

REFLEXIÓN METODOLÓGICA SOBRE EL PROCESO DE DIÁLOGO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA AGENDA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA CON VISIÓN DE ESTADO

*Mesa de Diálogo de Salud por la Mejora y Fortalecimiento del
Sistema de Salud Integral en el marco de una política de
Estado*

Mirna Ángela Cuentas

28/04/2016

CONTENIDO

- I. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS DEL PRESENTE DOCUMENTO
- II. ANTECEDENTES DEL DIÁLOGO DE SALUD
- III. OBJETIVOS Y PROPÓSITO DE LA MESA DE DIÁLOGO
- IV. ÁREA DE TRABAJO 1 - ASPECTOS CONCEPTUALES
 - a. Las etapas realizadas
 - b. Etapa de implementación del diálogo
 - c. Hitos de la Mesa de Diálogo de la Salud
- V. ÁREA DE TRABAJO 2 – LOS ASPECTOS CLAVE DEL PROCESO DE DIÁLOGO Y LAS TÉCNICAS Y LAS HERRAMIENTAS PARA LA ETAPA DE IMPLEMENTACIÓN
 - a. Mapeo de actores gremialistas e institucionales
 - b. Negociación del Proceso
 - c. Identidad y Confianza
 - d. Condicionamiento Instrumental
 - e. Definición temática de la mesa
 - f. La Polinización cruzada
 - g. Seguimiento de objetivos semanales.- Orden y Ritmo-
 - h. Estrategia comunicacional y la generación de confianza
- VI. ÁREA DE TRABAJO 3 – LOS ASPECTOS CLAVE DEL CONOCIMIENTO TEMÁTICO EN LA ETAPA DE IMPLEMENTACIÓN
- VII. ÁREA DE TRABAJO 4 – LOS ASPECTOS ESTRATÉGICOS DE LA ESTRUCTURA DE MANEJO EXITOSO DEL EQUIPO DE FACILITACIÓN Y LA SECRETARIA TÉCNICA PARA LA ETAPA DE IMPLEMENTACIÓN
- VIII. ÁREA DE TRABAJO 5 – LOS ASPECTOS CLAVE DE LA FACILITACIÓN PARA LA ETAPA DE IMPLEMENTACIÓN
- IX. ÁREA DE TRABAJO 6 – LOS ASPECTOS CLAVE PARA LA CONSTRUCCIÓN DE CONSENSOS
- X. ÁREA DE TRABAJO 7 – LOS FACTORES EXITOSOS EN LA ETAPA DE IMPLEMENTACIÓN DEL DIÁLOGO
- XI. ÁREA DE TRABAJO 8 - LOS FACTORES DE RIESGO EN LA ETAPA DE IMPLEMENTACIÓN DEL DIÁLOGO.
- XII. LAS CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS EN LA ETAPA DE IMPLEMENTACIÓN DEL DIÁLOGO- Los enfoques, métodos y técnicas.
- XIII. REFLEXIONES FINALES A MANERA DE CONCLUSIÓN

BIBLIOGRAFÍA

I. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS DEL PRESENTE DOCUMENTO

Es un documento de “reflexión metodológica” y su elaboración contempla ocho áreas de trabajo. La primera es un acercamiento al marco conceptual sobre el diálogo y las etapas que tiene un proceso. El área de trabajo 2 describe las claves que han posibilitado la sostenibilidad del proceso en la etapa de implementación del diálogo y las técnicas y herramientas que han sido adaptadas y utilizadas en esta tarea.

El área de trabajo 3 resalta la importancia del conocimiento temático que sirvió de guía para el trazado de una suerte de carta de navegación denominada –hoja de ruta- e identifica los aspectos clave que hicieron posible arribar a buen puerto.

El área de trabajo 4 identifica y establece cual fue la estructura de manejo que activo el andamiaje del diálogo y cuáles fueron las claves de esta estructura que posibilitaron que la etapa de implementación de la mesa de diálogo pudiera funcionar.

El área de trabajo 5 tiene que ver con el rol del facilitador y la cualificación en su intervención, y las técnicas y herramientas que fueron implementadas en la mesa de diálogo.

El área de trabajo 6 establece los factores que posibilitaron la construcción de consensos y las técnicas que facilitaron este proceso, así como los tipos de consenso que generó la mesa de diálogo.

El área de trabajo 7 y 8 describen qué funcionó positivamente y los factores de riesgo presentados en todo el proceso; finalmente establece los métodos y el enfoque que ha guiado la selección de técnicas y herramientas y un acápite que da cuenta de las conclusiones reflexivas.

El objetivo central de este documento es contar con un análisis y reflexión sobre los aspectos metodológicos que subyacen al proceso, resaltando aquellos relacionados con la estructura de conducción en la implementación de la mesa de diálogo y la importancia en el rol de la facilitación.

II. ANTECEDENTES DEL DIÁLOGO DE SALUD

En la República de Panamá y por mandato del Presidente Juan Carlos Varela Rodríguez se ha implementado el proceso de diálogo de Salud en el periodo que abarca del 2014 - 2015, a continuación se describe brevemente los antecedentes del mismo.

En Julio del 2014 el Ministerio de Salud de Panamá con el apoyo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo se reunieron con los principales actores del Sistema Público de Salud y acordaron de manera conjunta la posibilidad de un proceso de diálogo. Para efectivizar ésta posibilidad el equipo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo realizó entrevistas a los posibles actores clave y participo de reuniones informativas convocadas por el Ministerio de Salud.

Se identificó un cierto cansancio por los procesos de diálogo puesto que los actores habían participado de la “Concertación Nacional” y a la fecha no se cumplieron los compromisos asumidos, pese a ello consideraron el proceso como una oportunidad para encausar temas pendientes, explicitar los temas relevantes y las condiciones mínimas hacia adelante, como ser la definición de los tiempos, los temas, los participantes.

De esta manera se establecieron algunas pautas para la realización del diálogo, entre las que se mencionan: la voluntad política de la autoridad competente, la elaboración de un diagnóstico participativo.

III. OBJETIVOS Y PROPÓSITO DE LA MESA DE DIÁLOGO

La mesa responde a un mandato del Presidente de la Republica y su objetivo es apoyar en la transformación del sistema de salud en Panamá, asimismo los resultados de la mesa sentarán las bases para la construcción de una política de Estado.

IV. ÁREA DE TRABAJO 1 - ASPECTOS CONCEPTUALES

El término diálogo ha sido sobre utilizado y ha generado una confusión; denominándose diálogo a eventos como las asambleas, las sesiones de debate donde las personas buscan prevalecer sus ideas, las negociaciones duras, las mediaciones o las deliberaciones que tienen características diferentes a las de un diálogo.

No se trata de un intercambio de información sino de la transformación de las relaciones, por ello el trabajo se centra en comprender de manera sistémica la problemática y fortalecer las relaciones entre todos los actores, es un proceso de genuina interacción basada en la construcción paulatina de confianza y respeto mutuo. “El objetivo del diálogo no es defender, sino indagar; no es discutir, sino explorar; no es convencer, sino descubrir”¹

¹ Harold Saunders en “Diálogo Democrático. Un manual para practicantes”. OEA, IDEA Internacional, PNUD, ACDI, Suecia. 2008

El Proyecto Regional de Diálogo Democrático a partir de la experiencia que ha acumulado en varios países de América Latina y el Caribe enmarca la definición de diálogo democrático como un “proceso trans-institucional para abordar problemas sociales complejos o retos que no pueden ser abordados de manera adecuada –exitosa, sostenible, legítima y pacíficamente- por una sola institución”, es un herramienta que aporta a la gobernabilidad democrática.²

El diálogo democrático establece principios como los pilares fundamentales del proceso:

- ⇒ Inclusividad.- Referido a todos aquellos quienes son parte del problema, por lo tanto también se constituyen en parte de la solución.
- ⇒ Apropiación compartida.- Los participantes están claros que se trata de un diálogo donde vale la pena participar, al final las propuestas que resultasen son producto de su compromiso y sus aportes en el proceso.
- ⇒ Aprendizaje.- Es abrirse a otras ideas respetándolas, escucho, entiendo y al mismo tiempo aprendo.
- ⇒ Humanidad (se requiere empatía). Ponerse en el lugar del otro.
- ⇒ Perspectiva a largo plazo. Los resultados del diálogo apunten a la transformación de las relaciones y sean percederos en el tiempo.
- ⇒ Confidencialidad.-Se respeta la confianza depositada en el proceso y todo lo que va generando el diálogo no es usado de manera inadecuada por ninguno de los participantes, se cuida mucho lo que se va trabajando en el diálogo.
- ⇒ La buena fe.- Un diálogo no presume de agendas ocultas, sino de actos transparentes que se ponen en mesa.

Un diálogo tiene cuatro etapas principales como se detallan en el siguiente gráfico.



² Institucionalidad para el Diálogo y la Prevención de conflictos. El caso Peruano. 2014. Área de Gobernabilidad y Consolidación de la Paz del Centro Regional para América Latina y el Caribe del PNUD. Lima – Perú.

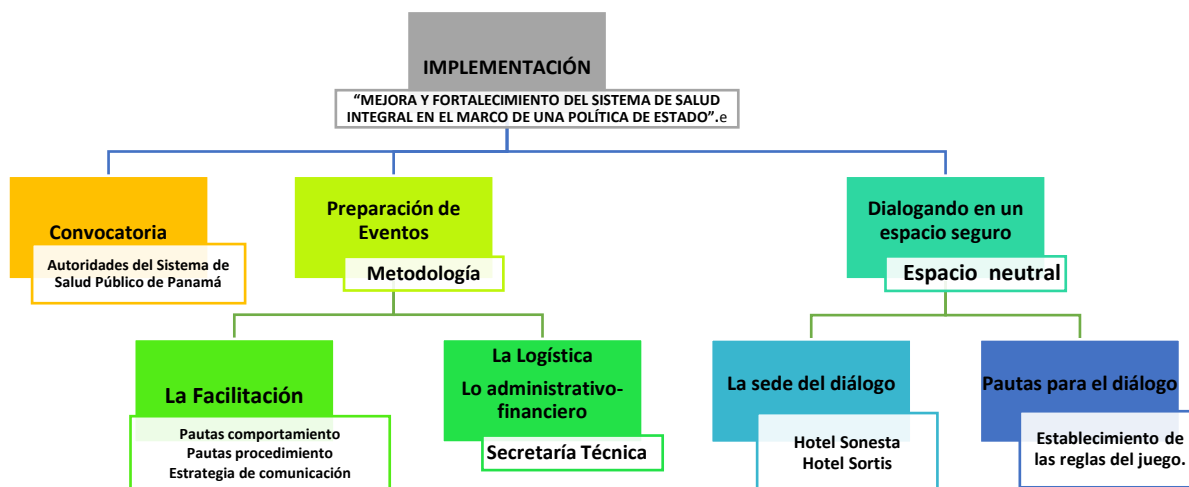
La etapa exploratoria permite establecer si las condiciones están dadas para continuar con la iniciativa de diálogo, el codiseño construye el marco del proceso en base a un conjunto criterios definidos, establece el contenido y selecciona los actores que participaran del diálogo, la etapa de implementación es el momento del encuentro de los actores convocados y de la aplicación de un conjunto de pautas y estrategias. Finalmente la etapa de seguimiento permite valorar los avances alcanzados, se realiza de manera continua a lo largo del diálogo.

a. Las etapas realizadas

La mesa arrancó el 4 de julio 2014 con la etapa exploratoria, mostrando que había condiciones favorables para un proceso de diálogo y como resultado de la etapa de codiseño se realizó una propuesta metodológica en base a un mecanismo estructurado en una mesa madre o núcleo con anillos concéntricos en torno a la misma. Los anillos establecían quienes debían participar en base a los temas que habían surgido. Se identificó la relevancia de contar con una Secretaría Técnica

Ya concluida la segunda etapa de codiseño y contando con la propuesta metodológica, se pasó a la tercera etapa del proceso que tiene su propia dinámica y es la implementación del diálogo.

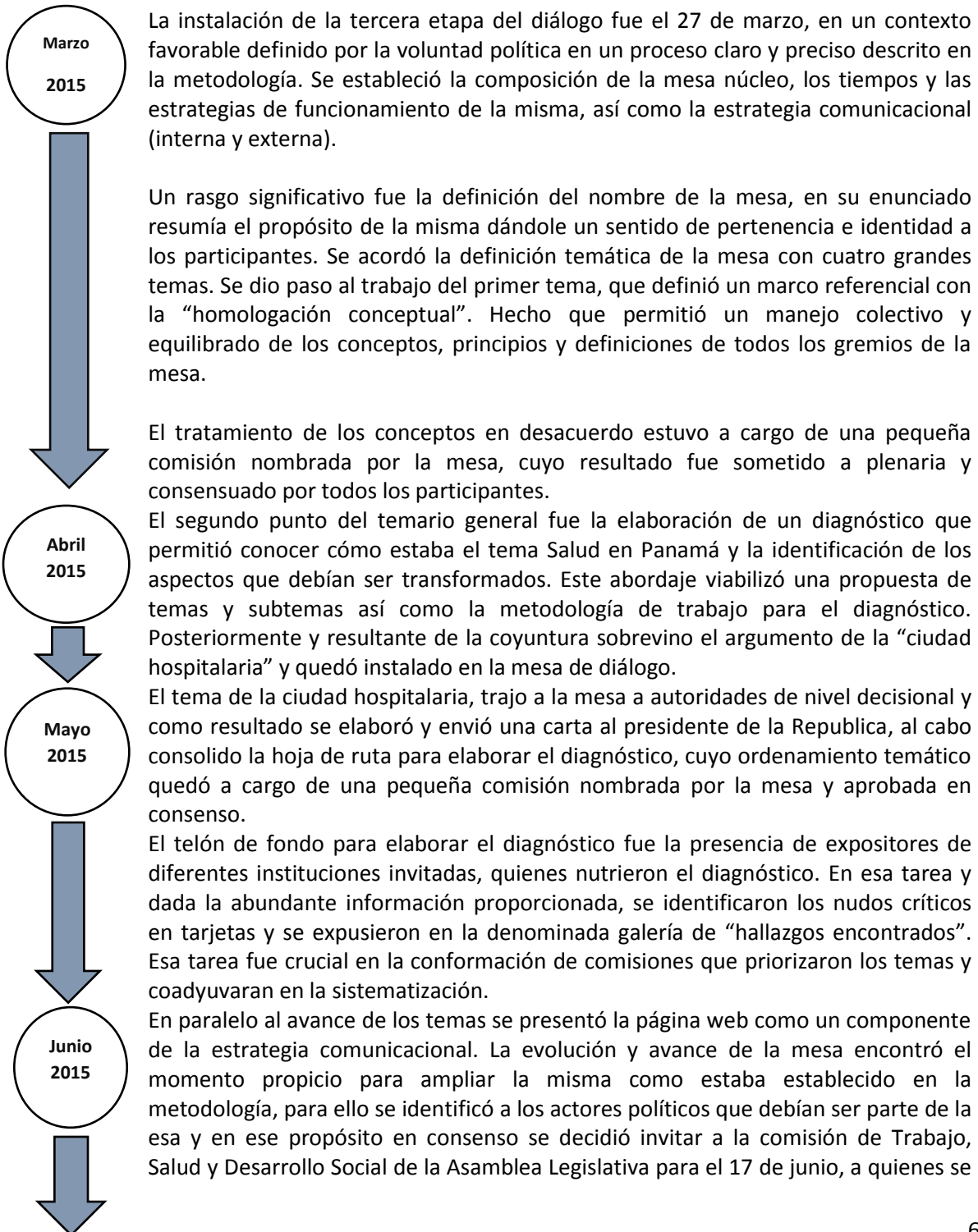
b. Etapa de implementación del diálogo



La etapa de implementación es el momento de la presencia física de todos los dialogantes y la consolidación de un espacio seguro en el que se puedan sentir cómodos hablando, escuchando. Prima la confianza y sienten que son respetados y respetadas y donde ocurren conversaciones que importan. Para una mejor comprensión de ésta etapa, se identificaron los hechos sobresalientes en el proceso

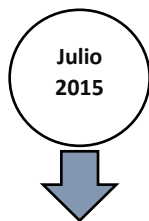
c. Hitos de la Mesa de Diálogo de la Salud

La diversidad, la repetición y la concurrencia de sucesos sobresalientes permitieron identificar hitos en la etapa de la implementación del diálogo, mostrando los hechos sobresalientes que sucedieron cada mes y posibilitaron identificar qué metodología, qué técnicas e instrumentos eran los apropiados para las diferentes circunstancias que se dieron en el proceso.

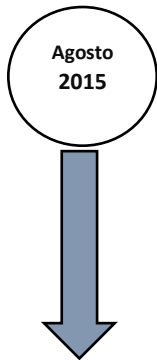


les presentaría el mandato y las tareas encomendadas a la mesa por el Presidente de la Republica, así como los avances de la misma.

Para el efecto se conformó una comisión para preparar la reunión y como resultado de ésta tarea se efectivizó la ampliación de la mesa con la incorporación de dos representantes de la Comisión de Trabajo, Salud y Desarrollo Social de la Asamblea Legislativa como veedores. Asimismo se designó una comisión para que presente una propuesta de incorporación a otros actores de la sociedad civil (mesa ampliada). En tanto el trabajo de grupos prosiguió y se realizaron ajustes al calendario, el 26 de junio se envió un informe al presidente de la Republica sobre la ciudad hospitalaria.



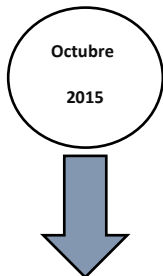
Prosiguieron las exposiciones para el diagnóstico y en éste intervalo de tiempo se vio la necesidad de dar a conocer a la opinión pública los resultados (a la fecha) del trabajo de la mesa, hecho que se efectivizó mediante una conferencia de prensa y la entrega de un boletín informativo. Prosiguió la tarea de priorización de los nudos en las cuatro mesas de trabajo y se incorporaron herramientas que aportasen a esta labor. (matrices y semaforización)



Debido a la copiosa información generada y pese al arduo trabajo de las 4 mesas se renegocio el tiempo adicionando un día a la semana (de tres a cuatro días). En tanto se exploró la posibilidad de una formulación de documento, en ese marco cuatro gremios presentaron una propuesta escrita. Asimismo se nombró una comisión para que concluya conceptualización y las mesas iniciaron la presentación de los nudos críticos consolidados a la plenaria. Posteriormente y resultante de las exposiciones y de la coyuntura emergió el tema de las OES como una controversia. En esa misma línea un gremio expuso a la mesa el conflicto generado por la promulgación de un decreto que estaba afectando a los agrimiados del Colegio de Veterinarios.



Se procedió a la validación en plenaria del consolidado de los nudos críticos, el martes 15 se concluyó llegando a 500 nudos críticos siendo priorizados 275 y se formularon 108 recomendaciones consensuadas.



Se prosiguió con la elaboración del diagnóstico con un enfoque Intersectorial e Institucional trabajado en dos grupos y se nombró una comisión para desarrollar el tema económico financiero. Se programó una jornada de conclusión de la propuesta, la cual fue concluida y toma relevancia la presentación al ministro de Salud como Máxima Autoridad Ejecutiva del sector. La comisión de la Soc. Civil presento y consensuo la metodología para la presentación del trabajo de la mesa. Se consolido el modelo organizativo.



Presentación al Presidente y a todas las autoridades de salud, en la Casa Amarilla (presidencia) de la propuesta (libro blanco) y su apropiación el 25 de noviembre.



Publicación del decreto ejecutivo #1 del 10/1/2016 con la creación de la Comisión de Alto Nivel para la implementación del Libro Blanco, conformada por los 14 gremios, dos instituciones gubernamentales (Caja del Seguro Social y Ministerio de Salud) de la Mesa, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y la Presidencia de la República.

Una vez identificados los hechos sobresalientes hasta la conclusión del proceso de diálogo, se establecieron los “aspectos clave” del proceso metodológico.

V. ÁREA DE TRABAJO 2 – LOS ASPECTOS CLAVE DEL PROCESO DE DIÁLOGO, LAS TÉCNICAS Y LAS HERRAMIENTAS PARA LA ETAPA DE IMPLEMENTACIÓN

El diálogo como proceso contempló un conjunto de eventos conectados entre sí. y posterior a las etapas “exploratoria” y de “codiseño” arrancó la etapa de “implementación” del diálogo, seleccionándose para ello un conjunto de técnicas y herramientas que son métodos desplegados en los eventos del proceso, adecuados y asertivos a los objetivos específicos que se desea alcanzar, esta área describe y analiza el uso de los métodos seleccionados.

a. Mapeo de actores gremialistas e institucionales

El punto de partida fue la toma de contacto con los gremios y sus agremiados con el objetivo de conocer sus percepciones, expectativas y temores, principalmente empezar a generar confianza en la facilitación y en el proceso en sí.

Este primer acercamiento permitió estructurar el cuerpo social con quienes se iba a trabajar, analizando sus raíces, su tronco vital (lo que son y su vitalidad) sus proyecciones (por qué participan, qué buscan, hasta donde podrían llegar y las posibilidades de alcanzar su fin). De esta manera se analizó la potencialidad de los gremios y la relación entre ellos.

Para ello se utilizó el mapeo de actores³ que conceptualizó la realidad a partir de las relaciones sociales permitiendo visualizar a los actores; aportó en la identificación de sus roles al interior de sus gremios y en su interacción hacia afuera con otros actores agremiados del área de la Salud.

De la misma manera posibilitó conocer los objetivos de su participación y fue un primer paso para motivar acciones participativas y sobre todo confianza, ésta tarea fue realizada mediante reuniones bilaterales en las sedes de los gremios permitiendo recopilar información primaria con preguntas de acción para estar al tanto de sus actividades gremiales, preguntas de intención para conocer las expectativas y preguntas muelle o amortiguadoras sobre temas delicados pero que traslucen una formulación suave.

³ Los actores participantes del diálogo fueron identificados en la etapa exploratoria y de codiseño.

b. Negociación del Proceso

Posterior a este primer momento, la mesa de diálogo en su etapa de implementación fue inaugurada oficialmente el 17 de marzo y arrancó con la construcción de los primeros consensos a partir del establecimiento de las reglas básicas, este ejercicio se denomina “negociación del proceso” y es la definición del cómo funcionaría la mesa.

| NEGOCIACIÓN DEL PROCESO | DESCRIPCIÓN CONSENSOS |
|--------------------------------|--|
| Con relación a la composición | De la propuesta original de 21 a 25 titulares, agregando 4 gremios y estableciendo titularidad, suplencia y roles. |
| Con relación a la metodología | Se estableció las reuniones para los días martes, miércoles y jueves, de 08:00 am a 16:00 pm. Con un funcionamiento de tres semanas consecutivas, la cuarta semana sería para el intercambio e interacción con sus representados. |
| Con relación al funcionamiento | Se definió un Quórum con 9 organizaciones presentes y la presentación de la agenda diaria. Se cierra el día con la lectura de los puntos consensuados. Los titulares participan con vocería, los suplentes con vocería cuando asumen el espacio del titular. Cada organización puede contar con un equipo técnico-asesor (máximo 5 personas) por organización. Los participantes titulares y suplentes portarán un gafete de identificación. Se estableció la forma del uso de la palabra, se utilizará el per saltum y la opción de “parqueo de temas” cuando estos se entrapen. Así como las fórmulas para los grandes temas y para los temas puntuales. |

El resultado de este ejercicio permitió ofrecer una estructura para la generación de confianza, estas reglas generaron pautas de comportamiento y fueron la antesala para crear el espacio seguro o contenedor⁴ que posibilitaría que los participantes se sintiesen cómodos, comprometidos con el proceso y aportando en el ejercicio de la construcción de consensos como un aspecto clave para el diálogo.

c. Identidad y Confianza

Una vez que arrancó el diálogo, un segundo momento trascendente fue la definición del nombre que asumiría la mesa, se denominó por la “**MEJORA Y FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD INTEGRAL EN EL MARCO DE UNA POLÍTICA DE ESTADO**”, la formulación del nombre resume el rumbo de la mesa, otorgándole identidad que es la concepción que tiene un colectivo sobre sí mismo, son los rasgos que le permiten distinguirse y marca la pertenencia a un grupo que tiene en común una lucha por algo, aportan a la confirmación de su propio rumbo y a la confianza en el proceso.

El nombre asumido por la mesa adquirió especial relevancia porque en un inicio los actores estaban posicionados en sus propias lógicas gremiales, hecho que los dividía y por eso la necesidad de establecer un marco contenedor de lo sustantivo fue un punto de entrada seguro y primordial para que los dialogantes de los 14 gremios y dos instituciones estatales (Ministerio de Salud y Caja del Seguro Social) se sintiesen cómodos y confiando en este nuevo escenario que los convocaba y reunía a todos.

⁴ Referido al espacio formal institucionalizado para la toma de decisiones donde los acuerdos son vinculantes.

d. Condicionamiento Instrumental

El hecho de establecer un “orden cotidiano secuencial” posibilitó un condicionamiento habitual, a partir de la apertura diaria de la mesa, siguiendo un mismo orden:

1. Comprobación del quórum establecido –nueve personas-.
2. Punteo de los temas que se desarrollarían ese día.
3. Posteriormente se incorporó una invocación religiosa.

Esta dinámica permitió que todos los participantes supieran de antemano los avances esperados para cada día, focalizando las metas que debía alcanzar la mesa.

Esta acción cotidiana de generación de actos mecánicos produce pensamiento, la operatividad somete a los participantes a la repetición de una conducta, cada día se iniciaba con la presentación y consenso de una agenda diaria, la consecuencia estaba dada en los resultados obtenidos al finalizar la jornada, el propósito fue generar la sensación de un avance paso a paso, “cada día se hace algo” - “todos los días caminamos un trecho”, se condicionó y se incorporó en el inconsciente colectivo que el diálogo es productivo, asertivo y la agenda daba cuenta de los avances realizados.

Se utilizó el “condicionamiento operante” como el hilo conductor, donde el comportamiento era seguido de una consecuencia gratificante que modificó la tendencia del grupo a repetir el comportamiento en el futuro. Los participantes pasaron por un condicionamiento instrumental⁵ como una forma de aprendizaje mediante el cual el sujeto o participante tiene más probabilidades de repetir las formas de conducta con consecuencias positivas y menos probabilidades de repetir aquellas que tendrían resultados negativos.

Fue planteada como la asociación de una conducta refrendada tras la cual aparece una respuesta esperada.

e. Definición temática de la mesa

Si bien la definición de los temas surgió desde los mismos dialogantes, la implicancia del nombre que asumió la mesa se desplazó hacia los logros que buscaba, esto marcó la visión y misión de la misma y señaló la ruta del diálogo que fue plasmada en la definición de cuatro grandes temas que fueron la carta de navegación de la mesa.

Marco teórico conceptual. Homologación de conceptos.
Diagnóstico Integral y Análisis de Situación de Salud.
Organización y Articulación del Sistema de Salud Integral.
Modelo de Gestión Financiera del Sistema de Salud

⁵ El condicionamiento instrumental plantea que la conducta sirve de instrumento para conseguir un fin y se da por ensayo error. Cualquier conducta que en una situación produce un efecto satisfactorio, se hará más probable en el futuro y si la respuesta va seguida de una consecuencia satisfactoria, la asociación del estímulo se fortalece y si a la respuesta le sigue una consecuencia desagradable se debilita. Ley del efecto -Edward Thorndike

El objetivo estaba implícito y el encuadre fue dado a partir de los grandes temas enunciados en consenso, tenían claro: ¿qué se buscaba y por qué?, la definición del cómo fue la tarea del equipo de facilitación.

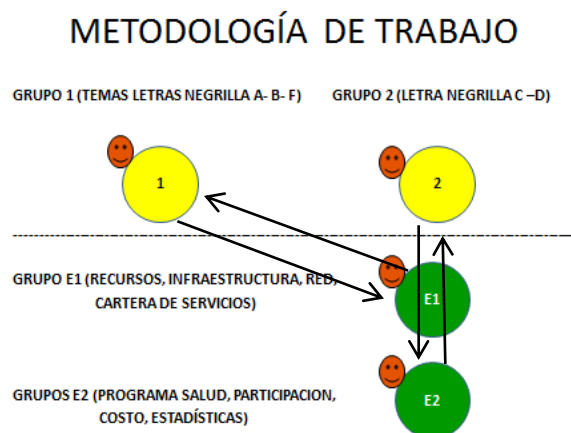
f. La Polinización cruzada

Una vez iniciada la mesa y acordados en consenso los grandes ejes temáticos, se procedió a trabajar el punto 1 el temario general el “Marco teórico conceptual”, con una lluvia de ideas se identificaron 164 conceptos y principios. Luego se necesitó una clasificación más relevante, la forma de selección fue a través del mapeo de coincidencias⁶, los mismos fueron priorizados en consenso en las cuatro mesas de trabajo.

Se utilizó la metodología del Café Mundial que generó un diálogo colaborativo para la priorización de los conceptos. Se basó en los descubrimientos colectivos que respetaron las contribuciones de cada participante, basados en la escucha activa y la conexión de ideas; de forma tal que todos los participantes funcionaban como un sistema enlazado, primero el vínculo fluyo en sus mesas y posteriormente se articularon entre sí con las otras mesas.

En una analogía esta dinámica se asemeja a la polinización cruzada que consiste en la transferencia de una antena de una planta al estigma de una flor de otra planta, de un participante a otro y de una mesa a otra.

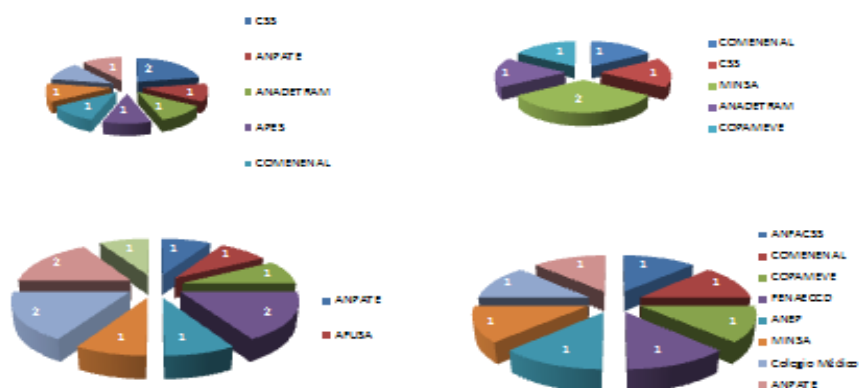
Al finalizar se tenían priorizados 11 conceptos comprendidos y homologados por todos los participantes.



En esta dinámica un recurso que aportó en la construcción de confianza fue el uso de gráficos con datos estadísticos que mostraban la participación de todos los gremios en cada una de las cuatro mesas con una representación equilibrada, por lo tanto “los gremios conocían el trabajo de cada mesa por sus representantes”, la construcción de consensos fue a través de la unificación y la representación gráfica como herramienta visual, el gráfico muestra un ejemplo de lo señalado.

⁶ El mapeo de coincidencias identifica aquellos que tienen un mayor número de repeticiones.

PARTICIPACIÓN EN MESA 1, 2, E1, E2



El uso de la herramienta visual fue sustantivo para el diálogo y permitió lograr que los participantes se sientan cómodos con lo que hacían.

Una vez consensuado el marco conceptual de la homologación de conceptos, el punto de partida fue realizar el diagnóstico que permitiría conocer cómo se encontraba el Sistema de Salud e identificó cuáles eran los nudos críticos y las oportunidades de mejora. Para esta tarea se nombró una comisión encargada de definir una hoja de ruta con los componentes y subcomponentes que estructuraron el diagnóstico, para consensuar la hoja de ruta se retornó al trabajo en mesas y posterior plenaria.




La dinámica para identificar los nudos críticos fue a través de exposiciones magistrales de expertos temáticos quienes en base a un cuestionario de preguntas brindaron la información solicitada. Y simultáneamente a las exposiciones se necesitó contar con un “registro”, vale decir utilizar un instrumento que sirviese de apoyo a la memoria grupal, una representación visual del proceso colectivo que se iba creando a medida del desarrollo de la mesa.⁷

Para este propósito, el registro fue a través de una “galería de hallazgos encontrados” con las siguientes consideraciones: 1. Cada tema tenía un color. 2. Se identificaban los nudos críticos relacionados al tema y se apuntaban en la tarjeta del color establecido con una argumentación del porqué era un nudo crítico, finalmente la tarjeta era expuesta en el lugar del tema que correspondía en la galería.

⁷ Pruitt, B y Thomas, P., (2008) “Diálogo Democrático – Un Manual para Practicantes. OEA. IDEA INTERNACIONAL, PNUD.

La metodología de registro tenía un doble propósito, reconocer los nudos críticos argumentados y priorizados generando una presión visual a través de la cual se condicionó las conductas y permitió producir una sensación psicológica y una tensión que forzó una reacción en un momento de definición, son acontecimientos o circunstancias que generaron presión de manera inconsciente.

Las tarjetas se mantuvieron visibles en cada sesión y en la medida que el diálogo avanzaba, la galería sumaba más hallazgos de datos e información trascendente; y dado que el diálogo debía blindar sus avances, se sometió al grupo a otra forma de presión visual y competitiva, se incorporó un semáforo que posibilitó identificar el avance de cada mesa y generó de manera inconsciente una competencia sana entre las mismas. Se estableció la siguiente escala por colores.

- ⇒ Hasta un 40% de avance 
- ⇒ Del 41% al 89% de avance 
- ⇒ Del 90% al 100% de avance 

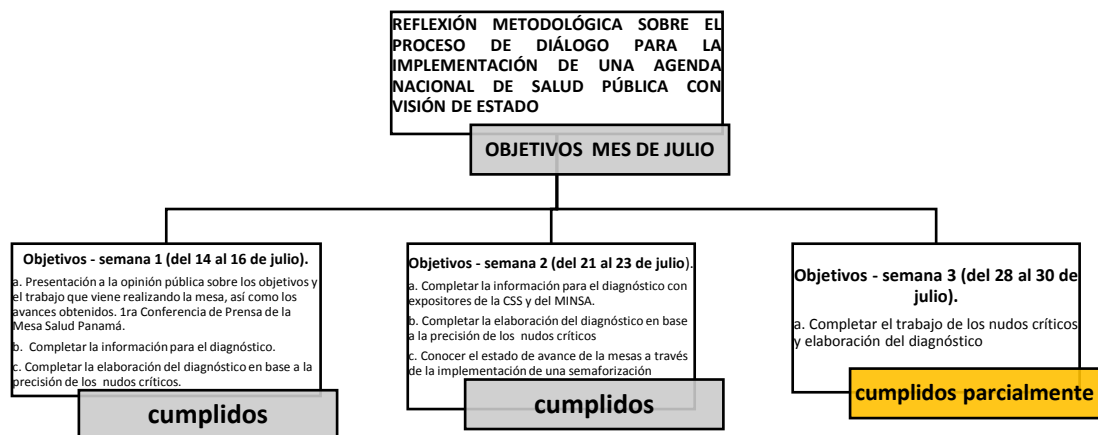
Esta etapa del diagnóstico se caracterizó por incorporar de manera simultánea:

- ⇒ Condicionamiento experimental
- ⇒ Presión visual
- ⇒ Competencia.

La competencia se enmarcó en la motivación y tuvo como resultado la emergencia de los liderazgos emergentes y estuvo relacionada con los nuevos roles requeridos para la etapa de consensos y propuesta temáticas.

g. Seguimiento de objetivos semanales. Orden y ritmo

Cada proceso plantea un objetivo central y objetivos específicos, para la mesa de diálogo de salud se utilizó esta herramienta que permitió incorporar los objetivos por semana y verificar su cumplimiento, señala el avance del proceso⁸.



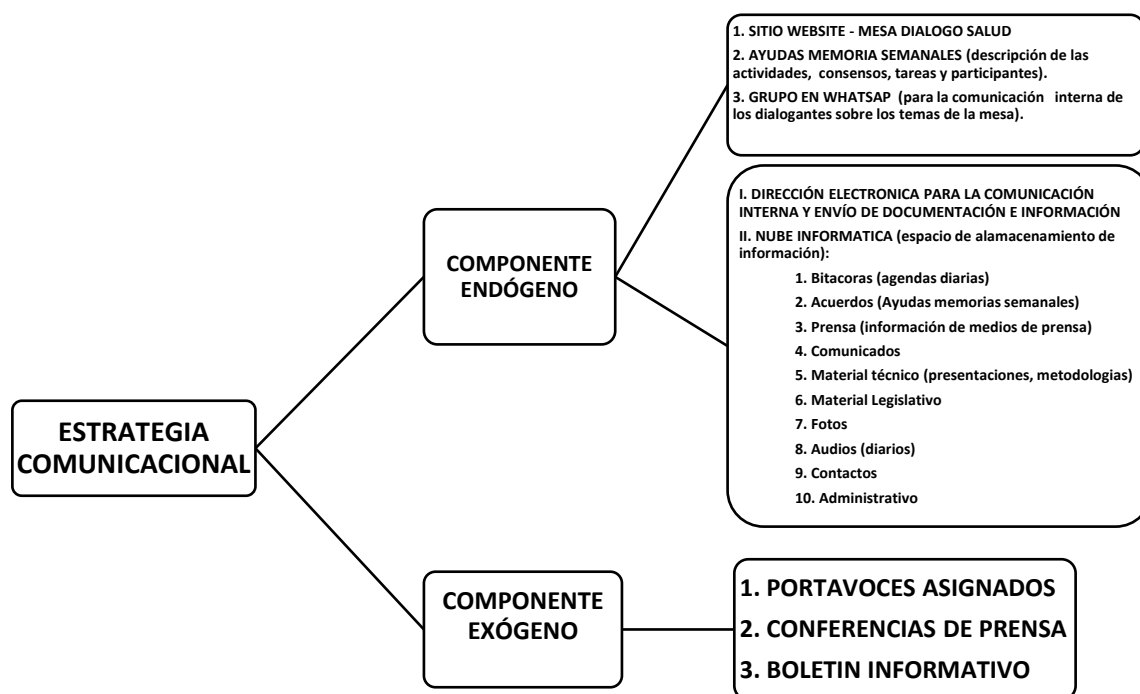
⁸ El gráfico corresponde al seguimiento realizado a los objetivos del mes de julio 2015(se elaboró una por mes).

h. Estrategia comunicacional y la generación de confianza

Uno de los factores de éxito en un proceso de diálogo son las pautas que se establecen para la gestión de la comunicación y de la información, para ello se diseñó una estrategia comunicacional.

La estrategia para la mesa de Salud en Panamá permitió establecer canales de comunicación con y entre los dialogantes, posibilitó la captura, circulación y fluidez de la comunicación e información y mantuvo vigente los compromisos asumidos en la mesa, evitó y disminuyó posibles problemas o controversias que podrían haber surgido por interferencias en la comunicación, aportó con un flujo nutrido de información estructurada en términos de tareas, consensos, compromisos, avance de los temas y participantes entre otros.

Se utilizaron las herramientas disponibles de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) estableciéndose dos componentes: uno endógeno para la comunicación y flujo de información al interior del grupo y otro exógeno para la información fuera del grupo. El gráfico resume la estrategia comunicacional.



En la gestión de la comunicación la sensación de comodidad y confianza son determinantes, por ello la relevancia de establecer las formas de comunicación, así como la redacción de documentos que emerjan del proceso y permitan desarrollar la “historia oficial” del proceso, las denominadas “ayudas memoria” de la mesa fueron los capítulos semanales y validados de la historia de la misma. La confianza generada permitió la “participación efectiva y confiada” de los gremios e instituciones estatales.⁹

⁹ Pruitt, B y Thomas, P., (2008) “Diálogo Democrático – Un Manual para Practicantes. OEA. IDEA INTERNACIONAL, PNUD.

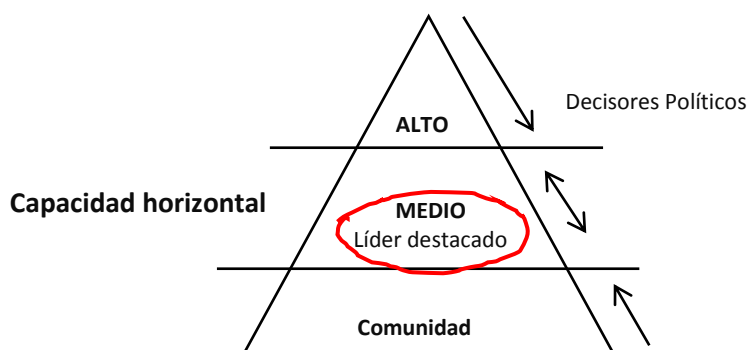
VI. ÁREA DE TRABAJO 3 – LOS ASPECTOS CLAVE DEL CONOCIMIENTO TEMÁTICO EN LA ETAPA DE IMPLEMENTACIÓN

Para realizar el Diagnóstico Integral y Análisis de la Situación de Salud se utilizó la **Reflexión – Acción** como una metodología que establece un camino racional, lógico y ordenado, es un proceso educativo de compromiso y participativo. Para ello era importante identificar qué temas debía incluir el diagnóstico, qué aspectos debía tocar el diagnóstico, saber cuál la situación de la salud para realizar propuestas de mejora.

Para esta tarea se vio la necesidad de involucrar a las diferentes instancias de la sociedad que de alguna forma están determinando el estado de salud de los habitantes de Panamá. Un aspecto relevante ha sido **trazar una ruta** para construir el diagnóstico, los aspectos que fueron considerados: los ejes temáticos para trabajar y el análisis bajo el concepto de integral

En esta lógica la mesa decidió **conformar una comisión** que planteo los lineamientos y definió los componentes y subcomponentes de la hoja de ruta para el diagnóstico integral. Esta propuesta fue complementada en cuatro mesas de trabajo con el aporte de los participantes que venían de diferentes representaciones, los profesionales médicos, los administrativos y los técnicos y trabajadores manuales.

Este trazado de la hoja de ruta requirió del **conocimiento temático** y para ello fue necesario contar con alguien que coordine y lidere esta tarea y además pueda estar conectada con los niveles de decisión política, **un alguien estratégico muy conocedor del tema**. La mesa de diálogo como un “espacio de articulación estratégica y constructiva donde se tejen y se sostienen espacios de interrelación”¹⁰ Un líder con la capacidad de interacción horizontal y con los niveles de decisión política



Una vez consensuada la hoja de ruta, el siguiente paso fue la presentación de los expertos de los diferentes temas, la tarea de la mesa fue la identificación de los nudos críticos y un intercambio de criterios con técnicas participativas –mesas de trabajo por ejes temáticos- que priorizaron y analizaron los temas de manera crítica y reflexiva. Pero dado que eran cuatro mesas, hubo un **nivel de coordinación horizontal** entre las cuatro mesas a través del líder del nivel medio de la

¹⁰ Lederach, Paul. “Desafíos y Alternativas en la construcción de La Paz”. Conferencia en el Centro de Estudios Latinoamericanos Rómulo Gallegos. Caracas Venezuela. Agosto de 2003

pirámide, así como con las instituciones que presentaron las exposiciones, para lo cual también se necesitó una interacción con el nivel alto de la pirámide de decisión política.

Uno de los aspectos clave hasta presentación de los resultados de la mesa de diálogo fue la **linealidad temática sustentada y sostenida**; que finalmente fue enriquecida por los grupos de trabajo.

VII. ÁREA DE TRABAJO 4 – LOS ASPECTOS ESTRATÉGICOS DE LA ESTRUCTURA DE MANEJO EXITOSO DEL EQUIPO DE FACILITACIÓN Y LA SECRETARÍA TÉCNICA PARA LA ETAPA DE IMPLEMENTACIÓN

Se toma como punto de partida la siguiente interrogante ¿Cuál fue la estructura de manejo exitoso, en qué se basó? Y si bien no hay una respuesta única, lo primero que se tomó en cuenta fue la indagación sobre el contexto del país, sobre los aspectos culturales, sobre la percepción de la coyuntura en términos políticos, así como la pertinencia de un equipo con roles establecidos.

Para abordar este tema se consideró una estructura con dos áreas y roles diferenciados pero concatenados: los roles del equipo de facilitación y de la Secretaría Técnica; y cómo producto del análisis y reflexión metodológica se plantearon algunas consideraciones de índole conceptual que permitirán comprender la estructura del manejo exitoso de la mesa de diálogo.

Los mecanismos de la personalidad como sistema no son los mismos que los mecanismos del sistema social, cada situación nueva requiere de un aprendizaje definido como un conjunto de procesos mediante los cuales el actor adquiere nuevos elementos de orientación de la acción, la adaptación a un cambio en la situación o el desenvolvimiento de una pauta dinámica es un proceso de aprendizaje y contar con la orientación precisa para cumplir un rol es una forma particular de aprendizaje¹¹.

En los diálogos se plantean roles en el equipo de facilitación, ratificando que el facilitador es la persona que dirige las reuniones y recibe apoyo de otras personas que ejercen determinados roles, se establece un “asesor de proceso” quien posee conocimientos sobre la temática del proceso y un “asesor de contexto”, quien conoce la dinámica de las relaciones dentro del grupo de dialogantes, los aspectos culturales y sobre todo políticos, así como los antecedentes históricos¹².

En consecuencia, el diálogo encarnó en una misma persona el rol de asesor de proceso y de contexto, por ello se lo denominó como “asesor estratega” y más allá de esta consideración se debe establecer los factores que posibilitaron el ensamble entre la facilitación y el asesor estratega.

La primera consideración ha sido conocer los aspectos mediatos del asesor estratega, -su pasado de dirigencia de corte sindical- permitió entender y evocar su participación en momentos críticos con intervenciones asertivas, fue un pilar estratégico para la reconducción cuando fue necesario hacerlo.

¹¹ Parsons, Talcott. “El Sistema Social”. Ed. Alianza Universidad. 1988. España. (p.197)

¹² Pruitt, B y Thomas, P., (2008) “Diálogo Democrático – Un Manual para Practicantes. OEA. IDEA INTERNACIONAL, PNUD.

La segunda consideración ha sido la relación hombre – mujer; cuando se quiere generar confianza se establecen roles, el rol del bueno y del drástico, ya que en la personalidad o psiquismo de las personas, perviven lo bueno y enérgico, si no se aplica ambos elementos no se llega a equilibrar, tiene que haber un rol fuerte muchas veces sancionador y otro rol del policía bueno, del consentimiento; y en función de estas dos conductas se puede desbalancear la conducta o posición de la persona o del grupo.

Si solo se asume un rol, el grupo utilizará todos sus mecanismos pudiendo enquistarse en posiciones cerradas, pero si contrapesan lo bueno y lo sancionador entonces se balancea. Si solo se actúa con actitud autoritaria, dura y firme hay elementos que van a contrarrestar esa línea y por el contrario si es una línea permisiva van a aprovechar y pueden tomar partido subalternizando esa posición.

Para un mejor entendimiento de la relación hombre – mujer es importante establecer ¿cuál fue el elemento que se contrastó? los dos roles con dos figuras; una del hombre que toma una posición firme, precisa y marcada, en tanto la otra un rol más democrático y tolerante, posición de la facilitación de una mujer. El imaginario colectivo se ve fortalecido por la construcción social de las categorías: masculino y femenino asignándole significantes a cada uno.

Surge la pregunta ¿En qué momento se dio o cómo funcionaba la relación hombre - mujer? En diferentes situaciones a veces estableciéndose en la línea dura y otras en la línea blanda, fueron roles marcados a través de dos personalidades diferentes que evitaron que el grupo humano se enquistase asumiendo posiciones intransigentes, es como una masa que se fue moviendo con el apoyo no concertado de los líderes identificados en el grupo.

La tercera consideración, es la necesidad de remitirse a las cualidades del equipo facilitador (facilitadora y asesor estratega), estableciéndose la “multiparcialidad” como una actitud para construir confianza, además un ensamble cabal entre las conductas identificadas de uno y otro, como la intuición política, la sensibilidad cultural, el enfoque colaborativo y la capacidad de adaptación.

La cuarta consideración es el papel positivo desempeñado por las autoridades que participaban en la mesa (nivel técnico fundamentalmente) y el trabajo realizado “atrás del telón” entre el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (asesor estratega principalmente) y autoridades políticas que intervinieron en los momentos críticos de forma colectiva o bilateral, reconduciendo el dialogo en sus puntos de tensión

A continuación una quinta consideración que indaga sobre ¿qué factores fueron clave para la interacción hacia dentro y hacia fuera del equipo? Lo experimentado permite señalar que la conjunción de tres percepciones¹³ que intercambiaban criterios, permitió percibir lo que estaba sucediendo (desde tres enfoques diferentes).

¹³ Percepciones del Asesor estratega, de la Facilitadora y de la Coordinadora del Proyecto.

El equipo facilitador¹⁴ y la Secretaría Técnica¹⁵ con alta sensibilidad política, sensibilidad social y sensibilidad administrativa, esta última para atender cualquier requerimiento de índole logístico de manera oportuna.

El equipo Facilitador utilizó la lógica del espejo¹⁶ que le permitió detectar los aspectos que debían ser mejorados, en tanto la Secretaría Técnica coadyuvó con trabajos manuales para la aplicación de metodologías específicas¹⁷ y fueron el acople idóneo al equipo Facilitador en el desarrollo de sus tareas.

VIII. ÁREA DE TRABAJO 5 – LOS ASPECTOS CLAVE DE LA FACILITACIÓN PARA LA ETAPA DE IMPLEMENTACIÓN

El equipo facilitador estableció los cimientos para el diálogo, una de las metas fue lograr la inclusión de las perspectivas de los participantes, identificando unos mínimos compartidos a través de la construcción de consensos.

Para ello, el conocimiento de la dinámica y las relaciones entre los actores permitieron contar con una visión de conjunto como pensamiento estratégico para el “equipo facilitador”¹⁸, entender la dinámica de las relaciones fue una de las claves que posibilitaron el establecimiento de alianzas estratégicas con aquellos actores que podrían reforzar el propósito de la mesa del diálogo y tramontar los momentos críticos que se suscitaron.

El punto de partida fue la “observación directa” que permitió identificar aquellos líderes más influyentes quienes a través de intervenciones precisas mostraron un enfoque conciliador y lograron concitar el interés y la atención del grupo, eran escuchados con mucha curiosidad y asentidos en sus pensamientos e ideas, hecho que posibilitaba su actuación sobre el grupo para activar vínculos potenciales o desactivar aquellos existentes, convirtiéndose de ésta manera en verdaderos actores estratégicos.

En un primer momento la “facilitación” identificó los “potenciales aliados” representantes de diferentes gremios y con quienes a través de “diálogos bilaterales” se fue reforzando tres características centrales a los fines del diálogo: su actitud proactiva, su actitud propositiva y su enfoque conciliador, que a nuestro juicio eran relevantes para el proceso, se suman otras características como la capacidad de concitar o captar la atención de los otros dialogantes, ser dinamizador, respetuoso y tolerante.

Por ello ha sido un momento importante el aglutinamiento de la mesa a través de la creación del denominado bloque (conformado por los gremios que agrupaban a niveles técnicos, administrativo y manuales) que logró equilibrar a los gremios profesionales

¹⁴ El equipo facilitador estuvo conformado por el asesor estrategia y la facilitadora

¹⁵ La Secretaría Técnica estuvo conformada por la Coordinadora del proyecto y la asistente administrativa.

¹⁶ La técnica del espejo permite mostrar lo que sucede a espaldas nuestras en un diálogo, a través de la observación de un tercero.

¹⁷ La galería de hallazgos encontrados requería de trabajos manuales.

¹⁸ Equipo facilitador compuesto por la facilitadora y el gestor estratégico, con roles claramente establecidos.

SIMBOLOGÍA

| SÍMBOLO | CARACTERÍSTICAS | CALIFICACIÓN |
|---|--|------------------|
|  | Capta la atención, propositiva, práctica | Positivo |
|  | Conciliador, capta la atención, respetuoso | Positivo |
|  | Investigador, persistente, impositivo | Positivo |
|  | Personalidad fuerte, gremialista, impositivo | Positivo |
|  | E1 Capta la atención, propositivo, carácter afable – E2 Reflexiva, conciliadora, humana – E3 Nivel de abstracción alto, sensible, intransigente – E4 Dinamizadora, sistematizadora, correcta | Positivo Latente |
|  | Castrador, imperativo, torpe | Negativo |
|  | Bien calificado, bien práctico, respetuoso y tolerante | Positivo |
|  | Captan atención | Observadores |

Los liderazgos se encuentran graficados y codificados con diferentes figuras geométricas, letras y números.

La observación directa y las intervenciones mostraron los actores clave, sus cualidades externas y su influencia en el grupo, esta dinámica permitió categorizar diferentes tipos de liderazgos:

- ✓ Liderazgos positivos o democráticos/visionario como aquellos que respetan los valores y están motivados a cumplir con su rol, porque tienen la capacidad de ser escuchados por el grupo y ejercitan un liderazgo efectivo situándose en el contexto.
- ✓ Liderazgos negativos o narcisistas como aquellos que también son escuchados pero toman decisiones muchas veces arbitrarias, unilaterales asumiendo conductas castradoras.
- ✓ También están los liderazgos latentes (emergentes) quienes no estaban visibilizados en un inicio y se manifiestan de una manera espontánea ante la necesidad de nuevos roles llenando los vacíos en la dinámica que se estableció en los mesas de trabajo, no corresponden al estereotipo de los anteriores, su característica fue la integridad y consistencia en sus planteamientos, su accionar es predecible.

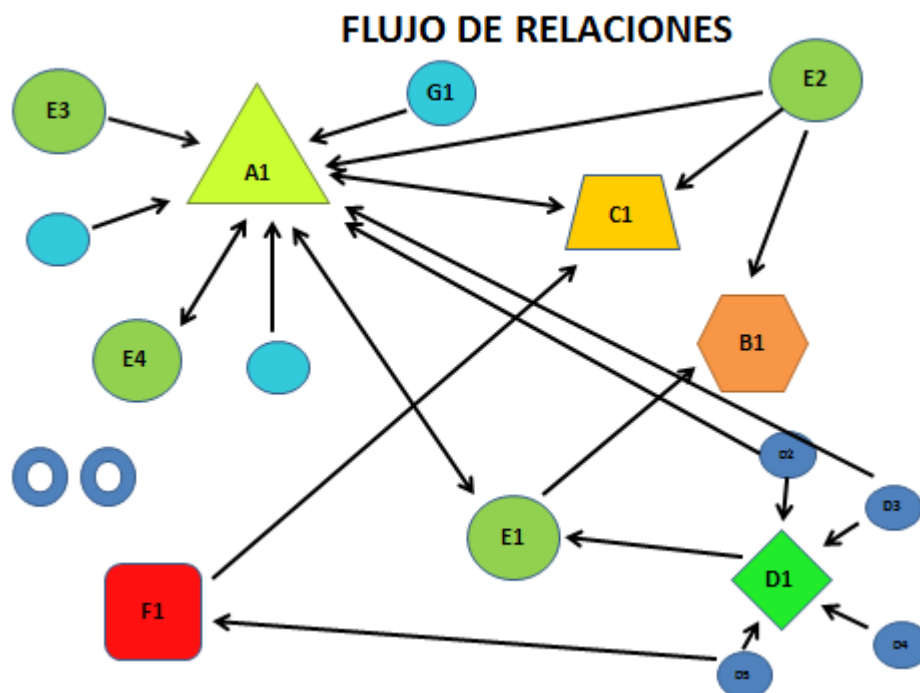
Es importante señalar la coincidencia existente entre los liderazgos positivos y los liderazgos emergentes con características que los ubicaban como potenciales aliados y quienes a la postre tuvieron un papel preponderante en el diálogo.

Este ejercicio permitió interactuar con aquellos actores que podían sentirse aislados o rechazados, recurriendo de esta manera a los liderazgos positivos y emergentes para una mayor colaboración hacia un mejor nivel de integración.

En consecuencia queremos establecer que en la balanza de las conductas no todo camino es llano, ni las conductas son lineales, cabe señalar que algunas veces los líderes positivos pueden transmutar una acción positiva en una actitud negativa.

La elaboración de un mapa o gráfica de flujos de las rutas que sigue la acción social de los dialogantes o actores permitió establecer el comportamiento individual y colectivo del grupo, así como la pertinencia de la categorización de liderazgos mencionada en el párrafo precedente. Se apunta aquellos líderes con quienes se establecieron alianzas estratégicas para una facilitación efectiva

A partir de la observación directa se presenta un gráfico de flujos que ratifica los liderazgos y permitirá entender la dinámica de las relaciones



El flujo de relaciones visualiza los liderazgos, el A1 como el más fortalecido con mayor ascendencia con relación a los otros y pertenece al sector médico, otro liderazgo fuerte es el D1 que aglutina en su entorno a cuatro gremios (técnicos de enfermería, trabajadores administrativos y manuales denominados el bloque), el otro liderazgo está constituido por el sector de enfermería -Lic. Enfermería- que aglutina a su sector y a otros profesionales del área social El liderazgo A1 está además apoyado por algunos liderazgos del entorno del D1, igualmente el A1 se fortalece en base a dos pivotes el G1 y el C1 desde el punto de vista de la salud integral y del campo financiero, que fortalecen aún más su liderazgo desde el punto de vista teórico, en tanto que el liderazgo E1 ejerce como bisagra multisector y apoya al A1 en forma incondicional.

Para esta identificación se utilizó el socio grama que es una técnica que a través de la observación y la contextualización refleja gráficamente las relaciones entre los miembros que conforman un grupo, permite evidenciar los lazos de influencia y de preferencia en el grupo. Así como el nivel de

cohesión grupal y las percepciones entre los mismos participantes, los liderazgos existentes, quien o quienes se encuentran rechazados o aislados, quienes son potencialmente elegibles por el grupo para determinadas tareas.

Cabe señalar que la observación se dio a lo largo del diálogo y resalta la importancia de establecer cómo se catalogó a los actores participantes, qué conductas se posicionaron, los elementos considerados han aflorado en base a la teoría y la valoración realizada por Spranger y Allport en las categorías que se otorgan en todos los grupos humanos, estos autores identificaron seis tipos de valores:

- ✓ Los Intelectuales
- ✓ Los Estéticos
- ✓ Los Religiosos
- ✓ Los Políticos
- ✓ Los Sociales
- ✓ Los Utilitarios.

Los cuales son asignados a determinados participantes de la mesa de Salud a través de las actitudes, interacciones y comportamientos observados de manera directa. En el diálogo de salud el peso del conocimiento ha sido el fundamental dando línea de manera exitosa. El tema de los liderazgos será retomado en el siguiente punto como una clave para la construcción de consensos.

IX. ÁREA DE TRABAJO 6 – LOS ASPECTOS CLAVE PARA LA CONSTRUCCIÓN DE CONSENSOS

Esta área de trabajo analizará aquellas acciones que han permitido una dinámica proactiva para la construcción de los consensos, guiándonos mediante una batería de preguntas de indagación.

- ⇒ ¿Qué estrategias han permitido alcanzar consensos y qué desafíos ha representado esto?
- ⇒ ¿Cómo ha sido el relacionamiento desde la facilitación con los actores?
- ⇒ ¿Qué ha posibilitado el hallazgo de actores potenciales aliados?
- ⇒ ¿Qué desafíos y dificultades se han presentado?
- ⇒ ¿Cuáles han sido los comunes denominadores?

Las primeras intervenciones han permitido conocer el perfil de algunos dialogantes y elaborar un inicial mapeo de actores que facilito la identificación de posibles aliados, recayendo en aquellos categorizados como líderes positivos y líderes emergentes (graficado párrafos precedentes). Estos liderazgos aportarían en minimizar las beligerancias y fortalecer las actitudes positivas.

El primer paso se dio a través de la observación y la conversación consciente¹⁹ capturada de las intervenciones, es la selección que uno realiza a partir de la gama de opciones que uno tiene para comunicarse. A manera de ejemplo se rescata la intervención plasmada en la primera sesión de la mesa de Salud, la cual tiene correspondencia con lo planteado.

¹⁹ Conversación consciente: “ser consciente de toda nuestra gama de elecciones sobre cómo hablamos y escuchamos” en Gerzon, Mark “Liderazgo ante la adversidad” Ed. Deusto. 2007. Barcelona. (p.179)

“El espíritu que nos debe mover a todos, es el mejorar la salud...cada uno va a exponer su punto de vista, porque esto es un diálogo democrático”.²⁰

Es un enunciado en positivo, y acciones como ésta van perfilando la identificación de líderes como posibles aliados. En consecuencia, a medida que las sesiones avanzan emergen estos liderazgos con quienes se establecieron roles precisos para momentos críticos, a través de diálogos bilaterales.

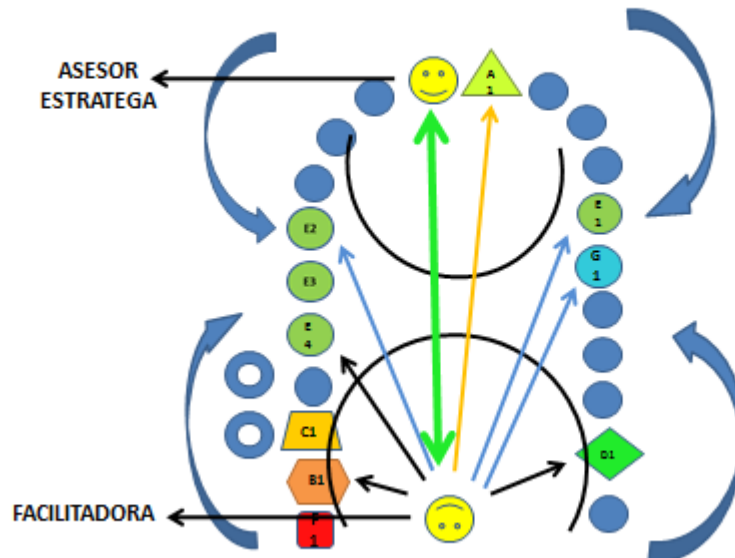
Los líderes positivos como aliados han posibilitado mecanismos para destrabar, avanzar, tranquilizar, aclarar, proponer, apaciguar, reflexionar, entre otras tareas y su accionar se ha dado a lo largo de todo el proceso, cabe señalar que se manifestaron dos momentos en los cuáles se visibilizaron los liderazgos positivos y emergentes; caracterizados por lograr un equilibrio y/o empoderamiento con el grupo.

Estos liderazgos fueron relevantes por su participación efectiva y logro de consenso; cabe señalar que el lugar de ubicación física de los líderes en la mesa de diálogo ha copado espacios en una triangulación perfecta que ha ayudado a la praxis del diálogo.

Para comprender la relación de la ubicación física de los líderes en un espacio territorial se apela a la proxemica que examina la manera en que las personas ocupamos el espacio y la distancia que guardamos entre nosotros al comunicarnos.

²⁰ Intervención de Domingo Moreno - Presidente de la Comisión Médica Negociación Nacional. COMENENAL (Grabación del 17-03-15)

El siguiente gráfico da cuenta de lo enunciado.



Obsérvese la ubicación de los dialogantes y el relacionamiento que la facilitadora estableció con los líderes del círculo más cercano. El gráfico muestra un relacionamiento más directo con los líderes B1 y D1 determinado por el grado de proximidad del espacio físico²¹, no obstante las alianzas con los otros liderazgos siempre estuvo vigente. En los otros dos espacios (flechas celestes y amarilla) el control fue más de carácter visual, cabe señalar que los espacios de control territorial de la facilitadora y el asesor estratega eran confluyentes entre sí. La flecha verde da cuenta del contacto visual de ida y vuelta.

Se establecieron tres clases de consensos:

- **Consensos de proceso**

Son todos aquellos acuerdos relacionados a las precisiones metodológicas, precisiones sobre procedimiento, sobre tareas específicas, sobre roles, sobre las actividades diarias del diálogo y logrados por el consentimiento entre los participantes de la Mesa del Diálogo de la Salud (14 gremios o asociaciones y las dos instituciones estatales).

- **Consensos de temas**

Son todos aquellos acuerdos sobre las precisiones temáticas redactadas: homologaciones conceptuales, conceptos, nudos críticos, propuestas a los nudos, y logrados por el consentimiento entre los participantes de la Mesa del Diálogo de la Salud (14 gremios o asociaciones y las dos instituciones estatales).

²¹ Estudiado por la proxemica

- **Consensos conceptuales de fondo**

Son todos aquellos acuerdos alcanzados sobre los conceptos de modelos: modelo organizativo, modelo económico – financiero, enunciados generales y logrados por el consentimiento entre los participantes de la Mesa del Diálogo de la Salud (14 gremios o asociaciones y las dos instituciones estatales).

X. **ÁREA DE TRABAJO 7 – LOS FACTORES EXITOSOS EN LA ETAPA DE IMPLEMENTACIÓN DEL DIÁLOGO**

Un diálogo con resultados tangibles incorpora de manera colectiva las visiones de los participantes convalidándose así mismo, y resultado de la mesa de Salud convocada por el Presidente Varela ha sido el documento denominado “Libro Blanco” cuyo propósito se encuentra descrito en el nombre de la Mesa de Diálogo de Salud por la “Mejora y Fortalecimiento del Sistema de Salud Integral en el marco de una política de Estado” y que honra a cabalidad el logro alcanzado.

El primer factor de éxito fue contar con “**la voluntad política**” del primer mandatario de la República de Panamá, quien apostó por un grupo de personas con representación genuina, legal y legítima a quienes encomendó la maratónica tarea de mejorar el Sistema de Salud en Panamá en beneficio de todo el pueblo Panameño.

Esto permitió entender que en las diferentes áreas de trabajo hubo un conjunto de factores confluyentes que posibilitaron el logro de los objetivos, de esta manera se describen aquellos factores favorables a lo largo del proceso.

Contar con un horizonte hacia dónde ir, definido a través de una secuencia y coherencia lógica de trabajo adquiere relevancia y en consecuencia “**trazar la ruta de la mesa**” como estrategia, fue un factor que estableció su alcance otorgándole notoriedad.

Fue una constante la “**visibilización inmediata**” de los resultados que iban saliendo, al mismo tiempo sirvió como blindaje de todo lo avanzando, de esta manera se profundizó la confianza. Al final de la jornada diaria se tenía el registro escrito y puesto en pantalla de todo lo trabajado y los participantes contaban con un archivo digital del mismo.

La práctica de “**conformar comités representativos**” nombrados por la misma mesa fue útil para allanar controversias, esta dinámica en algún momento recaía en quienes eran los que más observaciones tenían sobre determinados temas.

En la misma lógica la práctica de “**conformar núcleos de trabajo - grupos**” fue la forma para avanzar en los cuatro grandes temas de la Mesa de Diálogo de Salud, estableciéndose 4 núcleos de trabajo (mesas 1, 2, E1 y E2) a quienes se les asignó un conjunto de temas y subtemas

Para la interacción positiva de un grupo se establecen valores y normas, pero la forma de cómo se organizará una determinada acción es dada por la movilización de la “**motivación**”, que fue el motor para la presentación de propuestas en determinados momentos y diferentes temas trabajados por la mesa.

La impronta de la Mesa de Diálogo de Salud fue el momento de la presentación a la Comisión de Salud de la Asamblea Legislativa, que marcó un nuevo ritmo y fue el momento que **la mesa adquirió ethos** entendido como la forma de comportamiento que adoptó la misma, a partir del anclaje de los principios, convicciones y reglas, es la apropiación (ownership) del proceso de diálogo en sí, es el paso **“del yo individual de gremio a un nosotros colectivo de mesa”** y conlleva una exigencia moral implícita.

En el análisis relacionado con los actores sociales –gremios- y las prácticas habituales de interacción de estas estructuras organizativas, la lógica de Asamblea como un espacio deliberativo, la práctica de la votación como un ejercicio democrático y su posicionamiento político como estructura organizada configuraron un mapa mental para su interacción social. Más allá de estas prácticas, el diálogo como un proceso de genuina interacción incluye las visiones de los participantes y genera un cambio en las relaciones de los dialogantes. Por lo tanto era de vital importancia **“re-significar”** la lógica legítima de Asamblea, a espacio de reflexión – acción sin tener que recurrir a la votación para definir algún tema, más bien a la construcción de consensos para el mismo propósito.

Esto es pensar en la forma de mejorar los modelos mentales que asumimos reestructurando nuestra imágenes que tenemos del mundo, un cambio en la forma como estamos viendo y haciendo las cosas, en la Mesa de Diálogo de la Salud **“el re encuadre mayor”**²² fue el reconocimiento del consenso como una forma diferente para integrar visiones en lugar de generar dicotomías.

Esto también sucedió al **“incorporar nueva información”** importante sobre los temas sustantivos para elaborar el diagnóstico con la contribución y aporte temático de los expertos invitados a la Mesa de Diálogo de la Salud

Para acciones colectivas se requiere de medidas de perspectiva compartida, el diálogo de la mesa de Salud como un modelo que ayuda a construir cimientos para el entendimiento mutuo, apporto en **“refuncionalizar la relación”** gremios – estado, de una forma habitual de interpelación a un enfoque de construcción.

Otro factor de éxito ha sido la **“esterilización de la Mesa”** de los temas gremiales (salario y formación) que han sido discutidos y resueltos en mesas bilaterales paralelas sin afectar la dinámica de la mesa de diálogo para la política pública.

Se suma a ello el papel de los pacientes como **“reguladores de las dinámicas gremiales”**, que permitió establecer un concepto integral de la problemática médico social.

Una vez identificados los factores que han posibilitado el desarrollo positivo de la Mesa de Diálogo de la Salud, es importante establecer aquellos factores que han significado un riesgo para el proceso y cómo han sido gestionados.

²²Se toma como base la construcción de los modelos mentales y la escalera de inferencia. Peter Senge y otros en Pruitt, B y Thomas, P., (2008) “Diálogo Democrático – Un Manual para Practicantes. OEA. IDEA INTERNACIONAL, PNUD. (p. 130)

XI. **ÁREA DE TRABAJO 8 - LOS FACTORES DE RIESGO EN LA ETAPA DE IMPLEMENTACIÓN DEL DIÁLOGO.**

Habiendo realizado el análisis relacionado con los factores que han regulado y generado cambios positivos, a continuación se establecen los episodios que han sido riesgosos para el mismo proceso.

Un elemento que vale la pena mencionar fue la **“incorporación de otros temas”** a la agenda ya existente como producto de la coyuntura política, que alteró los circuitos de funcionamiento de la Mesa de Diálogo de la Salud. Este factor logro permear el imaginario colectivo de los participantes que abrieron el tema y lo incluyeron en la agenda.

Esta nueva situación (tema –ciudad hospitalaria-) tuvo consecuencias; una negativa porque descentró el punto gravitante de la mesa restando más tiempo del previsto para este tema y provocando fuertes discusiones entre los participantes, además de interpelar a las autoridades del sector.

El riesgo quedo latente hasta consensuar el envío de una carta al Presidente de la Republica.

Al final lo positivo de este factor de riesgo fue generar una dinámica de adaptación de todo el grupo dialogante y un aprendizaje a partir de la nueva información conocida acerca de la “ciudad hospitalaria”.

Esta posibilidad de incorporar temas adicionales con tintes controversiales y dejarlos asentados en la agenda se dio de manera reiterativa una segunda vez, cuando el Instituto Nacional de Estadística presentó datos sobre las Organizaciones Externas de Salud (OES) y nuevamente el tema intento ser instalado generando controversia y desviando la atención, fue esa sensación de urgencia para abordar un tema o una situación de crisis como sucedió con el tema de la -ciudad hospitalaria-, más aun conociendo que las soluciones no pasaban por la mesa.

Otro factor de riesgo fue el **“accionar del corporativismo gremial”**, que actuaba en muchos casos a una sola voz, consecuente bordeando los limites hacia un enquistamiento de posiciones asumidas.

La promulgación de Decretos, Reglamentos, Directrices, etc., por el cual algún gremio podría sentirse afectado, demandaba solidaridad a la mesa, se convertía en un factor de riesgo porque generaba confusión y muchas veces **“posiciones enquistadas”**. Una forma de gestionar estos temas fue separando el problema y el mandato de la mesa. No obstante hubo un momento crítico con un tema que afectaba al colegio de Veterinarios.

XII. LAS CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS EN LA ETAPA DE IMPLEMENTACIÓN DEL DIÁLOGO- Los enfoques, métodos y técnicas

Para la etapa de implementación de la Mesa de diálogo de la Salud se seleccionaron e implementaron metodologías y técnicas que posibilitaron transitar el proceso de manera ordenada, confiada y proactiva. La selección se basó en criterios como: el contexto, la cultura, las experiencias previas sobre el tema (como el proceso de Concertación), la conflictividad temática, los conflictos latentes, las expectativas, los resultados a corto, mediano o largo plazo, así como los resultados tangibles e intangibles.

a- La Reflexión generativa

Para la transformación de todos los posibles brotes de conflicto, identificando los mínimos compartidos para la generación de consensos.

b- Revaluando el trazo el diálogo

Como resultado de la coyuntura se dieron varios momentos de inflexión que obligaron la modificación de la ruta trazada, para ello se hizo un alto en la dinámica con el objeto de reflexionar el tema y tomar una acción. Este enfoque funcionó especialmente en los momentos más críticos del proceso, se trató de ir puliendo cada día todos los posibles brotes de conflicto, ir resolviendo a través de la generación de consensos. Cuando emergían otros intereses en la mesa y pretendían mover el rumbo del diálogo, muchas veces se hicieron algunos virajes. La fortaleza radicó en el propósito de la mesa, la ruta no fue siempre en línea recta, hubo la suficiente versatilidad para comprender la necesidad de estos giros, se hacía un alto, se reevaluaba, se consensuaba y recién se podía continuar.

c- Enfoque de interculturalidad

Con respecto al mandato a la mesa de apoyar en la transformación del Sistema de Salud, esta acción demandó respuestas colectivas y convocó una participación multiactor, que significó una interacción entre dos o más formas de vida de un modo horizontal, ningún actor estaba por encima de otro, privilegió la integración y se respetó la diversidad de opiniones, fue interactuar con personas diferentes sin que ello contradiga con la propia forma de pensar y de vivir.

d- Indagación Apreciativa

Se seleccionó este método porque trabaja a partir de la generación de preguntas y se direcciona a imaginar cómo mejoramos lo que tenemos, y básicamente la mesa tuvo su anclaje en este enfoque, que es reflejado en el nombre que asumió la misma.

XIII. REFLEXIONES FINALES A MANERA DE CONCLUSIÓN

El proceso de diálogo implementado ha cumplido con el mandato asignado por el primer mandatario de Panamá y ha logrado generar una propuesta construida de manera participativa para la transformación del Sistema de Salud

Este proceso denominado “Mesa de Diálogo de Salud por la Mejora y Fortalecimiento del Sistema de Salud Integral en el marco de una política de Estado” implementado en el marco del Estado Panameño, ha contado con la participación activa y efectiva de sectores agremiados en torno al Sistema de Salud y las Instituciones públicas del Área.

El diálogo ha logrado constituir un grupo vanguardia en el ámbito de la Salud como motor de las transformaciones en el Sistema de Salud en Panamá.

Ha sido un proceso que ha generado una transformación positiva y efectiva en las relaciones de todos los actores participantes de la mesa de diálogo en Panamá.

Ha conseguido la apertura y respeto mutuo entre los gremios técnicos, administrativos y manuales con el alto nivel profesional superior en el área de la medicina.

Ha logrado aflorar la necesidad de humanizar las relaciones en todos los ámbitos de interacción y ha sumado experiencias generando nuevos aprendizajes en todos los actores que han participado en la Mesa de Diálogo de Salud.

Bibliografía

- ⇒ Collaborative Learning Projects. *Reflective on Peace Practices Project -RPP Handbook*, CDA. Massachusetts. (2004)
- ⇒ Gerzon, Mark. “Liderazgo ante la adversidad” Ed. Deusto. Barcelona. (2007).
- ⇒ *Guía Práctica de Diálogo Democrático*. PNUD, OEA. Guatemala. Esta publicación se consigue en la página web del Proyecto Regional de Diálogo Democrático del PNUD (2013) (<http://www.democraticdialoguenetwork.org>)
- ⇒ *Institucionalidad para el Diálogo y la Prevención de conflictos*. El caso Peruano. Área de Gobernabilidad y Consolidación de la Paz del Centro Regional para América Latina y el Caribe del PNUD. Lima – Perú. (2014).
- ⇒ Knapp. M. “La comunicación no verbal”. Paidos. Buenos Aires. (1992).
- ⇒ Lederach, Paul. “Desafíos y Alternativas en la construcción de La Paz”. Conferencia en el Centro de Estudios Latinoamericanos Rómulo Gallegos. Caracas Venezuela. (Agosto de 2003).
- ⇒ Parsons, Talcott. “*El Sistema Social*”. Ed. Alianza Universidad. España.(1988).
- ⇒ Pruitt, B., y Thomas, P. *Diálogo democrático. Un manual para practicantes*, IDEA Internacional, PNUD, ACIDI, OEA. Trydells Tryckeri AB. Suecia. Esta publicación se consigue en la página web del Proyecto Regional de Diálogo Democrático del PNUD. (2008). (<http://www.democraticdialoguenetwork.org>)
- ⇒ Retolaza, Iñigo. *Teoría de cambio. Un enfoque de pensamiento acción para navegar por la complejidad de los procesos de cambio social*. Hivos, PNUD. Guatemala. (2010).
- ⇒ Rojas, Cesar. *Democracia de alta tensión – Conflictividad y cambio social en la Bolivia del siglo XXI*, Plural Editores. La Paz. (2007).
- ⇒ Saunders, Harold. *A Public Peace Process: Sustained Dialogue to Transform Racial and ethnic Conflicts*, Palgrave. Nueva York - USA (1999).
- ⇒ Smelser. Neil J. “*Teoría del comportamiento colectivo*”. Sociología. Fondo de Cultura Económica. México. (1963).
- ⇒ Torres-Goitia T. J., y Torres-Goitia C. J. “*Desarrollo y Salud*” *Historia de la medicina social y de la atención primaria*. Universidad Mayor de San Andrés, Universidad Andina Simón Bolívar y Convenio Hipólito Unanue. Bolivia. (2012).

Documentación analizada:

- ⇒ Diálogo en torno al Sistema de Salud Público en Panamá. (Samara Pellecer – Gastón Aín. Prevención de Conflictos/Diálogo Democrático. CPR- RSCLAC. (septiembre 2014).
- ⇒ Grabaciones de las sesiones diarias de la mesa de Salud (marzo – octubre 2014).
- ⇒ Ayudas memoria del Diálogo de Salud (marzo – octubre 2014).
- ⇒ Ley del efecto -Edward Thorndike.