk J, Miller M; *Reliability and Validity of Qualitative Research*, Sage, 1986

²⁷ Para mayor información, referirse a Anexo 5

²⁸ Maisonneuve J, *La Dinámica de los Grupos*, Edit. Proteo, B.As, 1971

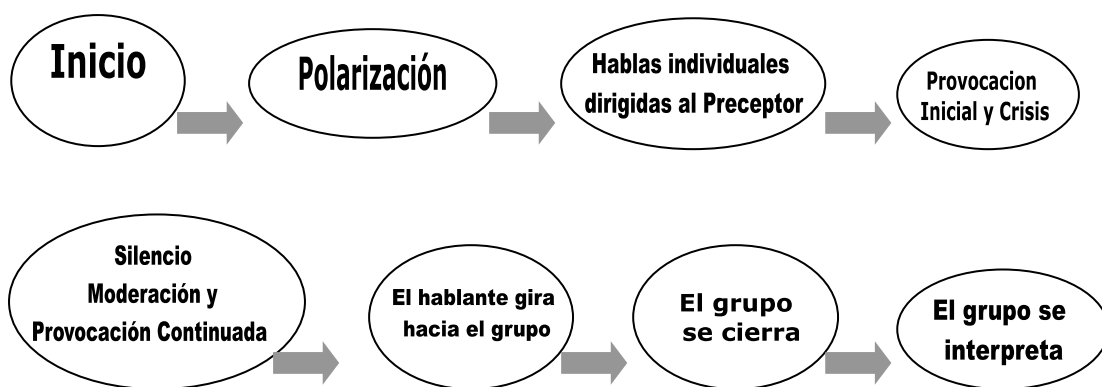
tema a discutir. La conversación está restringida al tema propuesto por el moderador al inicio de la sesión y las preguntas, el orden y los aspectos a considerar los propone el grupo.

Se distinguen dos niveles importantes de análisis en el desarrollo del trabajo del grupo:

- a) El primer nivel se refiere a cada fenómeno que emerge en la situación grupal (micro situación)
- b) El segundo se refiere al análisis del grupo desde la perspectiva externa, esto significa que el moderador con otros expertos analiza e interpreta la situación del grupo y su posición (macro situación)²⁹. El discurso completo del grupo puede ser grabado de modo que posteriormente pueda ser analizado e interpretado.

La micro situación así representada y la dinámica consciente e inconsciente del grupo, hace emerger las emociones básicas, los conflictos, y las normas sociales dominantes vinculados al tema planteado en la macrosituación del grupo al que pertenecen³⁰.

DINÁMICA DEL GRUPO DE DISCUSIÓN



Fuente: Canales, M. *El estudio de la realidad social con metodologías cualitativas*, 1997.

²⁹ Ibáñez J, Mas allá de la Sociología, 1979

³⁰ Op. Cit 29

Cuadro 3

ETAPAS EN EL DESARROLLO DE UN GRUPO DE DISCUSIÓN

Inicio: *En esta etapa no existe el grupo, los participantes están dispuestos en una mesa*

Polarización: *Se integra el moderador a la mesa. Se establece una relación asimétrica donde él se dirige al conjunto y a cada uno de los participantes. Predomina la relación de cada participante con el moderador.*

Hablas individuales dirigidas al Preceptor: *Luego del silencio, algunos participantes toman la palabra, su habla esta dirigida hacia el preceptor del que esperan su aprobación. El moderador tiene una posición de escucha, no interviene verbalmente.*

Provocación Inicial y crisis: *El grupo queda situado como un grupo de habla entre los participantes. Se da un inicio formal con la presentación del investigador, se introduce el tema a discutir y se indica que no se dirigirá la conversación.*

Crisis: *Se refieren a los intentos de reestructurar el rol del investigador y el silencio.*

En esta etapa se insiste en que el grupo tome la palabra sin emitir juicios o pistas sobre la pertinencia de las opiniones expresadas.

Provocación Continuada: *La actuación del preceptor se orienta dos objetivos. Por una parte debe provocar positivamente la catálisis de la discusión, deshaciendo los bloqueos o nudos que la inhiben.*

Por otra parte, debe mantener el ámbito de la discusión en el recinto del tema. Las provocaciones del preceptor oscilan sobre una posición “neutral”, como una pantalla que recoge el discurso del grupo.

Las condiciones para la realización de un grupo de discusión son las siguientes:

Cuadro 4

CONDICIONES PARA LA REALIZACIÓN DE UN GRUPO DE DISCUSIÓN

Contacto: *El contacto con las personas que participaran en el grupo debe realizarlo una persona externa (el moderador), que debe procurar ser lo más neutra o aséptica posible en la invitación a participar, de modo de no contaminar al grupo antes de participar. Los invitados por su parte deben tener la menor cantidad de información posible de lo que se va a discutir en el grupo de modo de no preparar respuestas ni posturas.*

Generalmente la cantidad total de personas convocadas no asiste, por lo que es bueno considerar la posibilidad de que exista cierta fuerza en la relación, entre la persona que convoca y la que participa y así disminuir el riesgo de ausencia.

Local: *El lugar escogido para la reunión debe ser agradable y en lo posible sin ruido, con características físicas semejantes al medio donde se desarrollan los participantes, una mesa y sillas arregladas de modo de facilitar el dialogo.*

Inicio: *El moderador no debe hablar con los participantes antes que comience la reunión, se explicara porque existe una grabadora y/o video en caso que se decida su utilización. Una vez que se entra a la sala de reunión, el moderador agradecerá la presencia y explicara brevemente los objetivos del estudio introduciendo el tema, sin incluir juicios de valor. Luego el moderador explicara como se trabajará en el grupo y explicara su rol de facilitador y director técnico de la reunión. El moderador debe adaptar su lenguaje a las características del grupo.*

Desarrollo: *El moderador debe intervenir lo menos posible pero debe hacerlo en aquellos casos que sea necesario. Estas situaciones pueden ser las siguientes:*

- ✓ *Cuando se produzca un silencio o una pelea. En estas situaciones, el moderador debe intervenir no dando*

su opinión sino que realzando opiniones ya vertidas en el debate y promoviendo la participación de aquellos que no han intervenido.

- ✓ *Cuando el grupo se desvía hacia otro tema: Es necesario que el grupo navegue un poco sobretodo al principio, pero es necesario poner márgenes de modo que se cumpla con la productividad necesaria, para esto es necesario que el moderador intervenga interrumpiendo, y retomando el último punto tomado en la discusión del tema*
- ✓ *Cuando el líder espontáneo monopolice la discusión, y en este caso el moderador debe utilizar diversas estrategias de modo que intervenga menos.*

Duración: *La duración de la discusión puede ser una 1 – 11/2 hora, pero no hay impedimentos técnicos para que se exceda de esos márgenes.*

Características del moderador: *La complejidad en el manejo de esta técnica requiere que el moderador tenga experiencia y capacidad técnica.*

3.2.2 Grupo Focal³¹

El Grupo Focal es una técnica cualitativa que permite captar el estado subjetivo de ciertos grupos sociales en un momento determinado y frente a ciertos temas. Su propósito es generar percepciones, emociones, actitudes e ideas de los participantes frente al tema escogido. Su diseño técnico es abierto lo que implica que hay un estímulo que provoca el diálogo y el discurso grupal.

Básicamente consiste en una entrevista grupal donde el moderador tiene un rol activo, aplicando la pauta de preguntas que elaboró previamente y utilizando la interacción grupal para captar información que sin la existencia de esta interacción sería menos accesible³². Esta técnica es relativamente nueva en el campo de las ciencias sociales y debido a su carácter flexible y la riqueza de contenidos que entrega ha crecido notablemente durante la última década. Otra de sus características es que puede ser utilizada para cumplir diversos propósitos y puede ser usada en conjunto con otros métodos cualitativos de modo de complementarlos. Esta flexibilidad en su utilización abre muchas posibilidades creativas en su utilización que aún no han sido descubiertas.

³¹ Para mayor información, referirse a Anexo 6

³² Morgan D, *Focus Group as Qualitative Research*, 2nd Edit, Sage Paper, 1997

El concepto de Grupo focal se ha intentado definir desde dos orientaciones de pensamiento³³:

- El enfoque exclusivista: Define el grupo focal como una forma específica de entrevista de grupo, donde se hace necesario hacer la diferenciación entre las entrevistas grupales que son grupo focal y aquellas que no son.
- El enfoque inclusivista: Define el grupo focal como una técnica de investigación que recoge datos a partir de la interacción de un grupo en un tema determinado por el investigador. En este enfoque el interés del investigador focaliza el diálogo y los contenidos se generan a partir de la interacción del grupo frente a los estímulos planteados por el moderador.

Este último enfoque es mucho más utilizado que el primero, ya que solo excluye aquellas tipologías de entrevistas de grupos que son manifiestamente distintas del grupo focal como Grupos Nominales y Grupos Delphi que no incluyen la interacción presente en el grupo, y la observación natural de grupos, donde el moderador no pone el tema de discusión.

De acuerdo a algunos autores, la característica distintiva del grupo focal en comparación con otras entrevistas de grupo, es su formalidad. Sin embargo, el grado de formalidad en la estructura del grupo es una decisión que queda en manos del investigador, considerando los objetivos y metas del proyecto a desarrollar. Finalmente, esta técnica constituye un gran paraguas que puede incluir muchas variaciones siendo igualmente efectivas³⁴.

El grupo focal permite el acceso a datos que no pueden ser obtenidos a través de otras técnicas cualitativas tales como la observación participante y las entrevistas individuales.

Respecto a la observación participante, el grupo focal permite la observación de un gran número de interacciones en un tema determinado por un periodo de tiempo limitado, basado en la habilidad del moderador, de coordinar y dirigir la sesión. El hecho de establecer el setting sacrifica un número importante de interacciones que se producen la observación participante, especialmente aquellas más emocionales, pero a la vez comportamientos tales como las actitudes y la toma de decisiones que son inherentemente inobservables, son mejor abordadas a través del grupo focal. Otra ventaja es la rapidez en la recolección de datos en comparación con la observación participante, que requiere información más profunda y detallada.

³³ Op. Cit. 31

³⁴ Krueger R, *Focus Group: A practical guide for Applied research*, Sage, 1994

Comparado con las entrevistas individuales, el grupo focal como técnica de entrevista se basa en su habilidad de observar las interacciones en un tema determinado. La discusión de grupo provee directa evidencia de las similitudes y diferencias en la opinión de los participantes en su conjunto, lo que no es posible a través de las entrevistas individuales ya que las distintas entrevistas por separado llevan a la conclusión. Sin embargo en la entrevista individual existe un mayor control y por lo tanto mayor control en la dirección del entrevista, mayor cantidad de información debido al mayor tiempo que el entrevistado comparte con el entrevistador y tiende a ser mas estructurada que el grupo focal.

Diseño del Grupo Focal

El diseño del grupo focal incluye quienes van a participar, cómo estructurar los grupos donde se define el nivel de involucramiento del moderador, tamaño del grupo y el número de grupos total a realizar en el proyecto. Para la respuesta a estas interrogantes existe una **regla general** creada por Morgan en 1992. Ella estipula lo siguiente:

Regla General de Morgan para el diseño de Grupo focal

La población a utilizar como participante debe estar compuesta de extraños homogéneos, debe existir una pauta de estímulos relativamente estructurada con alto involucramiento del moderador, tener de 6 a 10 personas por grupo y tener un total de 3 a 5 grupos por proyecto³⁵.

Estas reglas son generales pero no aplicables a todos los proyectos, ya que cada proyecto tiene requerimientos específicos que deben ser atendidos, por lo que estas reglas son útiles sólo como puntos de referencia. Sin embargo, a partir de esta regla surgen una serie de normas que es útil tener en cuenta durante el proceso de planeación del grupo focal de acuerdo a los objetivos del proyecto. Estas son:

³⁵ Op. Cit 31

Cuadro 5

Normas a tener en cuenta en el diseño de un grupo focal

- Los grupos heterogéneos son más productivos que los grupos homogéneos.
- Una pauta menos estructurada genera mayor producción de contenidos.
- Un moderador con un grado menor de involucramiento y participación produce un mayor grado de participación y discusión en el grupo respecto al tema que se quiere discutir.
- Los grupos pequeños generan una mayor cantidad de información y mas detallada por parte de cada participante.
- Los grupos grandes amplían las posibilidades de respuestas, dando una mayor variedad de información.

El aspecto ético es otro elemento importante de considerar en la planeación del grupo focal, ya que muchas veces es necesario el uso de un video y/o grabadora durante la sesión que puede invadir la privacidad de los participantes.

Merton describe cuatro criterios que deben darse para que el grupo focal sea efectivo³⁶:

- El foco debe cubrir el **máximo** de temas que se relacionan con lo que se está investigando.
- La información recogida debe ser lo mas **específica** posible.
- La interacción debe acoger y explorar en cierta **profundidad** las emociones que se vierten en el grupo.
- Tomar en cuenta el **contexto personal** que los participantes consideran en la generación de sus respuestas.

Estos criterios se resumen en: rango, especificidad, profundidad y contexto personal. El primer criterio se refiere a que una discusión de grupo exitosa incluye un amplio rango de temas no solamente los que se conocen, o se asocian directamente con el tema que se estudia. Esto impide que el moderador limite la discusión a los temas que el considera importante o relevantes para el tema que se estudia. El criterio de especificidad apunta a la importancia de revisar detalladamente la experiencia de los participantes con el tema que se estudia. Esto ayuda a romper con las generalidades. El tercer criterio de profundidad se refiere a la promoción del involucramiento y

³⁶ Merton, Robert K., and Kendall, Patricia L. (1946). "The Focused Interview," American Journal of Sociology 51, 541-557.

compromiso de los participante con el tema que se esta trabajando. Estas técnicas son muy positivas en aquellos casos donde los participantes no están muy comprometidos con el tema en estudio. Finalmente el criterio de contexto personal se refiere a aquellas perspectivas y contextos personales que son la base de la posición social y categoría que los participantes tienen.

El tiempo que generalmente se usa para la discusión es de 60 a 90 minutos. En aquellos grupos mas estructurados es conveniente usar la pauta que se ha construido usando el mismo orden en cada uno de los grupos.

La pauta de preguntas es otro elemento importante ya que estructura la discusión y promueve la interacción del grupo permitiendo las posteriores comparaciones entre los grupos. Una buena pauta crea una progresión natural entre los temas, y también ayuda al consenso previo de los investigadores respecto a los temas y puntos que se van a tratar y en que nivel de detalle. Generalmente la pauta se estructura con preguntas dónde el moderador guía y facilita la discusión, también existe un formato más flexible que agrupa los temas en un set de temas a discutir sin expresarlos en forma de pregunta.

Una buena pauta de preguntas va a dirigir la conversación y la aparición de los distintos temas manteniendo el balance entre el foco del moderador y la discusión grupal. Es muy importante la construcción de una buena pauta ya que ella influye más que el moderador en la discusión grupal. Una buena pauta produce una discusión que se maneja por si sola mientras que una ineficiente produce problemas que sobrepasan el manejo y habilidades del moderador.

El rol del moderador es muy importante ya que el debe ayudar a los participantes en la discusión sin intervenir mayormente en ella. El moderador debe ser totalmente desconocido por los participantes y no es el encargado de producir la información. El debe decidir respecto a:

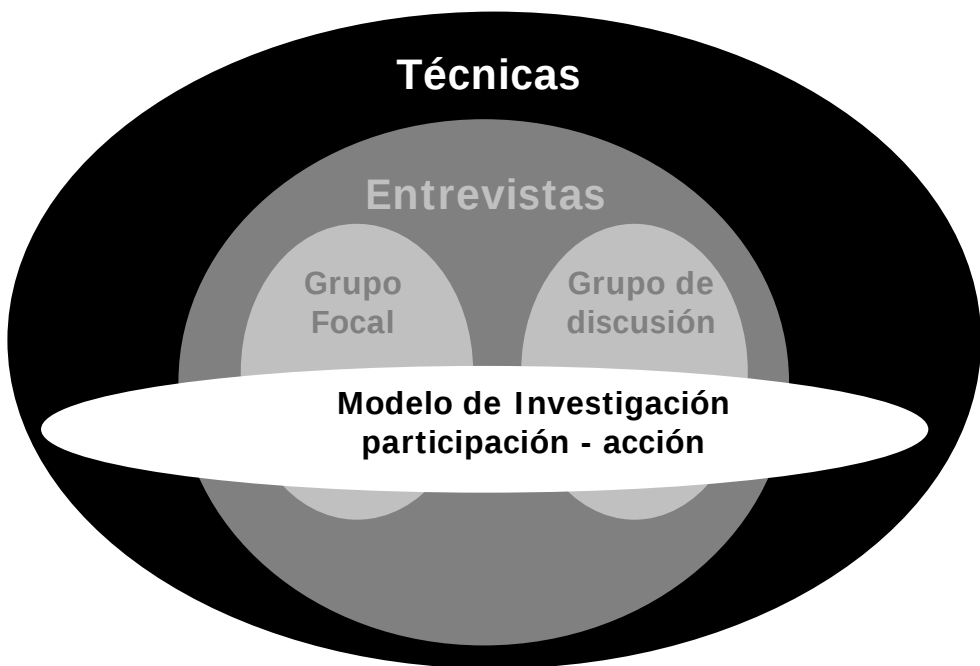
- El nivel de profundidad cuando sea necesario.
- Salir de aquellas áreas que ya han sido cubiertas
- Retomar aquellos tópicos nuevos que han ido apareciendo en la discusión.

El lugar geográfico donde se realizara la sesión de grupo focal debe satisfacer tanto las necesidades de los participantes como las del moderador. Generalmente es una sala de conferencias en un lugar publico donde se cuenta con una mesa ya sea rectangular o redonda y las sillas correspondientes al numero de participantes. En caso que sea rectangular el moderador debe ubicarse en uno de los centros de modo de que los participantes se ubiquen en forma de U. En el caso de que se sepa de la existencia de lideres que tienden participar mucho, en esta configuración, ellos deben ser ubicados

inmediatamente a ambos lados del moderador de modo que el moderador se dirija mayormente con la mirada a aquellos que no tienen un alto grado de participación invitándolos a participar con un lenguaje no verbal.

Este lugar además tiene que tener ciertas características tales como: Una temperatura adecuada de modo que los participantes se sientan cómodos, la sala debe estar en un lugar aislado sin mayor ruido, la decoración de la sala debe excluir cualquier cuadro o afiche que pudiera interferir en las opiniones del grupo. En caso que existan alimentos estos deben estar sobre la mesa y deben ser de consumo fácil y en cantidad adecuada para todos los participantes. Finalmente debe existir una sala de espera que sirva de recepción de los participantes.

La relación entre los distintos tipos de entrevistas grupales y el método de participación-acción, se muestra en el siguiente esquema:



Las entrevistas antes descritas pueden ser complementadas con otras técnicas de modo de lograr una mayor cantidad de información y/o mayor profundidad en ciertos temas más específicos

Cuadro 6

Cuadro Comparativo de Técnicas Complementarias posibles de incorporar en los procesos de diálogo, fortalezas y debilidades de cada técnica

Técnica	Fortaleza	Debilidad	Escenario ideal de aplicación	Requerimientos
Grupo focal	-Permite abordar un tema en un espacio de tiempo determinado -Permite evaluar comportamientos que no son evidentes, como actitudes y capacidad de toma de decisiones. -Permite obtener información de aspectos específicos en un periodo corto de tiempo -Minimiza el conflicto al interior de los grupos	-Mirada restringida -No siempre alcanza grados deseables de profundidad en el análisis del tema	-Cuando está claro el tema de discusión -Cuando el grupo es homogéneo o de pares	-Pauta de intervención previamente diseñada -El grupo debe estar conformado idealmente por extraños homogéneos (pares)
Grupos de Discusión	Permite que las personas expresen libremente su opiniones respecto al tema que se discute El moderador tiene un rol pasivo y observa las interacciones del grupo	Requiere de más tiempo ya que la discusión es abierta. No necesariamente se focaliza en el tema que se quiere tratar	Existencia de un grupo que este dispuesto a discutir no necesariamente homogéneo. Necesidad de conocer distintas opiniones respecto de un tema	Existencia de un moderador Existencia de temas a discutir Existencia de un grupo
Mediación	Cuando las partes en conflicto no pueden resolver por sí solas permiten la ayuda de un tercero que va a actuar como mediador.	No existe un tercero imparcial reconocido como neutral por ambas partes	Cuando existe un conflicto y las partes no son capaces de llegar a una solución, por lo que necesitan designar un mediador. Existencia de un mediador neutral	Existencia de un mediador imparcial Voluntad de las partes que entre un tercero que tiene validez para ambos grupos involucrados Existencia de un Conflicto que no ha sido resuelto por los grupos involucrados Existencia de buena Fe por parte de los participantes

Coaching	Creación de un ambiente positivo de trabajo por parte de un supervisor . El logro del objetivo deseado representa una oportunidad que permite la identificación de las propias habilidades y la importancia de estas en relación al trabajo de grupo. Desarrolla en el equipo la capacidad de apoyo, guía y confianza en los otros.	No es aplicable cuando no existe un supervisor y/o líder integral que sea capaz de reconocer las necesidades del grupo y dar apoyo constante para el logro del objetivo Cuando el grupo no confía en el liderazgo del supervisor por el logro del objetivo	Trabajo en equipo, Necesidad de definir objetivos y planes de acción.	Existencia de un líder integral con ciertas habilidades tales como: empatía, definición de objetivos y planes de acción Claridad y Compromiso con la tarea a ejecutar.
Negociación	Permite llegar a acuerdos y consenso considerando las diferencias de cada individuo a través una comunicación efectiva transacciones que tienen el apoyo y soporte del grupo	-Posiciones extremadamente radicales pueden no estar de acuerdo desde el principio - Inflexibilidad en los propios intereses	Existencia de una persona (facilitador), con habilidades de comunicación para compatibilizar intereses diferentes mediante la negociación. Equidad en los resultados	- Existencia de grupos con intereses diferentes - Necesidad de tomar una decisión -Se requiere de tiempo y recursos para entrenar a las personas que facilitan la negociación.

4. DIÁLOGO SOCIAL EN SALUD

De acuerdo al marco conceptual expuesto, la estrategia que se propone implementar en el proceso conducente a lograr la obtención de planes de acción para reducir la exclusión en salud, se basa en el diálogo social definido, como se ha mencionado, como una técnica participativa en la que se busca reunir a diversos actores sociales que comparten un ámbito específico de interés y que en ese ámbito tienen algo que tratar o resolver y se asume que lo lograrán a través de un proceso de negociación y obtención de acuerdos, compromisos y definición de acciones a seguir.

Con el fin de implementar el Diálogo Social, se propone el enfoque de la participación-acción y dos modalidades de entrevistas grupales: Grupos de discusión y Grupo focal, además de algunas técnicas complementarias de acuerdo a las necesidades de cada escenario de diálogo.

Cuadro 7

DIÁLOGO SOCIAL EN SALUD	
a) Participación-acción	
b) Entrevistas grupales	1) Grupos de Discusión 2) Grupos focales
c) Técnicas complementarias	1) Mediación 2) Coaching 3) Negociación

Se espera de este modo que cada grupo que se sienta a la mesa de diálogo se oriente a un proceso que permita el consenso, evitando la manipulación y logrando el abordaje de los puntos de conflicto.

Cuadro 8

DIÁLOGO SOCIAL EN SALUD	
¿Cómo partir?	
✓	Identificación del tema en torno al cual se realizará el diálogo
✓	Obtención de apoyo político-institucional
✓	Identificación de los grupos involucrados en el tema (catastro de instituciones, mapeo de actores)
✓	Convocatoria a aliados naturales, presentación de la idea
✓	Aprobación de la idea de Diálogo entre los aliados naturales
✓	Ampliación de la base de apoyo a la realización del Diálogo: información, difusión, justificación de la idea
✓	Uso de medios de comunicación para promover la idea

Con el objetivo de convocar a los aliados naturales, es necesario conocer quiénes son. Una pauta de identificación de aliados naturales se encuentra a continuación.

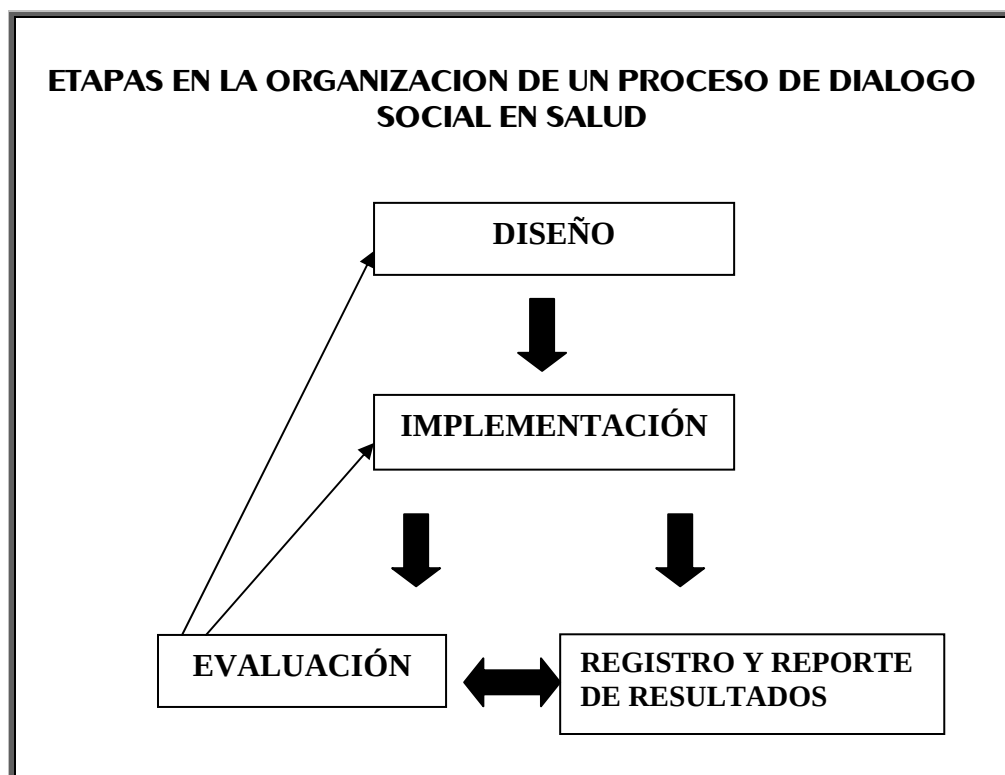
Cuadro 9**Los aliados naturales cumplen con una o varias de las siguientes características**

- ✓ Comparten valores y/o tienen una visión común respecto del tema a tratar
- ✓ Tienen intereses comunes en cuanto a la resolución del tema a tratar
- ✓ Comparten un territorio o dominio específico a defender
- ✓ Se reconocen como iguales o como mutuamente dependientes

Una vez aprobada la idea de realizar el Diálogo entre los aliados naturales y luego de obtenido el apoyo político necesario para hacerlo, se debe comenzar a organizar el proceso. En la organización de procesos de Diálogo Social, se deben considerar cuatro etapas secuenciales:

Cuadro 10**ETAPAS DEL DIALOGO SOCIAL**

- ✓ Diseño
- ✓ Implementación
- ✓ Evaluación
- ✓ Registro y reporte de los resultados del Diálogo



4.1 DISEÑO DEL DIÁLOGO SOCIAL EN SALUD

En el diseño del Diálogo Social se deben considerar diversos aspectos políticos, organizacionales, logísticos y de manejo grupal. Para efectos del Diálogo Social propuesto, que tiene como fin lograr la elaboración de Planes de Acción para la reducción de la exclusión en salud, se deben abordar los siguientes desafíos:

Cuadro 11

Desafíos en el Diseño del Diálogo Social en Salud

- ✓ Cómo garantizar la participación de los grupos con menos poder en la sociedad
- ✓ Cómo minimizar la confrontación y generar colaboración
- ✓ Cómo proveer de una instancia de expresión de demandas dentro de un marco con ejes claros y explícitos

Teniendo estos desafíos en mente, es necesario realizar algunas acciones de orden general previas al diseño concreto de las actividades de diálogo. Estas acciones son:

Cuadro 12

Pasos a seguir en la etapa de Diseño del Diálogo Social en Salud

- ✓ Revisar la experiencia existente
- ✓ Hacer análisis de actores
- ✓ Identificar a los actores clave y a los interlocutores válidos
- ✓ Desarrollar alianzas para la implementación del diálogo
- ✓ Elaborar una Agenda para el proceso de diálogo
- ✓ Conformar el equipo organizador del proceso
- ✓ Elaborar y discutir una propuesta para la implementación del diálogo definiendo aspectos territoriales, logísticos, legales, financieros y organizacionales
- ✓ Definir los criterios de agrupación de los participantes (grupos de pares – grupos jerárquicos - aliados naturales – adversarios naturales, otros)
- ✓ Identificar a los participantes en los diálogos
- ✓ Definir las mesas de diálogo (número, lugar, conformación)
- ✓ Elaborar convocatoria
- ✓ Convocar a los actores participantes
- ✓ Definir el tiempo que durará todo el proceso (cronograma)
- ✓ Definir el perfil de los moderadores de los diálogos y el número de moderadores requeridos por cada mesa de diálogo
- ✓ Definir los niveles territoriales de diálogo (local- regional –subnacional- nacional)

4.1.1 Condiciones y Criterios para la viabilidad del Diálogo Social en Salud

La capacidad y viabilidad de realizar actividades de diálogo social depende en primer término de la situación legal y política del lugar donde se realizan dichas actividades. La situación legal está dada por el marco legal vigente relativo a las condiciones y reglas del juego para convocar y reunir actores sociales, cuestión estrechamente relacionada con la situación política imperante, ya que la existencia de reglas del juego democrático es una condición imprescindible para la realización de actividades de este tipo.

Para que el diálogo sea eficaz, deben reunirse ciertas condiciones, que se muestran en el cuadro siguiente³⁷:

Cuadro 13

Condiciones que deben existir para la realización de dialogo social en salud

- ◆ Interlocutores sociales fuertes, independientes y responsables
- ◆ Voluntad y compromiso político para realizar el diálogo social, especialmente por parte del gobierno y de los actores sociales organizados
- ◆ El objetivo del diálogo debe estar claro y ser conocido por todas las partes
- ◆ Debe existir una definición clara de los niveles territoriales e institucionales en los cuales se realizará el diálogo
- ◆ Definición del tiempo que durará el proceso
- ◆ Diseño de una estrategia adecuada de comunicación para dar a conocer la iniciativa
- ◆ Definición de las técnicas a utilizar en el proceso

³⁷ Adaptado del documento de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) “*El diálogo social en los servicios de salud: instituciones, capacidad y eficacia*”. Informe para la reunión tripartita sobre el diálogo social en los servicios de salud: instituciones, capacidad y eficacia. Ginebra, 2000.

4.1.2 Definición de los posibles escenarios de diálogo

El diálogo permite la generación de espacios que promueven la discusión y recuperan la diversidad de percepciones y representaciones respecto de un dominio específico, que en este caso es la exclusión social en salud. Este proceso aporta una cantidad de información considerable que debe ser sistematizada con el fin de generar propuestas que no siempre son consensuadas en su totalidad, pero igualmente validas.

En este contexto es importante determinar los posibles escenarios y/o tendencias que se pueden presentar con los distintos grupos de actores. Se definen como escenarios los esquemas artificiales de la realidad que sirven para auscultar en el presente las orientaciones de la acción futura, y son un recurso para que los diferentes actores del desarrollo puedan hacer un balance de las consecuencias de sus acciones³⁸.

La definición de los escenarios implica una mirada prospectiva sobre el futuro que abre una serie de posibilidades que no necesariamente implican una predicción sino una explicación de las estructuras de modo de definir el problema y poner en evidencia limitaciones y opciones de las cuales no sabemos cual será elegida. En los últimos años se ha utilizado esta visión de escenarios en países con fuerte énfasis participativo, donde se intenta a través de distintas metodologías, hacer un inventario de las posibilidades de futuro posibles y un análisis de los factores que estaría determinando cada una de esas posibilidades. Las hipótesis que se plantean deben ser pertinentes, coherentes, creíbles, importantes y transparentes.

La definición de estos escenarios permite:

- Identificar los puntos de bifurcación de una situación, distinguir los acontecimientos y cambios que producen determinadas acciones de los actores
- Identificar el punto de inflexión, que es un momento privilegiado para la toma de decisiones
- un análisis prospectivo donde se puede plasmar con mayor fuerza la tensión entre continuidad y cambio
- Involucrar a los actores en un esfuerzo de reflexión y crítica colectiva

La construcción de escenarios trabaja con “situaciones tipo” donde se pueden apreciar las tendencias, pautas de comportamiento de los distintos actores y procesos. Esta construcción se compone de las siguientes fases:

- Identificación de los temas o variables críticas y los factores que no varían en los distintos escenarios prospectivos

³⁸ “Escenarios”, en Informe de la situación de Bolivia. PNUD, 2002.

- Análisis de las diferentes combinaciones de variables críticas identificadas de las cuales se desprende la construcción de algunos escenarios
- Evaluación de las capacidades existentes dentro de las que se incluye: Tipo de liderazgo político y social, vínculo entre los líderes, capacidad política y social de los actores.

Los escenarios enfatizan factores políticos, sociales, culturales e institucionales. Generalmente el primer escenario corresponde con la descripción de lo que existe. Otro posible escenario es aquel en que la dinámica principal es la inercia, otro puede ser el de la confrontación o creación de nuevas alternativas y propuestas. Cada escenario ofrece un juego de posibilidades distintas considerando las fuerzas de poder, su dinámica y su estructura.

4.1.3 Identificación de los actores involucrados en el proceso de construcción del diálogo

Definición:

En la definición de los actores es importante determinar si son individuos o grupos, y en este último caso ver quienes son los que efectivamente participan y /o se les delega la responsabilidad de hacerlo.

Actores:

Para efectos de esta guía, los actores se definen como grupos o individuos que se organizan en torno a una demanda o propuesta específica en el ámbito a tratar y al hacerlo, se transforman en una fuerza social

Los actores pueden y deben trabajar de manera conjunta con el fin de determinar lo que es bueno para cada grupo y así lograr el bien común. Al trabajar juntos los actores son capaces de trascender los límites de sus propios intereses y buscar y entender las necesidades de los otros.

En este proceso de definición de los actores es importante diferenciar organizaciones, individuos, grupos excluidos y todos aquellos que tienen un rol activo es decir que desarrollan alguna actividad dentro del proceso, como también todos aquellos que son beneficiarios del proceso de dialogo.

Cuadro 14

Definición y Criterios de Selección de los actores que participarán en el proceso de diálogo en salud

- ✓ Mapeo y análisis de actores
- ✓ Identificación y caracterización de los grupos objetivo
- ✓ Identificación de los representantes de los grupos que participaran

Con estos criterios se obtiene un catastro de los actores a convocar. Una vez realizado este ejercicio, es necesario identificar la metodología y técnicas de recuperación de información a utilizar con cada grupo, como se observa en el siguiente cuadro.

Cuadro 15
Esquema de Participación de los Actores

Grupos	Posición Estructural	Posición Respecto al Sistema de Salud	Discurso	Metodología a utilizar	Técnicas de Recuperar la información
Expertos	Proximidad a los centros de toma de decisiones	Conocedores del Sistema	Técnico	Cualitativa	Grupos de Expertos
Operadores del Sistema	Proximidad a los centros de toma de decisiones	Proveedores del sistema	Técnico Corporativo	Cualitativa	Grupos de Discusión y Tareas
Usuarios del Sistema	Distancia a los centros de toma de decisiones	Utilizan los servicios de salud	Sentido Común	Cualitativa y Cuantitativa	Grupos Focales
Organizaciones de representación de la sociedad	Periféricos a los centros de toma de decisiones	Usuarios del Sistema, líderes de Opinión, actores políticos	Demandante y reivindicativo Mixto Técnico, político y Sentido Común	Cualitativa	Grupos de Conversación y Empoderamiento

Gobierno	Centro de la toma de decisiones	Comando del Sistema	Técnico y político	Cualitativa y cuantitativa	Grupos de discusión y tareas
-----------------	---------------------------------	---------------------	--------------------	----------------------------	------------------------------

4.1.4 Definición de los temas a discutir

(Ejes en torno a los cuales se realizara el Diálogo Social)

Los temas a discutir serán definidos de acuerdo a la realidad de cada país, dada por la situación específica de exclusión en salud, utilizando como material de apoyo la caracterización de la exclusión ya realizada en la primera fase del proyecto. Se puede construir una agenda y/o guía tentativa de conversación que apunte a los siguientes temas:

- Exclusión en salud y su caracterización
- Políticas y estrategias implementadas para mejorar el estado de salud de las personas y su impacto sobre la exclusión (fortalezas y debilidades)
- Validación de la representatividad de los participantes y reconocimiento de su capacidad de incidir en las estrategias de combate a la exclusión en salud
- Fortalezas y debilidades de los procesos de concertación democrática realizados en el país

4.2 IMPLEMENTACIÓN DEL DIALOGO SOCIAL

Cuadro 16

Pasos a seguir en la etapa de Implementación del Diálogo Social

- ✓ Capacitación a los moderadores en el uso de esta guía
- ✓ Organización de un evento público de presentación de la situación de exclusión en el país, convocatoria al diálogo y presentación de la propuesta para su implementación
- ✓ Elaboración y envío de invitaciones al diálogo
- ✓ Contrato de locales, café, transporte, medios audiovisuales
- ✓ Distribución del material y de la pauta de registro y evaluación de las actividades de diálogo a los moderadores
- ✓ Realización de las actividades de diálogo: Al menos se realizaran 12 mesas de diálogo por país
- ✓ Escoger la técnicas adecuadas en cada caso
- ✓ Luego de concluido el diálogo: Documento escrito con los acuerdos, en la forma de un listado acciones priorizadas para reducir la exclusión por cada mesa de diálogo
- ✓ Llenado de pauta de registro y evaluación de la actividad de cada mesa de diálogo por el moderador respectivo

PASOS A SEGUIR PARA FORMALIZAR LAS PROPUESTAS OBTENIDAS EN LAS MESAS DE DIALOGO SOCIAL:

- ✓ Sistematización en un solo documento formal de los listados priorizados de acciones para reducir la exclusión en salud
- ✓ Elaboración de un listado de los compromisos adquiridos por los diversos actores para contribuir a materializar las acciones acordadas en las mesas de diálogo
- ✓ Realización de un evento público para dar a conocer los resultados del proceso

Cuadro 17

PASOS A SEGUIR EN LA ELABORACION DEL DOCUMENTO DE SISTEMATIZACION

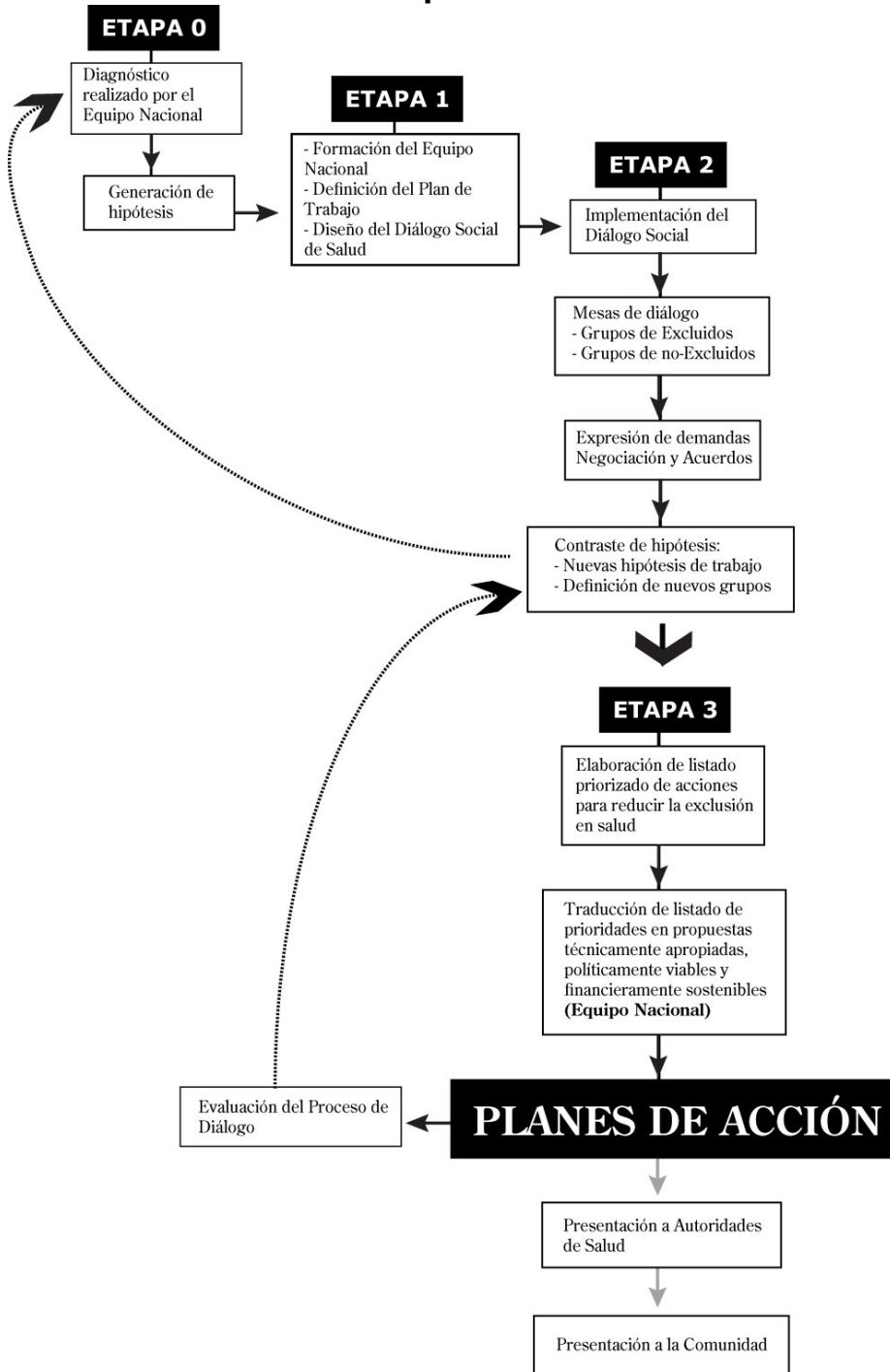
- ✓ Consolidación y edición de los listados priorizados de cada mesa
- ✓ Revisión y transcripción de los listados de acciones priorizadas a un solo documento
- ✓ Presentación del documento de sistematización a las autoridades nacionales
- ✓ Presentación del documento de sistematización a la sociedad a través de eventos públicos



Traducción del listado sistematizado en estrategias políticamente viables y financieramente sostenibles

PLAN DE ACCIÓN

Diálogo Social en Salud



4.3 EVALUACIÓN:

La evaluación es un componente muy importante en este proceso ya que se deben complementar e integrar tanto los resultados de las técnicas cualitativas como información cuantitativa disponible.

La evaluación permite revelar la información apropiada en una situación determinada, constituyendo marcos de referencia para la futura construcción de políticas. Es por ello que es muy importante

4.3.1 Evaluación de la actividad

Ficha de registro y evaluación de las actividades realizadas en cada mesa de dialogo (ver Ficha de Registro, próxima página)

Informe de resultados y análisis de contenido

Recomendaciones

4.3.2 Evaluación de Proceso

Es necesario definir indicadores de evaluación del proceso de dialogo. Sin perjuicio de que cada equipo nacional pueda definir sus propios indicadores, se recomienda utilizar al menos los siguientes:

- Los listados priorizados de acciones reflejan y/o son coherentes con los acuerdos establecidos en las mesas de dialogo.
- El porcentaje de actores participantes es al menos un 70% de los convocados
- El grado de representatividad de los actores es alto
- Se han extraído al menos tres ideas fuerza de la discusión para ser incorporados en el listado priorizado de acciones
- Los actores participantes validan la metodología utilizada en la mesa de dialogo
- El proceso de dialogo ha tenido reconocimiento publico.
- Los ejes de discusión sugeridos fueron incorporados en el proceso de dialogo
- Se logró discutir todos los puntos establecidos en la agenda.
- Al menos el 70% de los participantes comprendieron las instrucciones y pudieron discutir abiertamente del tema.
- La información recogida de los diálogos es clara y simple de interpretar.
- Se respetaron las opiniones de cada uno de los participantes y su derecho a la confidencialidad en caso de que así lo solicitaran.
- Los acuerdos tomados en la mesa fueron consensuados por al menos el 70% de los participantes

FICHA DE REGISTRO DE SESION DE DIALOGO SOCIAL

Grupo N° ____

Tema:

Fecha:

Nombre del Monitor(es):

Hora de Inicio:

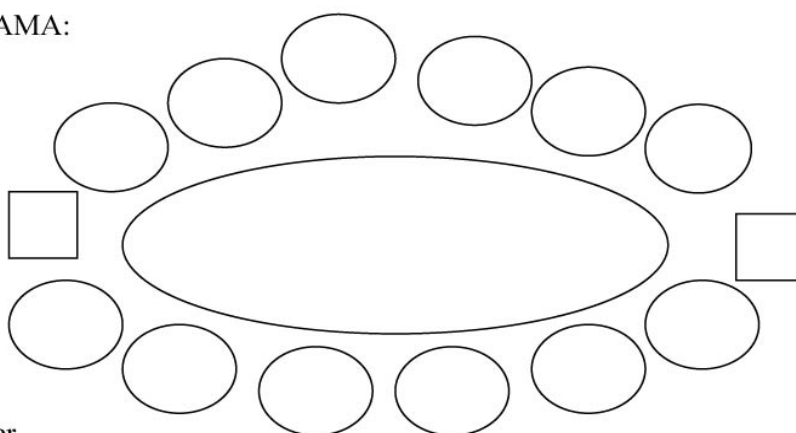
Hora de término:

Número de intervenciones por módulo:

- Hombres
- Mujeres

Número de Superposiciones:

DIAGRAMA:



O= Mujer

X= Hombre

Lugar de Realización:

Numero de participantes: Hombres

Mujeres

Edad de los participantes:

Estado Civil de los Participantes

Actividad de los Participantes:

Hijos, en caso que existan

Cantidad de Participantes con trabajo remunerado

Cantidad de Personas por grupo familiar

Breve descripción de 5 elementos relevantes de la sesión

Breve descripción de dificultades que se presentaron en la sesión

ANEXO I

PARTICIPACIÓN

1. La participación como elemento de gran importancia para la gestión de un proyecto

Los modelos de gestión que han sido evaluados como exitosos durante este último siglo se caracterizan por la presencia de elementos tales como, la capacidad sistemática de análisis de contexto, detección de áreas de problema, comunicación activa, y formación de redes. En este nuevo contexto de organización, la participación es un elemento fundamental y necesario en el proceso de construcción, innovación, compromiso y confianza en el logro de resultados. Un fuerte componente de participación esta relacionado con un mayor grado de legitimidad y autogestión ³⁹.

La Participación es inherente a la Naturaleza Humana. De acuerdo con el reporte de desarrollo humano realizado por Naciones Unidas en 1993, la participación es una condición fundamental para la sobre vivencia. En Latinoamérica la participación ha sido fundamental para la construcción de los pilares de la democracia y la identificación de problemas que afectan a la mayoría de la población. La participación es un derecho inherentemente humano que eleva la dignidad humana y crea posibilidades para el desarrollo.

En este escenario en que se evidencia que la participación es un elemento fundamental para la construcción de la legitimidad y social y sustentabilidad se hace indispensable la implementación de ella para el logro de un real mejoramiento social.

2. La Participación enfrenta resistencia e intereses

A nivel de discurso la participación ha sido muy exitosa ya que se inserta en el marco democrático que se esta promoviendo en la región. Pero esto no es suficiente, para operacionalizar el discurso se hace necesario la generación de profundos procesos de cambio social que provocan resistencia en algunos grupos de interés. Algunas de estas resistencias son:

- Costo y Tiempo: Los procesos participativos implican un mayor tiempo y costo en su implementación. Estas cargas extras que en el corto plazo parecen una clara desventaja se transforman en el mediano y largo plazo en costo efectivas.
- Económicamente Reduccionistas: La participación como proceso humano no puede ser evaluada en términos económicos, ya que sus resultados no tienen que ver con

³⁹Leavitt H, Lipman-Blumen J, *Hot Groups*, Harvard Business Review, July-August,1995

incentivos económicos. Sin embargo este elemento inherentemente humano puede ser un elemento importante en la promoción de la productividad. Amartya Sen explica que la exclusión de las motivaciones y intereses humanos da en la perspectiva económica, genera un marco muy limitado de análisis⁴⁰.

- El predominio de una cultura de organización formal: La visión formal de la organización promueve la jerarquía y la verticalidad que lleva a una rutina. Por el contrario la participación se basa en un esquema horizontal de cooperación, flexibilidad, adaptación y visión clara de los objetivos. Romper el esquema burocrático imperante por la introducción de modelos participativos en la gestión de proyectos es claramente una amenaza que provoca mucha resistencia y desmotiva a los potenciales actores de la comunidad.
- Subestimación de los Pobres: Los encargados de implementar los modelos participativos asumen que las comunidades pobres son incapaces de participar en el diseño, gestión y evaluación de sus proyectos debido a sus escasos conocimientos y cultura. Sin embargo muchos de los elementos de capital social están presentes en las comunidades pobres, tales como el compartir ciertos valores, tradiciones, vínculos de solidaridad, expectativas que si se movilizan de manera exitosa pueden producir resultados muy significativos⁴¹.
- Tendencia a Manipular a la Comunidad: Los líderes del proyecto que no son necesariamente los verdaderos líderes de la comunidad tratan de manipular a la comunidad, pero su no representación crea resistencias a participar y predisposición negativa hacia futuras iniciativas.
- Problemas de Poder: La participación implica compartir el poder, lo que crea un nuevo marco para las relaciones de modo de establecer mayor equidad. Este nuevo marco quita poder a las autoridades lo que crea resistencia. Sin embargo la participación ha probado ser un elemento importante en el incremento de la innovación y productividad⁴².

2.1 Políticas y Estrategias Orgánicas y Activas son Necesarias para la Futura Participación:

La idea de participación conlleva la implementación de iniciativas que fortalezcan a la sociedad civil. En este proceso se incorpora como elemento fundamental la perspectiva integral que integra lo político, social, y económico. Para fortalecer la incorporación de este enfoque participativo es necesario:

- Realización de investigación y sistematización que fortalezca una participación exitosa, evitando los problemas que surgen en la etapa de implementación. Estos estudios deben incluir y trabajar la visión de los beneficiarios del

⁴⁰ Sen A, *On Ethics and Economics*, 1997

⁴¹ Hirschman A, *Against parsimony: Three easy ways of complicating some categories of economics discourse*, *America Economy Review*, 1984

⁴² Navarro Z, *La democracia afirmativa y el desarrollo redistributivo: el caso del presupuesto participativo en Porto Alegre, Brasil*, Doc **BID**, 1998.

proyecto, y de las agencias que lo van a implementar. Esta base de conocimiento será la base para fortalecer y complementar el trabajo actual.

- Debe iniciarse un proceso de aprendizaje donde se aprenda de las experiencias exitosas, por lo que deben documentarse las experiencias acumuladas.
- Las iniciativas innovadoras en esta área deben ser apoyadas por políticas.
- Es necesario la creación de alianzas de modo que los esfuerzos por promover participación se potencian y no queden aislados. Para esto la coordinación de las actividades de los distintos grupos de la sociedad debe realizarse tanto a nivel nacional como local. Esta coordinación tiene como objetivo la protección de las actividades que están realizándose y logro de un mayor apoyo de los distintos sectores hacia el trabajo.
- Promover e incrementar la conciencia pública y el debate respecto a la participación, mostrando los beneficios que ésta tiene y ojala ponerla en la agenda publica.

3. Técnicas Participativas:

Durante los años setenta surge en oposición a los modelos positivistas y funcionalistas predominantes, la investigación participativa que se basa en el concepto de transformación de carácter estructural que da cuenta de las realidades sociales complejas y contradictorias. Esta investigación incrementa la posibilidad de enfrentar de mejor manera los problemas sociales urgentes ya que amplía la conciencia de los propios recursos y desarrolla confianza en los grupos intervenidos.

Estas técnicas son una propuesta metodológica cuyo objetivo es la transformación de la realidad social tanto en su organización como en sus relaciones de poder entre los grupos y estructuras sociales que promueven un mejoramiento de las condiciones de vida de las personas que son parte de esta realidad⁴³.

Estas técnicas se define desde sus inicios como una estrategia de acción definida que involucra a los/as beneficiarios/as de la misma en la producción de conocimientos de acuerdo a los propios valores y capacidades. Los principios básicos de estas técnicas participativas se definen como⁴⁴:

- Su punto de partida esta ubicado en la perspectiva de la realidad como una totalidad. La totalidad no significa todos los hechos, sino la realidad como un todo estructurado y dialéctico, en el cual puede ser comprendido racionalmente cualquier hecho⁴⁵. Es un todo en organización en desarrollo, que se va creando.

⁴³ Hall B

⁴⁴ Gabarron L, Hernández L, *Investigación Participativa*, Cuadernos Metodológicos, Centro de Investigaciones Sociológicas, 1994

⁴⁵ Kosik 1983

- Se parte de la realidad concreta de los propios participantes del proceso. Esta premisa considera a las personas en situación lo que determina condiciones espaciales y temporales que interactúan.
- Los procesos y estructuras, las organizaciones y los sujetos se contextualizan en su dimensión histórica.
- La relación tradicional sujeto objeto que se establece entre investigador y grupo, se convierte en una relación sujeto-sujeto. Esto apunta al principio de diálogo que se refiere a un diálogo reflexivo-concientizador, crítico, democrático y antidogmático; de carácter horizontal que hace que ambas partes investiguen y aprendan al mismo tiempo que se realiza una acción transformadora donde se abandona la postura de erudito para escuchar y aprender de los discursos de distintas sintaxis culturales a través de las relaciones simétricas y de incorporar a las personas como sujetos activos y pensantes en la investigación.
- La unidad entre la teoría y la práctica. Esto supone construir la teoría a partir de la práctica reflexionada críticamente. Es necesario vivir intensamente la relación profunda entre teoría y práctica de modo de integrar a las personas críticamente en la acción transformadora⁴⁶.
- El conocimiento científico y el popular se articulan, críticamente, en un tercer conocimiento nuevo y transformador. Esto apunta a la factibilidad de establecer un diálogo con participación activa e intelectual del sujeto en un proceso colectivo de producción de conocimientos.
- La participación debe estar presente a través de todo el proceso. Esto es que la comunidad y/o grupo intervenido tome parte en cada una de las etapas y forme parte de la toma de decisiones.

Análisis de redes y Mapas Sociales:

El análisis científico clásico apunta a lo cuantificable dejando de lado un aspecto importante de los fenómenos sociales que son los aspectos que no se pueden medir por lo tanto lo que ganamos en precisión lo perdemos en comprensión de la complejidad. El análisis de las redes se basa en los siguientes supuestos⁴⁷:

- Se puede pensar la sociedad en términos de estructuras
- Estas estructuras sociales se manifiestan en forma de relaciones entre actores sociales(sean estos actores, grupos, organizaciones, clases o individuos)
- Los conjuntos de vínculos o relaciones sociales forman redes.

⁴⁶ Freire P. 1984

⁴⁷ Gutiérrez Pedro M, Mapas Sociales: Método y Ejemplos Prácticos.

- De acuerdo a la posición que de los diferentes actores intervinientes ocupan en esas redes van a definir sus valores, creencias y comportamientos.
- El principio de análisis no son los individuos ni los grupos sino las relaciones y redes de relaciones que se establecen.

A partir del análisis de las redes surge el sociograma que consiste en representar gráficamente las relaciones interpersonales de un conjunto de individuos. Estos sociogramas representan gráficamente las relaciones que están presentes en un momento determinado, entre un conjunto de actores con vistas a transformar la situación. Por lo tanto en este escenario se presentan dos miradas: lo instituido y/o establecido (desde arriba) y las potencialidades y posibilidades de transformación (desde abajo). Este mapa sirve como una especie de diagnóstico donde se ve la articulación de las redes sociales que parte con el análisis de redes clásico que se basa en la pregunta con quien se relaciona Ud en primer lugar, en segundo, etc, incluyendo tanto los grupos formales como la sociedad civil.

Para la elaboración del sociograma es necesario considerar los siguientes supuestos⁴⁸:

- Por lo general las relaciones son recíprocamente asimétricas, diferenciándose en contenido e intensidad.
- Los miembros de la red se relacionan de manera directa e indirecta y es el conjunto de contextos de estructural el que define una relación específica.
- Las relaciones creadas por la estructura de relaciones no son arbitrarias.
- Las relaciones pueden vincular a individuos, así como a grupos y organizaciones.

Para el análisis de la redes generalmente se han utilizado dos perspectivas⁴⁹:

- *Análisis Relacional*: Se refiere a las relaciones directas e indirectas entre los actores, las cualidades de dichas relaciones, la intensidad, fortaleza, los conflictos, que tipo de relaciones se mantienen (económicas, de intercambio, de solidaridad, etc.).
- *Análisis Posicional*: Se refiere las formas que toman los diferentes conjuntos de actores, por lo tanto se centran en las estructuras que se configuran. Se ve la adscripción de los actores a los distintos discursos.

Elementos claves para el análisis:

- **Intensidad de las relaciones**: Se refiere a la identificación de las relaciones dominantes en cada espacio.

⁴⁸ Id

⁴⁹ Id

- Densidad de las relaciones: Se refiere a identificar las zonas con alta densidad de modo de trabajar tanto sus características como las relaciones que mantienen.
- Observación de los elementos centrales: Se refiere a la identificación de aspectos que son comunes a varios actores y sirve como el punto de conexión y/o unión.
- Observación de los elementos articuladores: Identificación de aquellos elementos que sin ser centrales juegan un rol estratégico en el sentido que unen a varios actores de la red, por lo tanto se enfatiza la cualidad que juega un rol importante en el entramado de la red.
- Conflictos: Identificación de las interferencias en las relaciones entre grupos y el carácter de estos conflictos.
- Espacios sin relacionar: Identificación de aquellos espacios donde no hay relación y donde la posible existencia de una facilitaría una mejor acción del grupo en su conjunto.
- Relaciones indirectas: Identificación de aquellas relaciones que no son directamente explícitas entre los actores.
- Observación de puentes locales: Se refiere al análisis de las relaciones débiles, ya que muchas veces pueden aportar significativamente al análisis debido a que unen sectores que de otra manera estarían desconectados.

ANEXO 2

TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS POSIBLES DE UTILIZAR EN EL DIÁLOGO SOCIAL

1. Coaching

Definición y Características

El Coaching es un proceso inductivo, dirigido por un gerente (supervisor), para entrenar y orientar a otros en el desarrollo de una tarea. Se utiliza frecuentemente en el lugar de trabajo como herramienta para optimizar el desempeño, ayudando a remover aquellas barreras que puedan ser obstáculo para un eficiente quehacer y desarrollo profesional en un enfoque que valora el aporte individual al trabajo conjunto. La idea es ayudar al empleado a definir y trabajar los problemas personales u organizacionales que debe superar con el fin de mejorar su desempeño en el trabajo.

El Coaching a menudo se confunde con la Orientación, que es una técnica utilizada para apoyar el manejo de conflictos a través de actividades de consejería directa al individuo, sin involucrarse en los procesos grupales de la interacción en el contexto de trabajo. Ambas técnicas comparten ciertas características tales como: escuchar, mostrar empatía, preguntar, proporcionar información y el desarrollo de planes de acción.

CINCO ELEMENTOS BÁSICOS DEL COACHING

- a) Convicción en los principios.
- b) Optimización del desempeño.
- c) Apertura al cambio.
- d) Compromiso con el propio desempeño.
- e) Honestidad.

a) Convicción en los principios

Quien desempeña el rol de Coach, debe tener un claro “sentido de dirección” y promover este objetivo con pasión. Debe tener una fuerte convicción en lo que busca para conducir hacia los resultados. Canaliza las energías y esfuerzos hacia objetivos que involucran excelencia. Sin una visión clara, los esfuerzos de las personas se diluyen.

b) Optimización del desempeño

Los buenos Coach habilitan a sus equipos para optimizar sus resultados. Esto solo se logra con esfuerzo y empeño personal. Un buen Coach analiza con cada uno de los miembros del equipo, las fortalezas y debilidades individuales de su desempeño, con el fin de que cada persona conozca lo que necesita mejorar o aprender para lograr el nivel de excelencia necesaria para el cargo. También es importante para quien desempeña el rol de COACH, saber que habrá personas del equipo a las que tendrá que empujar, como también motivarlos a un mayor esfuerzo personal.

c) Apertura al cambio

El Coach debe ser un líder efectivo que prepare a la gente y al equipo que dirige, para los momentos de cambio. Debe desarrollar en la gente la habilidad de fluir con el cambio y superar la falta de flexibilidad, que es uno de los mayores problemas en las empresas y organizaciones. Esta apertura al cambio implica la capacidad de efectuar un rápido cambio de estrategias cuando el entorno lo requiere, esta es una de las habilidades centrales de un buen coach, adaptarse rápido y ayudar a su equipo a hacer lo mismo.

d) Compromiso en el desempeño

Consistencia en el desempeño es otra de la característica esencial de un buen coach. Esta consistencia no significa comportarse todo el tiempo del mismo modo, sino actuar del mismo modo en circunstancias similares. Esto proporciona seguridad a las personas y al equipo, saben lo que se espera de ellos y a la vez ellos saben que esperar de su coach. El objetivo del coach es lograr desarrollar el mejor potencial de cada uno de los miembros de su equipo. En este enfoque, las equivocaciones y errores son corregidas en forma inmediata y contingente, ya sea como equipo o en forma individual si corresponde. Como coach, las personas deben tener criterio y flexibilidad para confrontar a las personas cuando cometen errores, centrándose específicamente en la acción errada y no en la persona en sí. Es necesario que les quede claro que siguen siendo valoradas como personas.

e) Honestidad

Finalmente, la integridad es un valor fundamental tanto en el líder como en el coach. Esta integridad estará basada en la honestidad de mostrarse como uno es frente al grupo, sin pretender ser lo que no es. De este modo logrará credibilidad, predicando con el ejemplo. El éxito del coach estará directamente relacionado con la percepción de su integridad.

La característica fundamental del Coaching tiene que ver con confiar en alguien y tomar las acciones necesarias para ayudarlo a lograr lo mejor de sí.

“Un trabajo exitoso de coaching es siempre una historia de transformación, no solo de éxito respecto a los niveles de desempeño. Es una historia sobre como guiar a las personas más allá del orgullo e intereses inmediatos y motivarles a desarrollar y obtener el potencial que realmente pueden lograr. Debe incentivarse el deseo de cuestionarse fundamentalmente quienes son, que quieren, que hacen y porque lo hacen.

Robert Hargrove, 2003

2. Técnicas de Resolución de Conflictos

Los supuestos que están a la base de este enfoque estipulan que el conflicto es algo inevitable en las relaciones humanas y es a través de él, que se construye confianza y soluciones innovadoras y creativas a los problemas, fortaleciéndose así las relaciones interpersonales.

Este enfoque plantea el lidiar con los conflictos en forma no violenta, proporcionando medios alternativos de resolución a los que pueden acudir los actores sociales en conflicto y terceros interesados en el espectro de soluciones equitativas y satisfactorias para las partes involucradas y la sociedad en general.

Entre las modalidades más conocidas de resolución de conflicto se encuentran: negociación, mediación, conciliación, arbitraje, facilitación, la investigación de hechos, las mesas de concertación y solución de problemas, entre otras. Ellas han sido utilizadas e incorporadas en la implementación de algunas políticas públicas, especialmente aquellas vinculadas directamente con el sistema judicial. Uno de los argumentos más fuertes que apoya el uso de estas técnicas se relaciona con la transformación social, que se asocia con la participación de la comunidad en la resolución de conflictos con el fin de transformar las relaciones existentes entre los antagonistas de la sociedad y en general. Esta participación permite que los actores sean reconocidos como actores en conflicto y también promueve el fortalecimiento de la organización local a través de la participación e impulso de diversas iniciativas tales como: discusión de un plan de desarrollo local, ejecución de procesos de desarrollo, participación en las decisiones locales entre otras⁵⁰.

Los conflictos se clasifican en simétricos y asimétricos, aquellos simétricos tienen por característica la existencia de actores en conflicto que cuentan con recursos

⁵⁰ Ormachea I, Utilización de medios alternativos para la resolución de conflictos , Iprecon – Perú , 2000

de poder similares o balanceados, mientras que los asimétricos manifiestan abierta disparidad entre los recursos de poder que poseen⁵¹.

Los medios adecuados para la resolución de conflictos son estrategias proactivas donde se reconoce que los conflictos son inevitables y para bajar el grado de conflicto se hace necesario abrir la comunicación y hablar de los valores y sentimientos involucrados en el conflicto.

De acuerdo a la modalidad como se resuelven los conflictos, se distinguen aquellos conflictos que son resueltos por las partes involucradas sin acudir a ayuda externa lo que se denomina resolución no asistida, y por otro lado aquellos que no son capaces de llegar a una resolución en conjunto por lo que requieren de la presencia de un mediador externo que asiste la resolución del conflicto.

2.1 Mediación

Es una técnica de resolución de conflictos en la que se invita a una tercera parte para que interceda ya que los intentos de llegar a una resolución del conflicto han fracasado entre las partes involucradas. Este apoyo se da a través de la presencia de un **mediador**, quien ayuda a las partes involucradas en el diseño de la solución al conflicto. Este mediador puede ser escogido al interior de la misma comunidad o puede ser un profesional experto, externo al medio donde ocurre el conflicto.

El mediador debe⁵²:

- Velar por el cuidado de las personas involucradas en el conflicto más que en el hecho mismo, permaneciendo totalmente imparcial.
- Estar atento a los sesgos personales y proyecciones.
- Tener la voluntad de dejar que las partes involucradas en el conflicto experimenten sus propias fortalezas, más que sientan que han sido rescatados. Pero el rol en este sentido no debe ser totalmente neutro ya que puede desaparecer la idea de la existencia del mediador.
- Facilitar, apoyar y defender el proceso de resolución.
- Tener la voluntad de compartir experiencias personales y vulnerabilidades en los casos que sea apropiado.
- Confiar en la propia intuición del conocimiento.

Los procesos de mediación exitosa generalmente han incluido los siguientes elementos⁵³:

⁵¹ Id

⁵² Mediation

⁵³ Id

- **Un facilitador imparcial como tercera parte:** La tercera parte que entra en el juego es neutral y en su rol de mediador hace que el proceso funcione, las partes pueden confiar en que tienen cierto grado de seguridad y no son abusadas ni amenazadas por intereses de otros partidos. El proceso funciona porque el mediador se reconoce como alguien que apoya a las partes durante el proceso de resolución, sin involucrarse en ninguno de las partes que participan del proceso. El mediador ayuda y facilita a las partes para que encuentren sus propios y mejores intereses.
- **El facilitador debe proteger la integridad de los procedimientos:** El mediador protege la confidencialidad de los procedimientos. Es respetuoso de la información que da cada parte y preserva la integridad de los procedimientos en todos los sentidos. La información que el mediador revela corresponde solamente a la que existe en el acuerdo.
- **Debe existir buena fe por parte de los participantes:** Esto no solo implica el aceptar a un mediador y velar porque se produzca el proceso de resolución, sino que además no deben existir segunda intenciones en el proceso de mediación. En este sentido tanto el comportamiento como la integridad del ser neutro son importantes elementos para crear y preservar la buena fe de las partes.
- **La presencia de las partes:** La presencia de las partes y la autoridad correspondiente es fundamental para el trabajo que se realiza en el proceso de resolución. Todas las partes necesitan interactuar con el mediador.
- **Existencia de un sitio adecuado:** Se refiere a un lugar donde exista neutralidad, confidencialidad e inclusividad lo que facilite la conducción hacia el proceso de resolución.

Una de las características de la mediación es que es tan amplia que puede ser utilizada en diversos contextos y para la resolución de un amplio rango de conflictos.

2.2 Negociación

La metodología de negociación que se describirá a continuación es la que ha sido desarrollada por el Programa de Negociación de la Universidad de Harvard. Ha sido utilizada en diferentes situaciones de conflicto en distintos contextos y países por las Naciones Unidas y otros organismos, mostrando resultados efectivos.

En la práctica, todas las personas negocian cotidianamente en los distintos ámbitos de la vida, con colegas, colaboradores, superiores, familiares y amigos cercanos, aún cuando no sepan que lo están haciendo. Negociamos con nuestras parejas

respecto de una película que queremos ver o respecto de la radio que queremos escuchar si vamos en automóvil. Negocian los niños respecto del tiempo que ven televisión o a que hora se van a dormir.

La negociación es un proceso básico utilizado para obtener lo que se desea de los demás. Es un tipo de comunicación que fluye constantemente entre participantes que tienen intereses diferentes, con el fin de lograr un acuerdo. Prácticamente todos queremos participar en decisiones que nos competen o de algún modo nos afectan.

La negociación es un proceso intrínseco a la naturaleza humana, dada nuestras diferencias individuales. Somos diferentes, tenemos una socialización y, personalidad distinta. Nuestra educación, valores y principios nos llevan a diferir del resto y por ende “negociamos” para manejar aquellas diferencias que nos afectan. Sin embargo no siempre logramos el resultado esperado. En una negociación hay una serie de variables que coexisten simultáneamente.

Algunos factores relacionados con una mayor capacidad de negociar se relacionan con la capacidad de influir, con el poder, con aspectos psicológicos, con aspectos económicos, con niveles educacionales, entre otros.

Las técnicas de negociación más comunes dejan en general a una de las partes frustrada, insatisfecha, enojada y a veces con sintiendo todas estas emociones a la vez. En esta situación uno de los participantes en el proceso gana mientras el otro pierde. Este tipo de negociación, dado sus características, ha sido denominado como Negociación “Hard”.

Otra situación es cuando las personas desean evitar el conflicto y hacen concesiones con el fin de evitar el conflicto y llegar “rápidamente a una solución”. Este tipo de negociación, quizás evitará la confrontación inmediata pero en el tiempo, la persona terminará sintiendo que no logró lo que buscaba, generándole ello sentimientos negativos. Por sus características, esta negociación ha sido denominada “negociación soft”. No obstante este tipo de negociación suele durar corto tiempo ya que mantienen el conflicto latente con el tiempo, puede transformarse en una situación donde una negociación sin perdedores, ya no sea posible.

Hay una tercera forma de negociar, que no es ni “soft” ni “hard”, sin embargo, en alguna medida, hace uso de ambos estilos. Dentro de este marco se encuentra el modelo de negociación desarrollado por la Universidad de Harvard, que se utiliza mayoritariamente en distintos ámbitos de acción.

El modelo de Harvard procura que las decisiones se tomen en base a valores reales de las situaciones, más que en los argumentos que cada parte propone o no realizar. Este modelo sugiere y promueve que ambas partes ganen cuando ello sea factible. Al mismo tiempo postula que en caso de que afloren conflictos de intereses,

deberá insistirse en que el resultado final deberá basarse en estándares equitativos, independientemente de lo que cada parte desee.

Este método de negociación es “Hard” en los aspectos objetivos y “soft” en aquellos aspectos que se relacionan con las personas. Se basa en principios que muestran como llegar a obtener lo que se desea sin comprometer elementos como la dignidad o la integridad. Facilita el actuar con equidad y a la vez protege a la persona de que otro tome ventajas de esta equidad.

Principios del método

- Separe a las personas del problema

El enfoque básico es que se trata de trabajar con personas como seres humanos y con el problema y la situación objetiva. La relación, dentro de este método, debe basarse en percepciones precisas, comunicación clara, emociones apropiadas, visión de futuro y resultados definidos. Debe trabajarse directamente con los problemas de las personas, no tratar de solucionárselos con grandes concesiones.

En el caso de tener que enfrentar problemas de corte psicológicos, utilice técnicas psicológicas. En el caso de que las percepciones de las personas no sean precisas, deben buscarse formas de mostrar y enseñar a la persona su equivocación. En caso de que las emociones fluyan demasiado, debe buscarse la manera más apropiada para que las personas involucradas puedan soltar esa energía en forma apropiada.

En el caso de que aparezcan malos entendidos, debe trabajarse para superarlos y mejorar la comunicación entre las partes.

- Centrarse en los intereses y no en las posiciones

Los intereses definen el problema. Un problema básico en cada negociación yace en los conflictos entre necesidades, deseos, inquietudes y temores de cada parte más que en las posiciones en conflicto. El centrarse en los intereses más que en las posiciones facilita el desarrollo de soluciones. En este sentido es importante definir los intereses de modo de visualizar los intereses compartidos o diferentes pero complementarios, que pueden servir de base para un acuerdo sensato.

Pelear duro por el tema principal aumenta la presión por lograr una solución efectiva. Por otra parte, el proporcionar apoyo a las partes como persona tiende a mejorar las relaciones y a aumentar las posibilidades de llegar a un acuerdo.

Es la combinación de apoyo y ataque lo que hace que este modelo funcione, cada una de las acciones por separado generalmente son insuficientes.

El negociar “duro” por los intereses personales no significa cerrarse a escuchar los puntos de vista de la otra persona. Por el contrario, difícilmente puede esperarse que una de las partes escuche los intereses del otro y discuta las opciones sugeridas por ésta, si la contraparte no parece considerar sus intereses, ni estar abierta a sus sugerencias.

Una Negociación exitosa requiere de una actitud tanto “Firme” como “Abierta”

- Trabajar Juntos en Pos de Opciones que Satisfagan a ambas Partes

Esto apunta a desarrollar e inventar opciones que aporten al beneficio mutuo

En la mayoría de las “Negociaciones” ocurren 4 elementos principales que obstaculizan el crear opciones diversas:

- Juicios prematuros
- Búsqueda de una solución única
- Asumir una posición de “o tu ganas o ----yo pierdo”
- Pensar que “resolver su problema, es su problema”

Elementos importantes para una negociación exitosa:

- Separar la acción de inventar opciones del enjuiciamiento de ellas.
- Ampliar acciones potenciales a la mesa de negociación más que buscar “el” resultado posible.
- Buscar el beneficio mutuo.
- Inventar formas de tomar decisiones en forma fácil.

Fortalezas y debilidades de la negociación

Fortalezas

El método de negociación ha sido utilizado en distintos contextos con alta eficacia. Algunos ejemplos son: conflictos entre países, conflictos bélicos, conflictos Inter-gubernamentales, conflictos con grupos terroristas, en secuestros de personas claves, conflictos laborales, interpersonales y de parejas.

Debilidades

Requiere de tiempo y recursos para entrenar personas, “facilitadores”.

Requiere de apoyo externo durante la Negociación.

Posiciones extremadamente radicales pueden rechazarlo desde un inicio.

Un conflicto, manejado bajo un esquema tradicional, puede resultar engañosamente percibido como resuelto, no obstante en el mediano plazo puede presentarse como el “Síndrome del Globo”, sumar presión y explotar repentinamente con un tipo de reacción de mayor agresividad y por ende con consecuencias impredecibles.

Es por ello que este modelo de negociación ha demostrado ser altamente efectivo, ya que pone fin al conflicto, con una mutua aceptación, beneficiosa para ambas partes. Ello significa, en general, el término real de un conflicto.

ANEXO 3

GRUPOS DE DISCUSIÓN

El grupo de discusión es una técnica cualitativa de producción de datos, simultáneamente inductiva y naturalista. La técnica implica crear una situación en que ocurre una discusión controlada, en un grupo homogéneo (en cuanto a variables básicas asociadas a los objetivos de la investigación), a cargo de un moderador con competencias para facilitar el discurso de los distintos participantes. La discusión es abierta por el moderador, quien alienta a los individuos pertenecientes al grupo para que puedan, libremente, dar su opinión respecto a los temas y de esta forma entablar un diálogo entre distintas perspectivas y visiones particulares de los participantes.

El grupo de discusión, en un sentido estricto, no es propiamente un grupo, ya que él no existe antes ni después de ocurrida la sesión. Sin embargo, la reunión de personas es un punto fundamental pues la interacción y la construcción de una identidad colectiva (por momentánea que sea) son la base, el instrumento, para producir datos que serían inaccesibles a partir de sujetos aislados. La condición de grupo se alcanza en el intercambio, sea de emociones, sea de lenguaje; se logra cuando los participantes rompen la individualidad y pasan a expresarse a través de un “nosotros”.

“Un grupo de discusión puede ser definido como una conversación cuidadosamente planeada, diseñada para obtener información de un área definida de interés, en un ambiente permisivo no directivo. Se lleva a cabo con aproximadamente 7 a 10 personas, guiadas por un moderador experto. La discusión es relajada, confortable y a menudo satisfactoria para los participantes, ya que exponen ideas y comentarios en común. Los miembros del grupo se influyen mutuamente, puesto que responden a las ideas y comentarios que surgen en la discusión”

(Krueger, 1991)

La fuente de datos se encuentra en el discurso que se genera en el diálogo entre los sujetos, diálogo que refleja un estilo de conversación que en momentos se aproxima al conflicto, sea en términos reales o simbólicos. El concepto de diálogo es un reflejo de la idea de conversación, de confrontación, y de intercambio, donde una variedad de discursos se van presentando alternadamente, dialógicamente. Sin embargo, no es cualquier diálogo, es un diálogo donde se busca la discusión, las ideas y discursos encontrados. En ese

sentido, discutir, del latín “*discutire*” (que significa quebrar, remecer, sacudir) apunta hacia discursos que, en la oposición de ideas, buscan abarcar una cierta completitud que cubra todos los puntos de vista posibles. De allí que la búsqueda de la incoherencia del discurso sea, en definitiva, uno de los focos de la técnica. Desde esta perspectiva, lo que el grupo hace, es producir una o distintas unidades de análisis a partir de un proceso que básicamente, en lo concreto, consiste en tomar la palabra de manera alternativa y producir un discurso en cada momento.

El tema de la incoherencia no es menor en torno a los grupos de discusión. Es en la incoherencia que se facilita con esta técnica, basada en el lenguaje cotidiano, donde parece residir la esencia de este enfoque que se opone a la linealidad de la entrevista, sea ésta individual, o en la modalidad de *grupso focales*. Bajo la discusión, que se encuentra enmarcada en una interacción en el que el observado sabe que está siendo tanto objeto como sujeto, surge un diálogo “natural” donde se genera un discurso, facilitando que surjan las incoherencias. Estas incoherencias en el discurso del grupo se producen ya que ciertos argumentos parecen muy razonables desde la experiencia, los que podrían no ser del todo válidos, desde la lógica formal. De algún modo, la aparición de estas incoherencias, que paradójicamente resultan coherentes en un grupo, sería resultado de la reflexividad y la actitud crítica del sujeto en este contexto social tan particular. La explicación de estas incoherencias parece residir en el salto al de las ideas, de las palabras, al terreno de la praxis, al contexto práctico y concreto de los hablantes. Estas incoherencias podrían también, y posiblemente en paralelo, ser indicadores de conflicto. La ruptura de la coherencia explicaría que en la representación simbólica de cierto grupo habría un rechazo, una cierta imposibilidad de asimilar una lógica que se percibe ajena, distante. Surge una contradicción normativa, que se refleja en la tensión en el discurso. Es de cierta manera el indicador de las transformaciones sociales. Es el discurso de un grupo que entra en contradicción con el discurso institucionalizado, con el discurso “de otros”.

Esta técnica apunta a la subjetividad de los participantes entre los que se da la discusión, es por ello que el investigador debe tomar una posición a momentos activa, a momentos pasiva, en relación a la recopilación de la información. Su forma de intervenir es a través de la introducción de estímulos que generen discusión para poder obtener el material necesario para el análisis. Esto se hace a través del habla, la cual de una forma u otra refleja el orden social de los

sujetos implicados, y pone de manifiesto la subjetividad de los individuos que están participando en el grupo.

Aunque es el habla la base que aporta la mayor parte de los datos, y que ésta se expresa mayormente a través de la producción de palabras, es necesario considerar que lo que se despliega, a pesar que en la lengua se está reproduciendo lo que cada sujeto implicado ha significado a partir de la experiencia social y que al mismo tiempo reproducirá esta experiencia a partir de su discurso, también el silencio juega un rol fundamental.

Esta es una técnica particularmente abierta al silencio. En la medida que el grupo genera un particular proceso comunicativo, que buscamos observar de la manera más natural posible, es decir como si no existiese esa observación, tenemos la posibilidad de mirar un silencio que surge pleno de significados. Es en esta relación que existe entre la vida cotidiana de los sujetos observados y la del observador, donde el silencio cobra la importancia de un elemento claro de transición. Particularmente, en el grupo de discusión un silencio puede ser una clara señal del conflicto que se produce una vez expuesto un tema altamente significativo para ese sector social específico, o debido a cierta incomodidad frente a personas desconocidas en un principio, o tal vez a la dificultad de enfrentar la clara oposición de la norma del grupo a la norma dominante. El silencio puede ser una manera también de hacer perdurar la unidad del grupo, ya que el tema expuesto puede permitir liberar fuertes tensiones. En definitiva, los silencios abren el campo de la interpretación de una manera sorprendente y desafían al moderador a hacer una buena gestión de ellos. El silencio final de cada reunión, según Callejo (2002), también se podría deber al sentimiento de haber finalizado, haber logrado un consenso, sentirse lo suficientemente reflejado con lo que allí se ha planteado.

Ello no deja de ser razonable, si se al grupo desde su perspectiva de “re-unión”, donde la técnica permite jugar en dos direcciones opuestas, donde un camino se dirige a la reintegración del grupo tras la individualización inicial, y el otro a la singularidad que se asume al hacerse planteamientos desde cada persona, sin dejar de lado el hecho que se está en un grupo y se pertenece a él, al menos por el tiempo de duración de la sesión. Al reunir a seis u ocho participantes y producir una actividad discursiva lo que se incita es la búsqueda de nexos, frente a lo que se unen y frente a los que se separan. Esto se produce a través de un reflexionar sobre las normas de referencia particulares de grupos sociales más amplios, que cada participante “representa”. De esta reflexión discursiva surge la norma, es decir, lo que se-debe-ser en la relación con el fenómeno social estudiado. Es por esto tal vez que en muchas sesiones, además de los

variados puntos de vista que se planteen, surgen quejas y demandas que no estaban consideradas en los esquemas de discusión, pero que pueden reconocerse como un resultado de estas reuniones. Ello ocurre debido a la cercanía del grupo de discusión con las normas sociales, y al ambiente “de permiso” que es posible hallar allí. Este fenómeno es particularmente más frecuente cuando el discurso se va haciendo más consensual, lo que implica una configuración de unas normas de un grupo allí formado, en contraposición a las normas de otros grupos sociales, reales o virtuales. Surge el consenso, que se convertirá en un instrumento analítico primordial. Este surgir es espontáneo, lo que le asigna un valor en sí mismo, sobre todo si se compara esta técnica con la de *grupo focals*, donde el consenso suele aparecer muy tempranamente como resultado de la propia estructura de una entrevista, donde el facilitador va conduciendo, con preguntas, al grupo por los senderos de la coherencia y los acuerdos.

El grupo de discusión puede en su discurso articularse como una queja, en cuanto siempre existen diferencias colectivas con las normas de referencia, o demandas en cuanto se exige o espera cierta extensión normativa, que logre incluir a la propia del grupo allí establecido. Entonces, el grupo cumple una doble función al ser enfrentado a un objeto social de investigación, por una parte produce u obliga a una reconstrucción simbólica del objeto, mientras se da una apropiación del propio grupo, en cuanto a una constitución de éste sobre la base de un discurso común y participativo de sus miembros. Se trata de un choque de significaciones que los participantes comparten de algún modo, para poder discutir sobre temas en común.

Tal vez por esta razón es que algunos piensen que una técnica como ésta sólo tiene sentido, y por eso se ha desarrollado, dentro de un contexto histórico como es la postmodernidad. Esta técnica de investigación social adquiere su real sentido inmersa en una sociedad de consumo, altamente fragmentada, con un concepto de identidad (personal y grupal) de alta complejidad, que se ve permanente en la necesidad de enfrentarse al conflicto. Aquí es donde adquiere su real importancia la idea de reflexividad, a la cual el grupo de discusión invita, a diferencia de las técnicas más observacionales y, obviamente, las no-intrusivas. Esta reflexividad debe asumirse en esta técnica desde el conductor, los participantes, los analistas, en definitiva, todos aquellos que participan de la técnica, incluidos los lectores de resultados.

Los participantes en el grupo son objetos y sujetos al mismo tiempo, existe cierta reflexión sobre la reflexión, existe entonces este continuo

cuestionamiento, que no alejaría a la investigación de la realidad social en sí, sino que paradójicamente parecería ser muy cercano al sujeto social propio del contexto actual. Tal como lo planteara Callejo (2001), es que en esta situación de saberse sujeto social, es donde a través de la interacción se está permanentemente construyendo y reflexionando. Donde, una reflexividad más crítica da poder al discurso para construir realidad.

Consideraciones de uso de la técnica

Los grupos de discusión ofrecen considerables ventajas en tanto método de investigación social. A través de él se recogen datos de la vida real en un entorno social, contexto que permite una interacción directa entre el investigador y los sujetos observados, con lo cual existe la posibilidad de observar los comportamientos no verbales de estos. De esta misma manera, se pueden construir gran cantidad de datos en los mismos términos de los participantes, con lo cual se logra una alta variabilidad de respuestas facilitadas en la interacción grupal. Esta ventaja probablemente surja de gran flexibilidad que requiere la técnica, ya que las discusiones son de carácter abierto, lo que permite desviarse del guión establecido.

Es además, la técnica más apropiada para observar procesos de identificación-vinculación con sectores dominantes y de formación de opinión. Este hecho puede llegar a constituirse en un aspecto crucial al momento de requerirse analizar factores de consumo y no consumo, de inclusión y de exclusión social.

Otra ventaja que hace recomendable su uso es que poseen una alta validez aparente (face validity), ya que es fácilmente comprensible por los individuos y los resultados les son plausibles a los usuarios de la información.

Operacionalmente, esta técnica ofrece la posibilidad de ser utilizada antes, durante o después de un programa de intervención, lo cual hace factible su implementación en conjunto con otras técnicas de investigación.

Por último es importante hacer referencia a que este tipo de técnica tiene un costo relativamente reducido, con lo que hace más accesible su utilización como medio válido de investigación. Junto con esto cabe mencionar que hay una rápida disponibilidad de resultados, facilitando de esta forma la tarea del investigador.

Consideraciones de implementación de la técnica

El grupo de discusión es un tipo especial de grupo en cuanto a su composición, tamaño y procedimientos, es la reunión de entre seis y diez personas, desconocidas entre sí, que hablan un tema bajo la dirección de otra persona. Presentan cinco características:

1. **Grupo de personas:** estos grupos deben ser lo suficientemente pequeños como para que todos tengan la oportunidad de exponer sus puntos de vista y lo suficientemente grande como para que exista diversidad en dichos puntos de vista.
2. **Los sujetos deben poseer características comunes:** los grupos deben estar compuestos por personas similares entre sí, determinadas por los propósitos del estudio.
3. **Técnica de recogida de datos:** se debe tener un propósito definido para determinar las percepciones, sentimientos y las formas en que las personas se acercan a ciertos temas de interés para el estudio.
4. **Naturaleza cualitativa:** aporta conocimiento sobre actitudes, percepciones y opiniones de los individuos.
5. **Conversación guiada.**

Es esencial que los grupos escogidos no sean grupos que existan previamente, que no sean grupos naturales, el grupo de discusión debe existir exclusivamente durante el tiempo que dure la discusión y no más allá de eso.

Por supuesto que es necesario que la elección de los participantes dentro de la investigación tengan clara relación con el tema que se investiga a partir de la pregunta que dio inicio a la investigación y que por lo tanto, debiera cruzarla transversalmente.

Es importante también considerar el espacio físico donde se realizarán las sesiones, ya que la disposición del mobiliario, el que exista o no mesa, la forma de ésta y la posición que adopten los participantes, determinará en gran medida la dinámica de la conversación.

En términos de duración de las reuniones, éstas suelen transcurrir en tiempos de entre una y dos horas, variación que se observa de uno a otro grupo.

El mecanismo de registro, a través de video o de audiograbación, es fundamental cuando se ejecuta un grupo de discusión. No es posible pensar que las notas de campo sean capaces de reflejar lo que auténticamente ocurre durante la ocurrencia de los diálogos. Estas notas pueden acompañar los registros más precisos de las grabaciones, pero no reemplazarlos. Las grabaciones son básicas para contar con los discursos textuales, con la precisión de los tiempos de silencio, y con el correlato emocional que los acompaña. El ideal es que los discursos registrados sean transcritos al papel para facilitar la tarea de análisis e interpretación. Es esencial que los sujetos que forman los grupos estén informados y acepten explícitamente el uso de los sistemas de grabación desde el comienzo de la sesión. Razones éticas y prácticas obligan a esta información.

Por ultimo es básico que el investigador otorgue a los sujetos en estudio una compensación; ya sea en dinero, o en algún tipo de obsequio, ya que así se determina su función en el estudio, de hecho si alguien lo hace gratuitamente, es porque se siente en deuda con el investigador; a este pago se le denomina, “contraprestación” (Canales y Binimelis, 1994).

Análisis de los datos producidos por la técnica

El análisis e interpretación constituyen un proceso de articulación del discurso con el marco teórico/conceptual. Para esto es necesario disponer del material, el discurso, registrado de múltiples manera: notas, cintas de audio o video, recuerdos o transcripciones. Sin embargo, cabe mencionar que este análisis como proceso es inacabable e infinito.

Se demanda que el análisis sea explícito pero por ser un proceso cognitivo que envuelve al propio proceso del investigador no puede hacerse del todo explícito y manifiesto.

El análisis de grupo de discusión es una práctica de interrogación en la búsqueda de un sentido. Formalmente se podría decir, que el análisis empieza en lo que se denominan las notas de pre-análisis las que son tomadas inmediatamente tras el final del grupo, a fin de no perderlas en la memoria, ello debido a que es un análisis con proyección de registro.

El primer tipo de análisis empieza con la construcción del contexto situacional. Para esto, debe tenerse en cuenta el informe del moderador y la predisposición a la conversación que tenían los grupos antes de reunirse.

Un segundo tipo de análisis está centrado en lo que respecta al orden de lo global y lo particular, para lo cual son necesarias tres fases:

1. Análisis estructural del texto: es la adscripción a una forma de entender el discurso
2. Análisis por tema de cada una de las reuniones, es la posición del grupo respecto a los principales temas de investigación
3. Búsqueda de elementos expresivos para la refutación de las hipótesis: se trata de repasar nuevamente las transcripciones intentando refutar las hipótesis derivadas de los primeros análisis.

El análisis al cual está sujeto la investigación está, obviamente, condicionado por el diseño del conjunto de reuniones y los temas en torno a los cuales gira la discusión.

ANEXO 4

PAUTA DE REGISTRO GRUPO DE DISCUSIÓN

Instrucciones

La Pauta de Registro tiene como finalidad ayudar en la construcción de los procesos de análisis que se efectuarán posteriormente. La idea de seguir una línea de trabajo, entre muchas posibles, es disponer de datos relativamente ordenados para que todos los grupos de discusión sean informados de acuerdo a la misma metodología, la que da cuenta del propósito del estudio-intervención. Informes específicos formalmente muy diferentes dificultan enormemente el tratamiento de los datos y la construcción de informes globales.

La primera parte de la Pauta es simple porque se solicitan datos muy sencillos. Sin embargo, desde la segunda línea el Redactor del Informe (presente en la sesión), o en su defecto el propio Conductor, debe hacer esfuerzos más propios de su *expertise*. El número total de participantes debe ser visto desde la perspectiva de su participación. Se contará el número de participantes en cada categoría de participación. La asignación a las categorías debe considerar una comparación entre los participantes, y no una comparación con lo que han observado en otros grupos. Seguidamente, el número de participantes más activos debe ser categorizado según la medida en la cual dichos participantes han asumido un rol tal que se han apropiado de la palabra, o lo han hecho en una dirección más colaborativa, instando a otros a participar, a discutir. En otras palabras, han favorecido una discusión fructífera.

La segunda parte se relaciona más directamente con la metodología del grupo de discusión. Como parte de la sesión, hacia el final, pero con tiempo para recoger los puntos de vista de los participantes, el conductor debe presentar al grupo un resumen de la discusión. Este resumen debe consignar con mucha claridad las coherencias evidenciadas por él durante el transcurso de la discusión, y los participantes deben analizar dichas coherencias. Ello permite evaluar el grado en que el grupo se apropia de las conexiones de coherencia y cuáles son los puntos en que se rompe dicha apropiación. Para que el grupo pueda hacerse cargo de las coherencias e incoherencias del discurso es imprescindible que el conductor no sólo presente conclusiones propias, sino que las debería ejemplificar con los propios discursos de los participantes. En algunos casos los participantes se harán cargo de los discursos y, en otros, señalarán que el conductor no ha sido lo suficientemente fiel al recoger los planteamientos. Estas incoherencias deben registrarse cuidadosamente, evitando entrar el conductor a discutir sus propios puntos de vista. El conductor debe evitar dar coherencia a aquello que es

incoherente y sacar así conclusiones que no son propias del grupo. El conductor no puede obviar en momento alguno que la búsqueda de incoherencias, y por ende de grados de tensión, es el objetivo del grupo de discusión, que lo diferencia del *grupo focal* y de otras técnicas similares. Discutir es hacer evidente grados de tensión, y el grupo debe permitir recogerlos para su interpretación. La búsqueda de consensos es un tema posterior al grupo mismo. Lo ocurrido en el grupo debe permitir levantar hipótesis sobre las problemáticas que el Proyecto enfrentará en su puesta en práctica.

La tercera parte se refiere a los comentarios, tanto del Redactor como del Conductor de la sesión. En estos espacios hay lugar para cualquier consideración que se considere útil para los fines de la redacción de un Informe global. Los comentarios pueden referirse tanto a lo ocurrido, como a percepciones de los propios informantes, sean estas personales y subjetivas (por ejemplo, qué tan cómodo se sintió el conductor), o más descriptivas de su propia actuación.

La cuarta parte se relaciona con el contenido de la sesión y parte del supuesto que el Redactor tiene a su alcance la grabación de la sesión. Si la sesión no hubiera sido grabada por alguna circunstancia especial, el Redactor tendrá que hacer los esfuerzos necesarios para ordenar las notas de campo y presentarlas de acuerdo a la Pauta. Tres son los aspectos más importantes, por una parte los contenidos declarados en el discurso, que supone una cierta categorización preliminar que se espera sea lo más descriptiva posible, ya que las categorías serán posteriormente agrupadas con las obtenidas de otras sesiones. El Redactor no debe ahorrar palabras en la descripción de los contenidos ya que a partir de largas descripciones es posible llegar a resúmenes, proceso que a la inversa no es posible de ejecutarse. Los contenidos deberían acompañarse necesariamente de expresiones significativas, que corresponden a lo que los participantes dijeron, tal como lo dijeron, esto es, textualmente. Por su parte, las cadenas de coherencia corresponden a agrupaciones preliminares de categorías que aparecen vinculadas en una misma dirección en el propio discurso. Las cadenas de coherencia se pueden simbolizar con palabras, o con otros tipos de símbolos (letras, números). En este último caso es imprescindible que en la parte inferior de la hoja de registro se aclararen dichas simbologías. Abreviaturas simples de cadenas con nombres utilizados en la misma hoja no requieren aclaración.

La quinta parte, una de las más importantes del registro de la sesión, se relaciona con las incoherencias del discurso las que, como se ha señalado, dan sentido a la ocurrencia de los grupos de discusión. Dentro de estas incoherencias deben consignarse todas aquellas contradicciones, personales o grupales, que se han hecho evidentes para el conductor de la sesión y que corresponde hipotetizar desde variadas perspectivas. Estas pueden ser históricas, sociales actuales, personales, etc. El conductor, como investigador social, debe ser capaz de formular estas hipótesis y, si no pudiera hacerlo, debe consultar con los propios participantes hasta aclarar la situación. La pregunta que se busca responder es ¿a qué son atribuibles, en principio, las incoherencias?

Pauta de registro de sesión de *grupo de discusión*

Fecha	Hora	Duración	Nº participantes

Grado de participación (número de personas)		
Activamente	Ocasionalmente	Rara vez o no participan



Tipo de participación (número de personas)	
Alientan a otros a discutir	Inhiben al grupo

Resumen presentado al grupo para su acuerdo

Comentarios del redactor del <i>grupo de discusión</i>

--

Comentarios del conductor del <i>grupo de discusión</i>
--

--

[illegible]

Contenidos incoherentes presentes en los discursos de los participantes	
Contenidos incoherentes	Hipótesis preliminares

ANEXO 5

PAUTA DE REGISTRO GRUPO FOCAL

Instrucciones

La Pauta de Registro tiene como finalidad ayudar en la construcción de los procesos de análisis que se efectuarán posteriormente. La idea de seguir una línea de trabajo, entre muchas posibles, es disponer de datos relativamente ordenados para que todos los *grupo focals* sean informados de acuerdo a la misma metodología, la que da cuenta del propósito del estudio-intervención. Informes específicos formalmente muy diferentes dificultan enormemente el tratamiento de los datos y la construcción de informes globales.

La primera parte de la Pauta es simple porque se solicitan datos muy sencillos. Sin embargo, desde la segunda línea el Redactor del Informe (presente en la sesión), o en su defecto el propio Conductor, debe hacer esfuerzos más propios de su *expertise*. El número total de participantes debe ser visto desde la perspectiva de su participación. Se contará el número de participantes en cada categoría de participación. La asignación a las categorías debe considerar una comparación entre los participantes, y no una comparación con lo que han observado en otros grupos. Seguidamente, el número de participantes más activos debe ser categorizado según la medida en la cual dichos participantes han asumido un rol tal que se han apropiado de la palabra, o lo han hecho en una dirección más colaborativa, instando a otros a participar. En otras palabras, han favorecido un diálogo.

La segunda parte se orienta a una descripción del Redactor respecto del tipo de interacciones. Por ejemplo, se puede tratar de muchas preguntas entre los propios participantes, interacciones para convencer los unos a los otros, interacciones más bien agresivas, etc. etc. Corresponde al redactor describir los tipos de interacciones que ocuparon la mayor parte del tiempo de la sesión, entendiendo que esta descripción debe estar lo más libre posible de interpretaciones respecto de lo ocurrido. La idea final es que quien realice el Informe global pueda hacerse una clara idea de lo que allí ocurrió.

La tercera parte se refiere a los comentarios, tanto del Redactor como del Conductor de la sesión. En estos espacios hay lugar para cualquier consideración que se considere útil para los fines de la redacción de un Informe global. Los comentarios pueden referirse tanto a lo ocurrido, como a percepciones de los propios informantes, sean estas personales y subjetivas (por ejemplo, qué tan cómodo se sintió el conductor), o más descriptivas de su propia actuación.

La cuarta parte se relaciona con el contenido de la sesión y parte del supuesto que el Redactor tiene a su alcance la grabación de la sesión. Si la sesión no hubiera sido grabada por alguna circunstancia especial, el Redactor tendrá que hacer los esfuerzos necesarios para ordenar las notas de campo y presentarlas de acuerdo a la Pauta. Tres son los aspectos más importantes, por una parte los contenidos declarados en el discurso, que supone una cierta categorización preliminar que se espera sea lo más descriptiva posible, ya que las categorías serán posteriormente agrupadas con las obtenidas de otras sesiones. El Redactor no debe ahorrar palabras en la descripción de los contenidos ya que a partir de largas descripciones es posible llegar a resúmenes, proceso que a la inversa no es posible de ejecutarse. Los contenidos deberían acompañarse en lo posible de expresiones significativas, que corresponden a lo que los participantes dijeron, tal como lo dijeron, esto es, textualmente. Por su parte, las cadenas lógicas corresponden a agrupaciones preliminares de categorías que aparecen vinculadas entre sí en el propio discurso. Por supuesto, es posible que muchos contenidos no tengan una vinculación con otros, por lo que quedarán sin completar dicho dato. Las cadenas lógicas se pueden simbolizar con palabras, o con otros tipos de símbolos (letras, números). En este último caso es imprescindible que en la parte inferior de la hoja de registro se aclararen dichas simbologías. Abreviaturas simples de cadenas con nombres utilizados en la misma hoja no requieren aclaración.

La quinta parte, una de las más importantes del registro de la sesión, se relaciona con los Contenidos no-declarados, que sin embargo surgen como esperables para quien conduce la sesión, si se los piensa desde la perspectiva del resto del discurso de los participantes a la sesión. Dentro de estos contenidos pueden considerarse preguntas que no se responden, temas que se evaden, respuestas superficiales que se dan a preguntas de cierta profundidad, significados acertados u erróneos que surgen en la conversación, ideas apenas declaradas, sentidos que se dan a la conversación y que implican un cambio del curso del pensamiento grupal, etc. En general, podría hacerse mención aquí a los elementos implícitos, que son fundamentales para comprender la situación. Como es natural, el redactor, o el conductor, suelen hacerse hipótesis acerca de por qué ha ocurrido lo que ocurrió. Para ello, como interpretación preliminar, se ha incluido una columna que permite asociar, de manera específica, estas hipótesis con los contenidos no declarados.

Pauta de registro de sesión de *grupo focales*

Fecha	Hora	Duración	Nº participantes

Grado de participación (número de personas)		
Activamente	Ocasionalmente	Rara vez o no participan



Tipo de participación (número de personas)	
Alientan a otros a participar	Inhiben al grupo

Breve descripción del tipo de interacciones observadas	

Comentarios del redactor del <i>grupo focal</i>
--

Comentarios del conductor del <i>grupo focal</i>

Cadenas lógicas	Contenidos declarados en el discurso	Expresiones significativas

Contenidos no-declarados y esperados de acuerdo a datos del discurso de los participantes	
Contenidos no declarados	Hipótesis preliminar



Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo



*Area de Fortalecimiento de Sistemas de Salud
Unidad de Políticas y Sistemas de Salud
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud*