

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

7.1 ANTECEDENTES

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

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

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

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

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

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

7.1.1 ASPECTOS GENERALES DEL PAÍS

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

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

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

⁵⁵ Ley 28, publicada en 1987.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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


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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

61 Artículo 10 de la Ley General de Salud

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

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

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

7.2 EL PROCESO DE DIÁLOGO SOCIAL REALIZADO

7.2.1 PROCESO POLÍTICO EN EL QUE SE INSERTÓ EL DIÁLOGO SOCIAL

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

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



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

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

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

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

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

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

Plan Nacional de Desarrollo

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

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

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

Plan Nacional de Salud


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

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

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

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

7.2.2 PROCESO INSTITUCIONAL



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

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

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


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

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

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

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

7.2.3 PROCEDIMIENTO DE CONSULTA



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

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

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

El procedimiento para el trabajo de grupos contemplaba cuatro etapas:

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

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

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

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

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

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

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

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




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

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

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

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

Materiales preparados para la consulta



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

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

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

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

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

Selección de los equipos involucrados en la consulta

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

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

Capacitación de los equipos involucrados en la consulta

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


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

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

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

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

Participación de las autoridades en el desarrollo de la consulta



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

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

Selección y convocatoria de los participantes en los foros de consulta

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Foros nacionales

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

Consulta a instancias especializadas

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

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

Foros Departamentales y regionales

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

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

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

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

Consulta entre los funcionarios del Ministerio de salud.

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

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

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

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

7.3 ANÁLISIS DEL PROCESO DE DIÁLOGO SOCIAL REALIZADO

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

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

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

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

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

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

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

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

Respecto de las entidades formadoras, se logró la participación de las principales universidades públicas, lo que se concretó con la presencia de Rectores de Universidades, Decanos de las Facultades de Medicina y representantes de los profesores de dichas entidades. Cosa similar ocurrió con la representación de los gremios de profesionales de la salud que, en general, se organizan en asociaciones nacionales con representación en cada departamento.

Destacada participación tuvo la Asociación de Enfermeras de Nicaragua, que no sólo tuvo una presencia constante, sino que sus aportes fueron elaborados por una comisión que fue formada para tal efecto.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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


7.4 LOGROS DEL PROCESO DE DIÁLOGO SOCIAL REALIZADO

Sobre el proceso de discusión en el diálogo

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

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

Algunos elementos que facilitaron el proceso de discusión fueron:

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

Propuestas surgidas del diálogo respecto del PNS

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

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

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

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

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

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

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

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



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

- *El desarrollo de acciones de salud sexual y reproductiva* que atiendan a la realidad sociocultural del país; que no tomen sólo a la mujer como el objeto de sus contenidos sino que involucren al varón, que no discriminen por preferencia sexual, que se contemple la posibilidad de despenalizar el aborto en ciertas circunstancias, etc. fue un tema polémico en muchos de los foros
- *La necesidad que el Estado asigne más recursos al sector público* fue otro aspecto polémico en los foros, especialmente en el sentido que el Estado debe responsabilizarse no sólo de acciones de salud pública, sino que también de acciones que aseguren la atención individual.
- *Controlar la calidad de los servicios que se ofrece desde las empresas médicas previsionales⁷⁰* que atienden a los asegurados; así como el hecho que se reconoce que la canasta básica del seguro es limitada y que, al mismo tiempo, la atención que se brinda a la seguridad social es subsidiada con los recursos públicos, fueron temas de discusión fuertemente debatidos.

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

El documento definitivo del Plan Nacional de Salud

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

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

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

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


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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

7.5 LECCIONES APRENDIDAS, CONCLUSIONES RECOMENDACIONES

7.5.1 LECCIONES APRENDIDAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.5.2 CONCLUSIONES

➤ El hecho que en el país existe una correlación de fuerzas políticas y sociales favorable a enfrentar los problemas sociales ha sido favorable al desarrollo de un diálogo social en salud que sirviera de base para el diseño del Plan Nacional de Salud 2004-2015.

➤ Independientemente de las razones por las que el gobierno haya impulsado el dialogo social como base para el diseño de un plan de salud, su liderazgo fue importante para que éste fuera exitoso.

➤ Aunque no se logró un compromiso explícito de las fuerzas políticas alrededor del PNS 2004-2015, si se logro contar con una participación amplia, tanto de las entidades y organizaciones del sector salud como de sectores importantes de la sociedad civil, cuya participación se refleja en los contenidos del PNS.

➤ El proceso de consulta desarrollado para el diseño del Plan permitió un acercamiento entre las posiciones de los diferentes actores que influyen en el sector salud con relación a la visión de la salud y las intervenciones que se requieren para su mejora, y también mostró las limitaciones que tiene el Estado en el manejo de estos procesos y la necesidad de fortalecer su vinculación sistemática con la sociedad civil.

➤ El proceso participativo de consulta utilizado en el diseño del Plan permitió que tanto las entidades estatales que tienen influencia en el sector salud como las agencias de cooperación bilaterales y multilaterales se comprometieran al apoyo y la búsqueda de mecanismos de sostenibilidad del Plan

➤ Las propuestas que surgieron de la consulta del documento base del Plan lograron que el diseño original trascendiera la visión tradicional

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

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

7.5.3 RECOMENDACIONES

1. La salud está definida como un derecho en la constitución del país y la Ley General de Salud establece mecanismos para hacerlo efectivo. El reglamento de la Ley general de salud en sus Artículos 10 y 11 entrega los elementos necesarios para promover la participación social y la concertación entre los actores. Se requiere desarrollar, desde el Ministerio de Salud, mecanismos de seguimiento al desarrollo del PNS que faciliten el compromiso entre los principales actores institucionales y sociales del sector salud a fin de asegurar su aplicación y sostenibilidad financiera en el largo plazo.

2. Es importante definir prioridades respecto de la participación ciudadana en las entidades del sector salud estipuladas por la ley, estableciendo los procedimientos necesarios para que la participación de l

3. Se requiere desarrollar procedimientos institucionales que permitan el acceso transparente a la información para que la participación social sea efectiva en los procesos de diseño, seguimiento, supervisión social y evaluación de políticas, planes y programas de salud.

4. Es indispensable desarrollar capacidades de liderazgo, negociación y comunicación entre los cuadros dirigentes del sistema de salud y los representantes de las organizaciones sociales que participan en la gestión del sistema de salud en todos sus niveles.

5. Es necesario convocar de manera permanente a las entidades, de gobierno y no gubernamentales para que faciliten la participación ciudadana en los distintos procesos y acciones que tienen consecuencias sobre la salud de la población.

