

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 antiinflationarios 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%F10l/infor11.pdf>.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

19 Op. Cit 16.

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

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

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

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

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




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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

