

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

6.1 ANTECEDENTES

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

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

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

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

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

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

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

Guatemala tuvo una incidencia estimada de casos de tuberculosis de alrededor de 80 casos por 100,000 habitantes en el año 2002⁴⁷ y produce alrededor del 60% de los casos de malaria de toda la región Centroamericana y México en conjunto. La epidemia de VIH-SIDA, si bien aún puede considerarse concentrada, crece de forma sostenida y representa una fuerte amenaza. Los últimos datos registran una prevalencia de cerca de 7,000 casos, cifra que expresa incrementos anuales ininterrumpidos. Con el incremento de la incidencia de la enfermedad en mujeres, se observa también mayor incidencia en casos de recién nacidos, por transmisión vertical. Existe una alta incidencia de diarreas agudas infantiles y la disponibilidad de agua segura es limitada, sobre todo en pequeñas comunidades, que constituyen cerca de la mitad de la población del país.

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

45 Op cit 43

46 Op cit 43

47 Op cit 43

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

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

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

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


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



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

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

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



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

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

49 Idem.

Caracterización de la Exclusión Social en Salud en Guatemala

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

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

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

6.2 EL PROCESO DE DIÁLOGO SOCIAL REALIZADO

Sobre la base de este diagnóstico de situación, se definió implementar un proceso de diálogo social orientado a la difusión de información acerca de la situación de exclusión en salud existente en el país y a la construcción de alianzas para discutir y acordar estrategias de combate a la exclusión y extensión de la protección social en salud en 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 readequación 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.

