

Estudio de caso 2

Mina de oro Las Cristinas, Venezuela

Ubicación	... Estado de Bolívar, Venezuela	Operador	... Placer Dome/CVG
Inversión	... \$500 millones (postergada)	Alianza	... Cuidado de la salud

Resumen

Este estudio de caso examina los acuerdos de alianza multi-sectorial desarrollados para mejorar los servicios de salud en las cercanías de la propuesta mina aurífera de Las Cristinas en el Estado Bolívar en Venezuela (patrocinadores del proyecto: Placer Dome/CVG - MINCA). En un clima de las circunstancias hostiles, la alianza comunidades locales, ONG internacional de colectivamente casi operar un centro de equipado.



Centro de salud construido a través un una alianza tri-sectorial, Estado de Bolívar

Más allá del acceso de salud para 12,000 personas, los beneficios de la alianza para las comunidades incluyen: canales más apropiados para la negociación con el gobierno; la reducción de las tensiones entre las comunidades criollas e indígenas; y una nueva institución de la comunidad regional, registrada, y capaz de atraer su propio financiamiento. Desde la perspectiva de la empresa, la alianza contribuyó al mantenimiento rentable de su licencia social para operar en un momento de retrasos del proyecto y de bajas reservas de efectivo, así como la reducción de futuros costos y riesgos a su reputación por la sobre-dependencia de la comunidad hacia la compañía en caso que Placer Dome se retire de la empresa (lo que finalmente ocurrió).

“Sin el apoyo de MINCA, no contaríamos con este centro de salud. MINCA tomó la iniciativa y motivó a la comunidad. El gobierno nunca hubiese tomado la iniciativa ni tampoco la comunidad.”

Representante de las mujeres de la comunidad El Granzón, de Las Claritas

El Contexto social

En los años 90, la región rural de Las Claritas – con aproximadamente 12,000 habitantes- se caracterizó por un marco regulador contradictorio para la minería artesanal (la industria dominante local) y una creciente tensión social entre los grupos de la comunidad y los inversionistas mineros. Muchos miembros de la comunidad consideraron que estaban siendo marginados por el apoyo del estado a la minería de gran escala. Este resentimiento fue compensado por la expectativa de que la futura mina de oro de Las Cristinas traería empleos bien pagados y seguros y una mejora global en la infraestructura social del área. Luego de una caída en los precios del oro y la decisión de MINCA de suspender las operaciones en 1999, las frustraciones locales volvieron, aumentando el riesgo de invasiones del área de la concesión por parte de los mineros artesanales locales. El contexto social de salud en este momento es descrito en el Cuadro 1.

Cuadro 1 El servicio de salud

Dos doctores y cuatro enfermeras trabajaban en tres unidades públicas de cuidado de salud, sirviendo a la población local. Trabajaban con botiquines médicos básicos y con equipamiento anticuado. Ninguna de las tres clínicas de salud en el área contaba con instalaciones para análisis de laboratorio, radiografías, cirugías mayores o casos complicados. Los servicios médicos ambulantes para las comunidades indígenas estaban limitados a un doctor privado y un voluntario que trabajaba con la iglesia católica.

El resultado general era un bajo nivel del servicio de salud que, combinado con los bajos ingresos, la mala nutrición, la baja calidad del agua y el predominio de malaria y otros parásitos y de enfermedades transmitidas por el agua, hizo poco para reducir problemas de salud que eran muy extendidos.

Contexto empresarial

En 1991, Placer Dome Venezuela participó con un 70% de las acciones en Minera Las Cristinas, CA (MINCA) para explotar los depósitos auríferos de Las Cristinas en el Estado de Bolívar. Los detalles del proyecto son descritos en el Cuadro 2. Desde el inicio, los problemas sociales jugaron un papel crucial en la participación de MINCA en el área con respecto al mantenimiento de su licencia formal de operación de los reguladores estatales. El problema de los mineros de pequeña escala -artesanales- fue de particular importancia ya que estaban operando durante mucho tiempo en el área de la concesión y fueron desplazados por la concesión minera. En un contexto de amplio desempleo y de altas expectativas de nuevos empleos y desarrollo de infraestructura, como resultado de la minería de gran escala, la volatilidad de las circunstancias sociales y políticas locales fue agravada aún más por la permanente postergación de la fecha de inicio de operaciones de la mina, que culminó con la decisión de Placer Dome de suspender las actividades a mediados de 1999, debido al bajo precio del oro y la eventual venta de su participación accionaria en MINCA en agosto 2001.

Cuadro 2 Perfil de proyecto

MINCA, una empresa de riesgo compartido

- Placer Dome - subsidiaria de la empresa minera canadiense Placer Dome Inc (propietaria del 70%); y
- Corporación Venezolana de Guayana (CVG) - empresa pública regional venezolana (propietaria del 30%)

Objetivo del proyecto - la exploración sistemática y el desarrollo comercial de gran escala de los depósitos auríferos Las Cristinas (hasta 11 millones de onzas)

Hitos

- Mayo 1999 - \$100,000 ya invertidos en el proyecto
- Junio 2000 - debido a la baja en el precio del oro, el proyecto fue puesto en estado de "cuidado-y-mantenimiento" - la suspensión postergó gastos de capital de aproximadamente \$500 millones y pospuso la producción de oro anticipada de 530,000 onzas al año.
- Febrero 2001- el precio del oro cae a \$263/oz. La viabilidad original del proyecto está basada en un precio mínimo de \$350/oz.
- Agosto 2002 - Placer Dome vende acciones a Vanessa Ventures de

“El verdadero valor de las alianzas tri-partitas es que ayudan a organizar las comunidades”

**Simon Moya,
Presidente ISP,
Ministerio de Salud**

Para principios del 2000, además de su acuerdo con los mineros artesanales, el principal esfuerzo de desarrollo comunitario de MINCA se dirigió hacia una nueva alianza de servicios de salud. La propuesta inicial con respecto a la provisión de salud (antes de la llegada del programa de Business Partners for Development (BPD)) era expandir las instalaciones de salud de la compañía dentro de la planta de la concesión para servir las necesidades de los futuros trabajadores y sus familias. A medida que surgían los resultados de las subsecuentes actividades de planificación comunitaria participativa, MINCA modificó esta propuesta y empezó a considerar la posibilidad de invertir en una instalación de salud fuera de la planta minera que no sólo serviría a sus propios obreros, sino también a la comunidad en general.

El compromiso de Placer Dome de una inversión comunitaria continuada, a pesar de la decisión de suspender operaciones debido a los bajos precios del oro, junto con la incertidumbre del futuro del proyecto y la consiguiente limitación de recursos financieros para la inversión social, actuaron como incentivos para que la compañía deseara explorar el modelo de alianza tri-sectorial del BPD. Más aún, MINCA reconoció que, sin importar si continuaban con el proyecto, tanto las comunidades como las agencias gubernamentales locales necesitaban estar involucradas directamente en cualquier programa de inversión social para asegurar la relevancia local y la sostenibilidad a largo plazo de las intervenciones de desarrollo.



El Alcalde y el Presidente de MINCA firmando el acuerdo de alianza (MdE) junto a otros socios

El proceso de alianza

Los procesos de exploración y consulta en el proceso de alianza fueron iniciadas por MINCA en 1999. Esta iniciativa llevó rápidamente a centrarse en el cuidado de la salud como el "tema" de inversión social que mejor se prestaba para ser implementado a través de un modelo de alianza trisectorial. Se contactaron a los socios interesados, incluyendo la ONG HMRF con base en EE.UU., a agencias de salud gubernamentales a nivel nacional, regional y local, y a líderes de la comunidad. El proceso de construcción de acuerdos y asignación de roles entre los socios se inició en marzo del 2000 con una serie de talleres. Éstos proporcionaron la capacitación a los socios en habilidades de construcción de consenso, y desembocaron en una visión y un conjunto de actividades comunes que fueron explícitadas en un Memorándum de Entendimiento (MdE). El MdE fue firmado por los socios el 26 de marzo del 2000.

En el documento, dieciocho grupos diferente de involucrados se comprometieron a aportar habilidades o recursos para construir un centro de salud comunitario, expandir el suministro de agua potable y proporcionar capacitación en salud. Después de dos meses y medio de la firma del MdE, se había avanzado el 70% de la fase de construcción del centro de salud. Mientras que la instalación del equipamiento y la capacitación en habilidades administrativas continuaban, el centro de salud se inauguró formalmente en febrero del 2001. Como parte de estas ceremonias los socios negociaron un segundo MdE para habilitar la transición de la fase de construcción a la fase del funcionamiento del centro a tiempo completo.

Visión y actividades

La meta de un mejor servicio de salud se expresó en el primer MdE en una declaración de visión de la siguiente manera:

Comunidades saludables, libres de infecciones, desnutrición y adicción, provistas de servicios de salud de alta calidad que son accesibles a todos, con una cultura que promueve la salud y la educación, en un ambiente libre de contaminación.

La visión fue posteriormente traducida en una serie de actividades (*ver cuadro 3*) y un plan de trabajo conjunto anexo.

Es posible leer en la visión muchas de las experiencias negativas que la comunidad tuvo con el servicio de salud en el pasado. Mientras las instalaciones de salud actuales eran adecuadas para la ayuda más básica, éstas no eran capaces de llevar a la comunidad hacia una "mejor" salud, con un énfasis en la accesibilidad local y calidad.

Cuadro 3 Actividades de la alianza del Cuidado de Salud Comunitaria, Las Cristinas

1. establecer un centro de salud que se enfoque en promover conciencia sobre los problemas de salud entre las comunidades y proporcione los siguientes servicios: cirugía ortopédica, dental y general; ginecología; servicios de laboratorio; rayos-X; oftalmología; servicio pediátrico; medicina familiar; hospitalización; tratamiento para la malaria; servicios de salud mental; educación y capacitación de los habitantes locales en temas de salud
2. educación y formación de los habitantes locales en temas de salud.
3. capacitar a los usuarios y a la comunidad en general en el mantenimiento, cuidado y administración del centro de salud.
4. capacitar a los miembros de la comunidad en la promoción de la salud y la conservación del medio ambiente.
5. establecer un sistema de agua potable para cada comunidad.
6. establecer adecuados sistema de drenaje y control de alcantarillado en cada comunidad
7. establecer un sistema eficiente de recolección de basura para todas las comunidades

División de Roles

Durante la formación de la alianza se acordó, inter alia, que MINCA proveería parte del financiamiento para la construcción junto con habilidades de gestión de proyectos y un "Oficial de Obras"; el gobierno regional refaccionaría la instalaciones de salud existente como una residencia de trabajadores médicos; el Ministerio de Salud patrocinaría la capacitación para los residentes locales para actuar como trabajadores de la malaria; el CVG (el socio gubernamental en la empresa de riesgo compartido MINCA) mejoraría el suministro de agua a la comunidad; y la ONG HMRF proporcionarían el equipamiento médico para el centro. Todos los socios compartirían la provisión de mano de obra en diferentes grados. El conjunto total de recursos y competencias comprometidos por los socios se encuentra en la *Figura 1*.

Figura 1 División de roles y competencias en la alianza del centro de salud

Operación empresarial	Sociedad civil	Gobierno
MINCA <ul style="list-style-type: none"> Coordinación de la fase de construcción (gestión del proyecto); apoyo de ingeniería civil (oficial de obras); contribuciones para la construcción física incluyendo el equipamiento (edificio, muebles, aire acondicionado, generador) materiales y mano de obra; tramitación de permisos de importación; transporte para el equipamiento médico 	Comunidades <ul style="list-style-type: none"> participación en reuniones semanales (totalizando 4,000 horas de tiempo contribuido); trabajo voluntario para la construcción (un total de 30,000 horas). ONG <ul style="list-style-type: none"> HMRF (ONG internacional) – equipamiento y asistencia técnica para el diseño del centro. Negocios locales <ul style="list-style-type: none"> ABB (contratista local de líneas eléctricas) – camiones; un ingeniero eléctrico Edelca (empresa eléctrica estatal) – un ingeniero profesional; 2 técnicos; trabajadores para la instalación del aire acondicionado 	<ul style="list-style-type: none"> Municipalidad Local (Oficina del Alcalde) – transferencia de la propiedad de la tierra para construcción y la estructura de la fase II del Centro de Salud Rural existente, dos albañiles especialistas y obreros de construcción, préstamos de equipos y materiales de construcción El Instituto de Salud Pública– medicinas; tratamiento para la malaria; rol en el diseño del centro de salud; servicios de ingeniería civil; experiencia en electricidad; y capacitación en el manejo de microscopios. Ministerio de Salud (Gobierno central) – medicinas y los permisos relevantes Hospital Tumeremo (autoridad regional de salud) – medicinas y capacitación de voluntarios Gobierno Regional (Estado de Bolívar) – se comprometió a pavimentar el camino de acceso al centro de salud y refaccionar la antigua instalación de salud pública como residencia para los trabajadores médicos (doctores, etc) [pendiente] Militares (División local del ejército) – trabajo voluntario

Resultados

Para todos los socios, "compartir" competencias ha demostrado ser altamente rentable, permitiendo un significativo grado de creciente influencia de cada recurso. Por la mayor parte, cada socio contribuyó con recursos dentro de su rango normal de actividades, por lo que solo afectaba sus costos "variables", en lugar de introducir nuevos costos "fijos". La tabla 1 resume el "valor agregado" de la alianza del centro de salud desde tres perspectivas: los beneficios para la empresa, el impacto de desarrollo en la comunidad y la buena gobernabilidad.

Tabla 1 Valor agregado de la alianza del cuidado de la salud

Beneficio empresarial	
Efectividad de costo de la inversión social	<ul style="list-style-type: none"> Apalancamiento de recursos de inversión social más allá de las contribuciones de la empresa de \$526,430 durante un periodo de dos años = \$2,079,000 (401% incremento del ratio de apalancamiento de 1:4) Menor costo para la empresa en la provisión de salud in-situ a futuros empleados (miembros de la comunidad) (no se logró debido a la suspensión de operaciones)

“La primera vez que escuché el concepto del BPD, me preocupaba que terminaría aumentando mi trabajo. Sí lo hizo – pero aun así valió la pena!”

“Puesto que el centro de salud servirá a aproximadamente cuarta parte de los residentes de Sifontes, si es efectivo, nuestro trabajo en el hospital en Tumeremo se reducirá significativamente. Si desarrollan un programa médico de prevención efectivo, nuestro trabajo se reducirá aún más. La mitad de nuestros casos consisten en enfermedades que son prevenibles.”

Dr. Pedro Cardoza,
Tumeremo Hospital

“Creo que el mayor indicador de éxito es que no existe ningún conflicto. En otras áreas del país se dan toneladas de conflictos con las compañías mineras.”

Alex Mansutti, UNEG
(Universidad)

Costos de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> Combinado con el impacto positivo del programa con mineros artesanales dirigido por la empresa, un ahorro estimado de \$700,000 por año en los costos de seguridad de la planta (75% ahorro/año).
Reputación corporativa/ Manejo del riesgo	<ul style="list-style-type: none"> Los canales de comunicación y confianza entre MINCA y la comunidad local y los accionistas gubernamentales mejoraron significativamente durante la fase de construcción del centro de salud. Reducción del coste futuro y de riesgos de reputación por la dependencia comunitaria creada.
Ventaja Competitiva	<ul style="list-style-type: none"> El éxito de la alianza del centro de salud pudo haber contribuido a la extensión del acuerdo de la concesión existente de MINCA para las minas Las Cristinas durante el periodo de 1999 y mejoró una reciente propuesta para una nueva concesión minera en la República Dominicana.
Impacto de desarrollo	
Acceso a servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> Acceso a un cuidado de salud de alta calidad para una población de 12,000 habitantes Mejoras anticipadas en la productividad del estilo de vida debido a (a) menor incidencia de enfermedades prevenibles y (b) menores costos de oportunidad de viajar hasta el centro regional para tratamiento médico.
Tiempo/beneficio	<ul style="list-style-type: none"> Centro de salud completamente construido y funcionando en once meses.
Sostenibilidad de la provisión de salud	<ul style="list-style-type: none"> Capacidad organizacional comunitaria y de liderazgo mejoradas para sostener la administración del centro de salud en el largo plazo sin la presencia de MINCA Presupuesto operativo para el centro de salud disponible en el largo plazo por parte del gobierno debido a: <ul style="list-style-type: none"> Recategorización de la designación del centro de <i>Rural II a Urbano I</i>, y mejoras en la capacidad organizacional de las comunidades permitiéndoles registrarse como una organización comunitaria de base oficial y acceso a fondos especiales
Infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Mejoras en la confiabilidad del suministro de agua potable a las comunidades locales
Construcción de capacidad/ participación comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> Un sentido considerablemente mejorado de empoderamiento de la comunidad, no solo por gestionar el centro de salud, sino también por iniciar y asegurar el financiamiento para otros tipos de proyectos de desarrollo comunitario.
Buena gobernabilidad	
Efectividad en costos del gasto público	<ul style="list-style-type: none"> Apalancamiento de recursos de salud más allá de la contribución de fuentes tradicionales del gobierno de \$417,200 en un periodo de dos años = \$2, 079, 538 (incremento de 501% o ratio de apalancamiento de 1:5) Reducción anticipada del 30% de la malaria (con un ahorro para el departamento de salud del gobierno de \$42,300)
Visibilidad de autoridades públicas realizando sus actividades cívicas	<ul style="list-style-type: none"> Reputación mejorada de las agencias gubernamentales con comunidades locales, en particular: la Municipalidad Local (Oficina del Alcalde); Instituto de Salud Pública; Ministerio de Salud; Hospital Tumeremo (autoridad de salud regional)
Sensibilidad del gobierno a las necesidades locales	<ul style="list-style-type: none"> Se creó un foro permanente – el comité ejecutivo de la comunidad- para un continuo intercambio y negociación entre las agencias gubernamentales de salud y los grupos comunitarios.
Interacción entre agencias	<ul style="list-style-type: none"> Colaboración entre agencias gubernamentales que anteriormente no estaban coordinadas para proveer servicios rurales de salud más efectivos.
Costos de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> Junto con el impacto positivo del programa con mineros artesanales dirigido por la empresa, se logró una reducción estimada en las asignaciones de la Guardia Nacional en el área de Las Cristinas de \$290,000/año (75% ahorro/año)

Factores clave de éxito

En conjunto, la alianza fue desarrollada y estructurada de una manera eficiente, como es evidente en la velocidad (once meses) con que el primer proyecto patrocinado por la alianza- el centro de salud - fue construido. Algunos de los factores clave del éxito incluyen:

- el alto nivel de participación de todos los signatarios del MdE de marzo 2000;
- durante gran parte de la fase de construcción, se realizaron reuniones semanales entre todos los socios (incluyendo altos niveles de asistencia de las comunidades) traduciéndose en una mutua responsabilidad y cumplimiento de los compromisos;
- un progreso rápido y visible de la construcción del centro de salud, con todos los socios obligados a moverse concurrentemente para no ser avergonzados;
- habilidades de gestión de proyectos de alta calidad provistos por MINCA, y un vínculo íntimo entre los fondos previstos para los trabajos de la construcción principal (por aquellos en el sub-comité de construcción) y la función de gestión del proyecto; y
- una voz fuerte e inmediata en la toma de decisión de las comunidades a través de su representación en un comité ejecutivo dedicado de la comunidad.

Conclusiones

“Ahora que hemos establecido contacto con la comunidad y está organizada, podríamos continuar con proyectos aun si Placer Dome se marcha”.

Adalberto Mendoza, Mendoza, CVG-GOSH

La alianza de salud Las Cristinas jugó un papel crucial en el apalancamiento de la inversión para la provisión de servicio de salud en la región (un total de casi \$2.5 millones), proveniente, gran parte, notablemente de las agencias gubernamentales y HMRF. Para evitar la potencial dependencia de la comunidad para el incertidumbre sobre



Acumulación delante del Centro de Salud tomando nota de todos los socios que contribuyeron

El principio de apuntala el participación locales y, en beneficios

participativo, innovador y automotivado, a saber: implementación del proyecto sensible al contexto local; construcción de habilidades y capacidad en términos de una mejor negociación con la compañía y las agencias del gobierno; y una capacidad para financiar y administrar el centro de salud en el futuro.

MINCA, la alianza también ayudó "trampa" de una escalada en la empresa por parte de la desarrollo local en un momento de la viabilidad del proyecto minero.

"recursos compartidos" que concepto de alianza, requirió la sincera de las comunidades consecuencia, logró muchos de los asociados con el desarrollo

La habilidad de acomodar el "cambio" es un elemento importante en la administración de cualquier alianza, por ejemplo, los cambios en actividades clave o en los tipos de socios. La alianza de salud ha tenido, hasta el momento, éxito en la administración de estos eventos. Sin embargo, un desafío más difícil espera ahora con el cambio de Placer Dome a Vanessa Ventures - el nuevo socio de riesgo compartido de MINCA.

Colaboradores James Tull, Conflict Management Group, Boston; Edgardo Garcia Larralde, Living Earth, Londres; Prof. Alex Mansutti, UNEG, Caracas, Venezuela; Santiago Porto, Secretariado, Natural Resources Cluster, BPD, Londres; Nicola Acutt y Ralph Hamann, Universidad de Anglia del Este; Mining and Energy Research Network, Warwick Business School, Universidad de Warwick; Michael Warner, Natural Resources Cluster, Business Partners for Development

Publicado Natural Resources Cluster, Business Partners for Development, c/o CARE Internacional, 10-13 Rushworth Street, London SE1 0RB, Tel 0207 934 9334; Fax: 0207 934 9335; e-mail bpd@uk.care.org. El caso de estudio completo está disponible en: http://www.bpd-naturalresources.org/html/focus_las.html