

## 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.



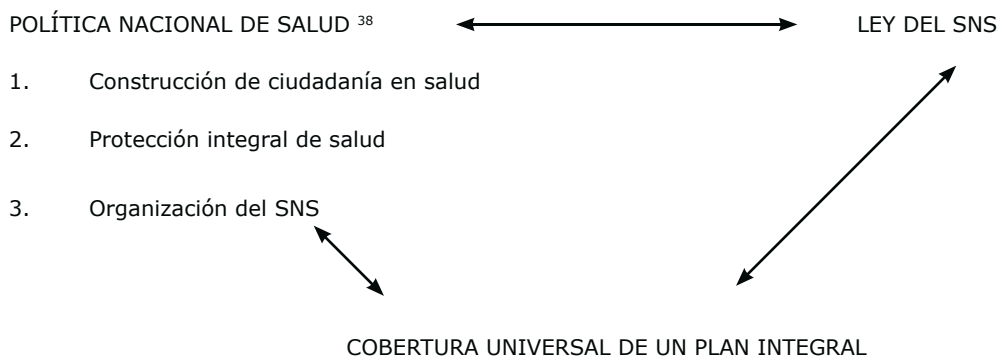
En el sector salud existe un importante movimiento participativo, principalmente sectorial, que en los últimos años ha aportado en propuestas de reforma del sector salud. En él se ha contado con la cooperación técnica de la OPS-OMS y del Comité Interagencial de apoyo a la reforma. El proceso ha tenido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




<sup>38</sup> 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 enfrenta. 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"<sup>39</sup>. 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 Ecuador<sup>40</sup>, 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"<sup>41</sup>. 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.

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

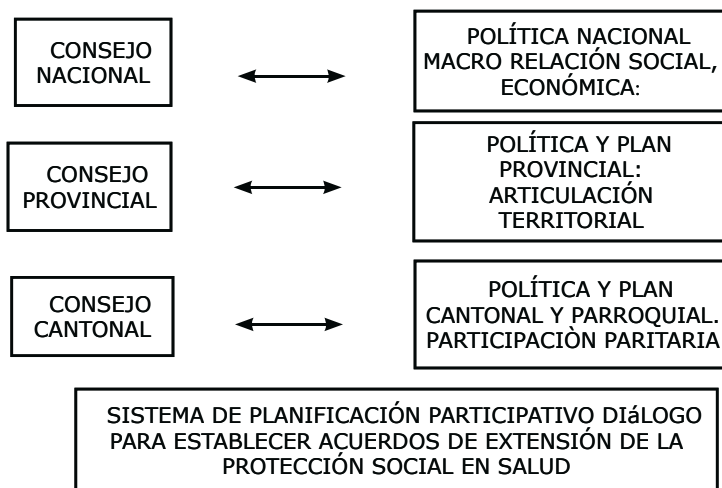
<sup>41</sup> Artículo 14. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud del Ecuador, Quito Septiembre del 2002.

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

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

**Figura 2.**

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



## Planificación y diseño de las actividades de sensibilización y diálogo social

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

## Ámbitos de inserción de las actividades de diálogo social

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

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

## Seguimiento del proceso de diálogo

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

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

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

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

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

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

*continua*

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

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

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

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

#### 12. Sistematización

- Procedimientos
- De acciones
- De experiencias localizadas

#### 13. Evaluación

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

- ❖ Fortalecer alianzas con las autoridades y funcionarios del Ministerio de Salud a nivel nacional y local
- ❖ Definir la postura pública a través de una estrategia de comunicación<sup>42</sup>.
- ❖ 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

<sup>42</sup> 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.

