

**Universidad de Costa Rica  
Sistema de Estudios de Posgrado  
Maestría en Trabajo Social**

**“EQUIPO DE APOYO AREA DE SALUD GUÁCIMO:  
PROPUESTA DE FORTALECIMIENTO DE LA  
GESTIÓN EN LA ATENCIÓN INTEGRAL  
A LA SALUD”**

**Informe de Residencia Práctica presentado para  
optar por el título de Magistra en Trabajo Social  
con énfasis en Gerencia Social**

**POSTULANTE  
Karen Elizabeth Jarrett Copeland**

**Ciudad Universitaria Rodrigo Facio  
San José, Costa Rica  
Febrero, 2005**

## TRIBUNAL EXAMINADOR

Este Trabajo Final de Graduación fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica, como requisito para optar por el grado de Magistra en Trabajo Social.

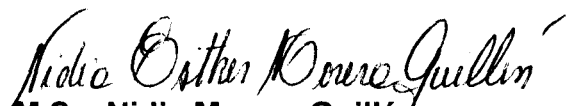
## MIEMBROS DE COMISIÓN



**M.Sc. Ivette Campos Moreira**  
Directora del Programa



**Máster Rocío Rodríguez Villalobos**  
Directora del Trabajo Final de Graduación



**M.Sc. Nidia Morera Guillén**  
Asesora



**M.Sc. Ana Isabel Ruíz Rojas**  
Asesora



**Karen Elizabeth Jarrett Copeland**  
Sustentante

## **DEDICATORIA**

A Marvín, por su disponibilidad, compañía, apoyo y por creer en mí.

A mis hijos Malcolm, Shantal, Derek y Naomi por su gracia y fuente de motivación; para que este sea un ejemplo de esfuerzo y dedicación que les inspire y que todos sus sueños se conviertan en una realidad.

A mis padres por su apoyo y comprensión.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por confortarme, por la fortaleza, la paciencia y la sabiduría prestada.

A mis compañeros del Equipo de Apoyo del Área de Salud Guácimo, por su colaboración, solidaridad y aportes tan valiosos.

Al grupo de estudiantes, profesores y profesoras de la IV promoción de la MAETS, con quienes compartí momentos especiales.

# ÍNDICE

<b>CONTENIDO</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>PRESENTACIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>TEMA Y PROBLEMA DE LA RESIDENCIA PRÁCTICA DE INTERVENCIÓN GERENCIAL</b> .....	<b>4</b>
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>MARCO METODOLÓGICO</b> .....	<b>10</b>
2.1 Premisas Ontológicas y Epistemológicas .....	10
2.2 Problema de Intervención Gerencial .....	12
2.3 Objeto de la residencia .....	13
2.4 Unidad de análisis .....	13
2.5 Imagen Objetivo .....	13
2.6 Objetivos de la Residencia Práctica .....	14
2.7 Abordaje Metodológico .....	15
<b>CAPITULO III</b>	
<b>MARCO CONCEPTUAL</b> .....	<b>30</b>
3.1 La concepción sistémica como teoría para el análisis .....	30
3.2 Gerencia Social: Consideraciones generales para la organización del trabajo y el impulso de procesos de Gestión en Salud .....	35
3.2.1 El rol gerencial esperado desde la perspectiva de Gestión en Salud .....	41
3.3 Evolución del concepto salud – enfermedad en la prestación de los servicios .....	44
3.4 Postulados relacionados con la concepción de salud en el modelo readecuado .....	47
3.4.1 La equidad en el proceso de producción de la salud .....	48
3.4.2 Atención Integral, continua y con calidad en la prestación de los servicios: punto de partida para el logro de mejores condiciones de salud .....	50

3.4.3 La participación social en salud .....	56
3.5 Atención en salud y elementos del trabajo en equipo .....	60
3.5.1 Conformación de los equipos en salud .....	61
3.5.2 Algunas consideraciones sobre el proceso organizativo del trabajo en los equipos .....	68
<b>CAPITULO IV</b>	
<b>CARACTERÍSTICAS DE LA GESTIÓN DEL EQUIPO DE APOYO DEL ÁREA DE SALUD DE GUÁCIMO .....</b>	<b>77</b>
4.1 Reforma y políticas de salud: Límites de actuación del Área de Salud ..	78
4.1.1 Proceso de modernización y descentralización del sector salud en Costa Rica .....	80
4.1.2 Readecuación del modelo de atención .....	85
4.1.3 Organización del Primer Nivel de Atención(Áreas de Salud) ....	90
4.1.4 Lineamientos para la gestión y administración de las Áreas ....	94
4.1.5 Políticas y estrategias institucionales para la Implementación de la Reforma: Caja Costarricense de Seguro Social .....	95
4.1.6 Ubicación contextual del Equipo de Apoyo Técnico .....	102
4.1.6.1 Condiciones sociodemográficas, económicas y de salud del Área de Guácimo .....	104
4.2 Los Procesos de Participación Social y el Equipo de Apoyo .....	106
4.2.1 Grupos Organizados de la Comunidad .....	106
4.2.2 Participación de los grupos comunales en la Planificación y Construcción Social de la salud .....	111
4.2.3 Procesos de negociación en el Área de Salud Guácimo .....	114
4.3. Organización y práctica gerencial del Equipo de Apoyo del Área de Salud Guácimo .....	119
4.3.1 Metas y Valores del Área de Salud Guácimo .....	119
4.3.2 Planificación y desarrollo del trabajo .....	124
4.3.3 Seguimiento y Monitoreo de la Gestión del Equipo .....	127
4.3.4 Procesos organizativos del trabajo .....	129
4.3.4.1 Comunicación .....	129
4.3.4.2 El poder .....	130
4.3.4.3 Toma de decisiones .....	132
4.3.4.4 Motivación y satisfacción por el trabajo .....	133
4.3.4.5 Gerencia del Equipo de Apoyo: Recapitulación .....	136
<b>CAPITULO V</b>	
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>140</b>
5.1 Conclusiones .....	140

5.2 Recomendaciones para el fortalecimiento de la Gestión en la Atención Integral a la Salud del Equipo de Apoyo del Área de Salud Guácimo ..	148
<b>CAPITULO VI</b>	
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	157
<b>CAPITULO VII</b>	
<b>ANEXOS</b> .....	163
6.1 Guía de observación no participante en las sesiones de equipo .....	163
6.2 Guía de entrevista a la Administración del Área .....	163
6.3 Guía de entrevista a los Comités de Salud Área de Salud Guácimo ...	163
6.4 Guía de entrevista para líderes comunales participantes en la práctica de medidas de presión para la atención de necesidades en salud, Área de Salud Guácimo, 2001- 2003 .....	164
6.5 Guía de entrevista para miembros del Equipo de Apoyo Área de Salud Guácimo, 2003 .....	165
6.6 Organigrama Área de Salud Guácimo.....	166
6.7 Equipo de Apoyo, Área de Salud Guácimo: Imagen Objetivo .....	167
6.8 Mapa: Distribución geográfica de EBAIS, Área de Salud Guácimo.....	168
6.10 Fines y Funciones de las Juntas de Salud, Costa Rica.2002.....	169

## ÍNDICE DE CUADROS

<b>Cuadro No.1:</b>	Participantes en el proceso de investigación de residencia práctica según número y criterios de selección Junio – Noviembre 2003 .....	16
<b>Cuadro No.2:</b>	Categorías de Análisis del Proceso de Gestión del Equipo de Apoyo del Área de Salud Guácimo Junio / Noviembre 2003 ...	16
<b>Cuadro No.3:</b>	Discusiones realizadas con el Equipo según número de sesión y logros obtenidos Diciembre 2003 – Enero 2004.....	25
<b>Cuadro No.4:</b>	Organizaciones según naturaleza, existentes en el Área de Salud Guácimo 2001 – 2003 .....	108
<b>Cuadro No.5:</b>	Área de Salud Guácimo: Declaración de la Misión 2003.....	120
<b>Cuadro No.6:</b>	Área de Salud Guácimo: Funciones y Actividades del Equipo de Apoyo en el 2001-2003 .....	125
<b>Cuadro No.7:</b>	Área de Salud Guácimo: Equipo de Apoyo, Factores Motivadores para el Desarrollo del Trabajo, 2003.....	134
<b>Cuadro No.8:</b>	Área de Salud Guácimo: Equipo de Apoyo, Factores Desmotivadores para el Desarrollo del Trabajo, 2003.....	135
<b>Cuadro No.9:</b>	Identificación de los participantes Representantes de comités de salud.....	170
<b>Cuadro No.10:</b>	Identificación de los participantes Representantes de movimientos de protesta.....	171
<b>Cuadro No.11:</b>	Miembros del Equipo de Apoyo, Área de Salud Guácimo según: Disciplina, puesto, tipo de cargo y años de servicio.....	172
<b>Cuadro No.12:</b>	Matriz de necesidades y satisfactores. Max-Neef, 1986.....	173



## PRESENTACIÓN

El presente documento da cuenta de los resultados obtenidos a través del proceso de intervención gerencial desarrollado en el Área de salud de Guácimo, que forma parte del programa de Maestría en Trabajo Social, con énfasis en Gerencia Social, de la Universidad de Costa Rica.

Esta Residencia Práctica fue desarrollada en el periodo comprendido entre junio y diciembre del 2003. Este proyecto estableció como propósito central, realizar una caracterización del proceso de gestión del Equipo de Apoyo Técnico del Área de Salud Guácimo para elaborar recomendaciones de fortalecimiento de su accionar en la atención integral de la salud.

Los lineamientos establecidos en modelo readecuado de atención, asigna a los Equipos de Apoyo funciones de coordinación con la Dirección del Área y asesoría técnica a los Equipos básicos de atención integral en salud (EBAIS) en aspectos como la identificación y priorización de necesidades en salud de las poblaciones meta, la recolección y análisis de información para la toma de decisiones, la planificación local y la implementación de acciones para lograr una atención integral a la salud de las personas con participación social.

De esta manera el Equipo se convierte en una unidad coordinadora que vincula diferentes instancias (Dirección de Área, EBAIS y población en general) en espacios variados de actuación, posición estratégica importante, desde donde se pueden gestar propuestas de trabajo que integren y mejoren las acciones orientadas hacia la satisfacción de las necesidades de las poblaciones y grupos meta.

De esta forma la gerencia social adquiere sentido, pues su propósito es estudiar y comprender cómo se producen y se distribuyen los servicios sociales dirigidos a poblaciones meta. Así mismo, define, reorienta o fortalece procesos en busca del aprovechamiento de las potencialidades y fortalezas de estas poblaciones, para construir y poner en práctica respuestas sociales desde una perspectiva humanista del desarrollo social.

En el informe se da a conocer la justificación del tema y del problema de intervención gerencial; en el marco metodológico se detallan las premisas ontológicas y epistemológicas de la práctica, el problema de intervención, la imagen objetivo, los objetivos y la estrategia metodológica; también se incluye el marco conceptual, los resultados de la experiencia práctica en la caracterización de la gestión del Equipo de Apoyo Guácimo, conclusiones y recomendaciones.

**CAPITULO I**

**TEMA Y PROBLEMA DE  
LA RESIDENCIA PRÁCTICA**

## CAPÍTULO I

### TEMA Y PROBLEMA DE LA RESIDENCIA PRÁCTICA DE INTERVENCIÓN GERENCIAL

El trabajo social como profesión ha tenido como tarea primordial la prestación de servicios sociales concretos a personas o grupos en la búsqueda de nuevas y marco de los derechos humanos. Ello exige formas concretas de acción social, respuestas planificadas desde el ámbito público y privado, en los que el trabajo social ha ostentado una participación activa, constante y consecuente con los procesos que buscan efectividad para atender o prevenir problemas en la producción de los servicios desde una perspectiva humanista del desarrollo social.

En la conducción de los servicios sociales y concretamente en el sector salud, la gerencia social juega un papel importante, en el estudio de su producción y distribución, redefiniendo, reorientando o fortaleciendo los procesos sociales en beneficio de la salud de las personas y su progreso.

En las últimas dos décadas, prácticamente todos los países de América Latina han emprendido reformas en sus sistemas de salud. Como telón de fondo, las reformas han tenido: el freno a la expansión del gasto social, la separación de las funciones de provisión y financiación, la racionalización en el uso de los servicios, la focalización del financiamiento público hacia los grupos vulnerables, la búsqueda de calidad y competencia en la atención. Cada sistema privilegia determinados aspectos sobre otros.

En el caso de Costa Rica, se busca mejorar y corregir la capacidad operativa de las instituciones e introducir modificaciones profundas al modelo de prestación de servicios de salud, su financiamiento y organización (Proyecto de Reforma del Sector, 1998).

En este sentido, la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.) como institución responsable de la atención en salud en Costa Rica, ha señalado la importancia de propiciar una atención integral oportuna y con un enfoque de riesgo que garantice la optimización de los recursos existentes.

En los procesos de readecuación se ha dado énfasis al fortalecimiento del primer nivel de atención (que se denomina Áreas de Salud), si se hace un buen trabajo en éste, las enfermedades disminuirán porque se trabajarán las causas de los problemas mediante la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.

En Costa Rica, la modernización del modelo de prestación de los servicios de salud, en el primer nivel de atención, parte de:

- Un enfoque integral y con calidad en la atención de la salud, haciendo énfasis en acciones de promoción y prevención en la atención primaria. El sujeto de atención es la familia, la comunidad, el ambiente y la manera como participan en los procesos de planificación, control y evaluación de los servicios.
- La descentralización y desconcentración de las unidades con una organización que se adecue a los requerimientos institucionales dando una mayor autonomía a los establecimientos de salud.
- Se pretende facilitar la rendición de cuentas, la gestión ágil y mayores beneficios y satisfacción para los usuarios, impulsando el recurso humano, como activo principal de la institución. Esto redundará en equipos de trabajo con alto rendimiento y motivación al servicio de usuarios internos y externos.

En este contexto de cambios, a las Áreas de Salud le son asignadas funciones de atención integral y oportuna, acordes con las demandas del medio.

En relación con las pretensiones de la modernización y su puesta en práctica en el primer nivel de atención, Montero (1998), Peña (1997), Brenes (1996), Herrera (1997), y Rivera (1997) investigaron el ámbito operativo de la aplicación de la política

a partir de los EBAIS, tomando en cuenta las metas institucionales, su interiorización, la conceptualización y operativización de algunos de los componentes del modelo readecuado: atención integral, participación social, calidad, satisfacción del usuario, trabajo en equipo y el análisis de situación integral de salud (ASIS).

Estas investigaciones encontraron debilidades relacionadas con la aplicación de la política desde el nivel de planificación nacional y en el funcionamiento de los EBAIS. Algunas de estas debilidades son:

- Los compromisos de gestión dan un marco de referencia positivo para el cambio de sistema, pero comprometen a las unidades pues no cuentan con los instrumentos administrativos necesarios para desarrollar una gestión gerencial autónoma.
- Los EBAIS además de carecer de trabajo en equipo, no toman en cuenta como parte de la práctica los conceptos de participación social, atención integral, análisis de situación integral de salud (ASIS).
- En el ámbito de organización, prevalece el trabajo independiente por disciplina.

En las investigaciones mencionadas se señala la necesidad de mejorar el proceso de conducción y acompañamiento de los EBAIS, a partir de políticas y estrategias claras desde el nivel local y nacional que incorporen la planificación estratégica, el análisis de procesos y la comunicación para una autogestión local.

Elizabeth Pizarro y Mercedes Sánchez, (1997), retoman las variables de planeación, implementación y control para evaluar cada una de las etapas del proceso administrativo en la implementación de los EBAIS. Como resultado encuentran que persiste la resistencia al cambio y recomiendan incorporar (desde el subsistema administrativo local y nacional) una etapa de planeación teórica y

-

práctica en el trabajo que desarrollan los EBAIS, promover el accionar y el cumplimiento del trabajo en equipo, fomentar buenas relaciones e integrar a otros actores al sistema de atención en salud que se desarrolla en las Áreas.

Rosa Iris Chaverri y Alba Nidia Sánchez (1988) describen el modelo gerencial de los Equipos Básicos de Santa Bárbara y Atenas, en términos de las variables de dirección, organización del trabajo y calidad de atención. En relación con la dirección se encontró que al no existir una planificación estratégica, ni trabajo en equipo en los EBAIS se dificulta la toma de decisiones y por tanto las que se toman son individuales y fragmentadas. Además, el personal visualiza la toma de decisiones en forma individualizada para cumplir con su trabajo por disciplina. Lo anterior lleva al personal a identificar problemas de liderazgo, con gran variabilidad de opiniones respecto de los objetivos, misión y otros aspectos propios de la ejecución del trabajo.

En relación con la organización del trabajo destacan que éste se caracteriza por el cumplimiento de labores por disciplina y la carencia de planes de trabajo que sean del conocimiento de cada uno de los funcionarios, por lo que se considera que la estructura planteada en el modelo readecuado pareciera que no fue la solución a los problemas presentados en el modelo anterior.

El estudio recomienda que los sistemas y procesos administrativos sean el marco de referencia que acelere un cambio de cultura organizacional, global e integral, en procura de un equilibrio entre todos los niveles institucionales. Indica que el proceso de gestión administrativo, los cambios estructurales y organizativos, son puntos cardinales de análisis para enfocarlos hacia un proceso de descentralización.

Estas investigaciones reflejan la necesidad de fortalecer el trabajo en equipo, frente al cumplimiento de labores y la toma de decisiones en forma individualizada por disciplina. Además, describen la carencia de una planificación estratégica y planes de trabajo que mejoren la calidad de la atención y la capacidad resolutoria del primer nivel de atención.

Derivado de lo anterior, se plantea como problema de la Residencia Práctica:

***¿Los procesos de planificación y los mecanismos de coordinación, constituyen un soporte sustantivo para la gestión en la atención integral de la salud del Equipo de Apoyo del Área de Salud Guácimo?***

Con la enunciación de este problema, se busca entender cómo se vinculan los integrantes del Equipo en la realización de procesos gerenciales internos y con los usuarios, instituciones u organizaciones que conforman su medio circundante y brindar aportes para fortalecer la gestión que se realiza en la atención integral de la salud.

Un nuevo enfoque en la prestación de servicios requiere una orientación integradora y de participación activa pues, son múltiples los factores por considerar durante la aplicación de las tecnologías de gestión e intervención. La reflexión respecto de la interacción del Equipo con el medio permitirá determinar ajustes convenientes para resolver más expeditamente los problemas internos y brindar un mejor servicio a los usuarios.



## **CAPÍTULO II**

# **MARCO METODOLÓGICO**

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO METODOLÓGICO**

En el siguiente apartado se presenta el marco metodológico en que se sustentó el proceso de intervención gerencial desarrollado con el Equipo de Apoyo del Área de Salud de Guácimo. Dicho proceso se caracterizó por ser de naturaleza descriptiva e interpretativa.

#### **2.1 Premisas Ontológicas y Epistemológicas**

El Área de Salud de Guácimo como espacio laboral generador de servicios sociales es creada por las interrelaciones entre las personas miembros y las poblaciones meta. Tiene por objetivo dar respuesta a las demandas en salud a través de la ejecución de programas de atención integral dirigidos a los diferentes grupos poblacionales de su área de atracción.

La familia, el individuo, la comunidad y el ambiente son los sujetos de atención; el modelo de atención se define como de un enfoque biopsicosocial, con énfasis en las acciones de promoción y prevención con fundamento en la estrategia de atención primaria.

El Equipo de Apoyo Técnico del Área de Salud (en adelante el Equipo), es un sistema abierto, de naturaleza conceptual, puede ser transformado, ya que es construido por los seres humanos. Establece relaciones con los miembros de otras organizaciones, con la población meta, con los funcionarios base del Área de Salud y con su entorno. Se encuentra inmerso en una red de relaciones sociales y de trabajo.

El marco conceptual y orientador del trabajo, así como las decisiones y acciones que desarrolla el Área son influenciados, afectados, negociados, validados y/o compartidos con las poblaciones meta, funcionarios del nivel operativo, autoridades políticas y administrativas. Ellos son actores de los procesos de planificación.

El Equipo de Apoyo puede ser percibido a través de la práctica de normas, procesos de comunicación, flujos de información y procesos de planificación entre otros; a partir de ello se pueden inferir algunos postulados en torno a la forma de gestión y el planteamiento de nuevas formas de reorganización del trabajo. Los procesos de trabajo, las tecnologías y herramientas utilizados son construcciones por lo tanto pueden ser reinventados.

El dominio organizacional debe promover el uso eficiente de los recursos, con el fin de producir atención integral en salud y respuestas a las necesidades y problemas de la población adscrita.

Las intervenciones gerenciales en salud no son neutras, expresan intereses, valores, concepciones teóricas y percepciones resultantes de la interacción entre lo conocido y el conocedor. Dicha interacción se encuentra influenciada por una multitud de factores biológicos, psicológicos, culturales y lingüísticos. (Morera, 2001)

El conocimiento del medio que rodea a la organización, el establecimiento de prioridades de intervención y la determinación de la población meta son la base para realizar una intervención consciente y planificada que impulse formas innovadoras de gestión.

En esta práctica, el análisis de la gestión del Equipo de Apoyo y del Área de Salud en general se sustenta en la teoría sistémica, que ve el Área de Salud como un todo conformado por subsistemas interrelacionándose para alcanzar un objetivo común.

El punto de vista sistémico, permite ver al Equipo de Apoyo conformado por subsistemas, cada uno de ellos con funciones determinadas que se interrelacionan. Un cambio en algún subsistema repercute en el conjunto y viceversa (Hodge y Johnson, 1975).

Los miembros del Equipo de Apoyo, se consideran como personas de la organización con conocimientos, habilidades, actitudes, imaginación, capacidad, compromiso y con potencialidades personales, que aportan a la gestión organizacional positiva o negativamente según la articulación de las metas personales y organizacionales en la gestión. Dentro del grupo su interacción debe darse en una estructura plana, horizontal que permite la comunicación directa y fluida entre sus miembros.

Lo anterior sin dejar de lado que los grupos pasan por diferentes fases: conformación, integración, consolidación, mantenimiento, crisis y nuevo objetivo. De no establecer nuevos objetivos y adaptación al cambio, corre el riesgo de muerte.

El enfoque cualitativo es la base para el desarrollo del proyecto de residencia, que estudia el proceso de gestión e intervención del equipo en la atención integral de la salud. Lo cualitativo facilita el acercamiento a la realidad social, enfatiza en la descripción y la inducción, permite la expresión de sentimientos y la explicación de las situaciones. Convierte a los participantes en sujetos de la investigación y no en simples informantes, con lo que se puede llegar a una aproximación de la naturaleza de la atención integral en salud desde los gestores, en su contexto.

## 2.2 Problema de Intervención Gerencial

***¿Los procesos de planificación y los mecanismos de coordinación constituyen un soporte sustantivo para la gestión en la atención integral de la salud del Equipo de Apoyo del Área de Salud Guácimo?***

### 2.3 Objeto de la residencia

Las concepciones y prácticas del proceso de gestión del Equipo de Apoyo del Área de Salud Guácimo, Región Huetar Atlántica.

### 2.4 Unidad de análisis

Las características del proceso de gestión en aspectos de planificación y coordinación del Equipo de Apoyo del Área de Salud Guácimo, Región Huetar Atlántica de enero 2001 a diciembre 2003.

### 2.5 Imagen Objetivo

***“Establecer un punto de partida para iniciar un proceso de transformación a fin de fortalecer la gestión que realiza el Equipo de Apoyo Técnico del Área de Salud Guácimo en la atención integral de la salud.”***

Se pretende identificar líneas de acción para orientar el proceso en la toma de decisiones respecto a las prácticas de gestión del Equipo en la atención de las necesidades de las personas y grupos que atiende y en respuesta a las demandas institucionales. Esto mediante la reflexión colectiva del Equipo en el marco del modelo readecuado de atención, de la reforma sectorial.

## 2.6 Objetivos de la Residencia Práctica

### *Objetivos Académicos*

1. Desarrollar conocimientos, habilidades y destrezas de la Gerencia Social a partir de la caracterización de los procesos de Planificación y Coordinación del Equipo de Apoyo del Área de Salud Guácimo.
2. Recuperar la experiencia gerencial de caracterización del Equipo de Apoyo del Área de salud Guácimo para la elaboración de recomendaciones y el fortalecimiento de la gestión que realiza en la atención integral a la salud.

### *Objetivos de Servicio*

1. Describir las características del proceso gerencial del Equipo de Apoyo del Área de Salud Guácimo en lo que respecta a los procesos de planificación y coordinación del trabajo.
2. Elaborar recomendaciones para el fortalecimiento de la gestión que realiza el Equipo de Apoyo del Área de Salud Guácimo en la atención integral a la salud.

## 2.7 Abordaje metodológico y etapas del proceso

Este proyecto de residencia práctica se caracterizó por ser de naturaleza descriptiva e interpretativa. Es descriptiva por cuanto permitió la reconstrucción de componentes de la gestión del Equipo. Es interpretativa, debido a que este enfoque facilitó profundizar en el análisis del comportamiento de las personas participantes y las relaciones que establecen con el entorno, rescatando aspectos subjetivos tales como: formas de pensar, ver, sentir y actuar con respecto de las situaciones del contexto externo e interno del Equipo, así como, del Área de Salud.

El abordaje metodológico se realizó en cuatro etapas:

### Primera Etapa:

*Caracterización del Equipo de Apoyo del Área de Salud Guácimo.*

Correspondió a la caracterización del Equipo de Apoyo del Área de Salud Guácimo, esta fase fue desarrollada a partir de la selección de la población meta y con base en las categorías de análisis previamente definidas para obtener conocimiento de los ambientes macro, intermedio y micro en que se desempeña el Equipo.

#### *a- Selección de la Población meta:*

La población participante fue seleccionada por conveniencia, a cada uno (a) de los participantes se le una entrevista inicial, por medio de visita, a fin de exponerles la idea del proyecto y obtener su apoyo. En el cuadro No.1 que se presenta a continuación se indican las y los participantes de la residencia.

**Cuadro No. 1**

Participantes en el proceso de investigación de residencia práctica  
según número y criterios de selección

<b>POBLACIÓN</b>	<b>No. DE PARTICIPANTES</b>	<b>CRITERIOS DE SELECCIÓN</b>
Equipo de Apoyo	7	Al menos un año, de estar con el grupo por considerarse este un tiempo prudencial para conocer el medio de trabajo y emitir criterios sobre la forma de accionar del grupo.
Coordinador y Administrador del Área de salud.	2	Activos en el momento de la investigación a fin de que proporcionaran una idea sobre las metas y objetivos del Área de Salud en función de su organización.
Representantes de la comunidad	6 miembros de los comités de salud ( 1 por distrito)  4 líderes comunales	Con experiencia en el trabajo con los EBAIS. Con participación activa en el período de estudio en más de tres actividades relacionadas con la priorización de problemas de salud del Área. Activos al momento de la entrevista. Que hubiesen participado en actividades de protesta por los servicios de salud prestados por el Área.

Fuente: Jarrett Copeland Karen, con base en el proceso de investigación de Residencia Práctica, MAETS 2003

*b- Categorías de análisis*

En los cuadros siguientes se presentan las categorías de análisis que se consideraron en la caracterización.



### Cuadro No. 2

Categorías de Análisis del Proceso de Gestión del Equipo de Apoyo del Área de Salud Guácimo Junio / Noviembre 2003

Categorías	Sub - categorías	Indicadores	Fuentes de información	Técnicas
<p>Macro Ambiente, dimensiones:</p> <p>Condiciones Político / Legales: Influencias políticas y legales que de una forma u otra controlan el desarrollo del trabajo, sea por la dependencia económica y su acceso regido por procesos políticos o por normativas que definen y controlan muchas condiciones que el Área debe satisfacer y aceptar en el desempeño de su función de servir a los usuarios.</p>	<p>Proceso de modernización y descentralización del sector Salud.</p>	<p>Componentes de la Reforma Prioridades institucionales Estrategias de atención e intervención Principios de la Caja</p>	<p>Plan de Reforma del Sector Salud. Plan Estratégico Corporativo</p>	<p>Revisión documental</p>
	<p>Modelo Readechado de Atención</p>	<p>Enfoque de atención Oferta de Servicios. Principios orientadores</p> <p>Funciones: - Áreas de Salud - Coordinación del área. - Equipo de apoyo - EBAIS</p>	<p>Plan de Reforma del Sector Salud.</p>	<p>Revisión documental</p>
<p>Condiciones económicas: recursos destinados a la organización y que afectan la demanda del servicio.</p>	<p>Presupuesto</p>	<p>Mecanismos de asignación de recursos.</p> <p>Privatización de servicios No de contrataciones vigentes Tipo de actividades</p>	<p>Administración del Área de Salud</p> <p>Plan reforma del sector salud</p>	<p>Entrevista</p> <p>Revisión documental</p>
<p>Fuente: Jarrett Copeland, Karen Maestría Gerencia Social, Escuela de Trabajo Social 2003.</p>				

Categorías	Sub - categorías	Indicadores	Fuentes de información	Técnicas
<p>Ambiente intermedio, dimensiones: Sistema de grupos de presión, grupos que delegan autoridad o dan apoyo social por el prestigio que tienen.</p>	<p>Existencia de grupos organizados en la comunidad</p>	<p>Nexos de esos grupos con el Área Tipos de intervención Número de Asociaciones Tipos de grupos existentes (2003) Tipo de actividades desarrolladas por los grupos.</p>	<p>Expediente de evidencias compromiso de gestión 2002 ASIS 2001- 2003 Actas de reuniones Entrevista con líderes comunales (Junta de Salud, comités, otros)</p>	<p>Entrevistas Revisión documental</p>
	<p>Participación de los grupos comunales en la planificación y construcción de la salud.</p>	<p>Convocatoria de grupos organizados a participar del ASIS. Problemas de Salud expresado por la comunidad y considerados en el plan.</p>	<p>Libros de Actas Plan Estratégico Triannual</p>	<p>Revisión documental</p>
		<p>Opinión respecto de la participación (2001-2003) Actividades de seguimiento a lo incluido en el plan con participación comunitaria. (2001-2003)</p>	<p>Líderes Comunales</p>	<p>Entrevista Grupo de Discusión</p>
	<p>Otras expresiones de grupos que surgen en eventualidades</p>	<p>Levantamientos repentinos existencia de mecanismos de negociación.(2001-2003)</p>	<p>Líderes comunales</p>	<p>Entrevistas</p>

Fuente: Jarrett Copeland, Karen Maestría Gerencia Social, Escuela de trabajo Social 2003.

Categorías	Sub - categorías	Indicadores	Fuentes de información	Técnicas
<p>Micro ambiente, dimensiones:</p> <p><b>Metas Organizacionales:</b> Son los objetivos propuestos para el Área de Salud y la situación deseada por el Equipo en relación con las funciones, normas, y valores en el desempeño del trabajo.</p>	Metas y Valores	Misión y Visión del Equipo Objetivos de trabajo del Equipo. Políticas Organización interna del equipo	Equipo de Apoyo. Reforma del Sector Salud	Revisión Documental Grupo de Discusión
	Percepciones sobre concepciones en salud	Concepto de Salud y atención integral. Calidad y atención continua Trabajo en Equipo. Participación Social	Reforma del Sector Salud Modelo Readecuado Equipo de Apoyo.	Revisión Documental Grupo de discusión
	Planificación y desarrollo del trabajo	Elaboración de ASIS. Plan de Acción Elaborado con base en las necesidades de salud del Área. Monitoreo y seguimiento de acciones programadas.	Documento de Análisis situación de Salud Área de Guácimo 2002- 2003 Miembros del Equipo y funcionarios base Informes de Monitoreo Plan de Acción.	Documento de Análisis de Situación de Salud del Área 2001-2003 Plan Estratégico Triannual Informes de Monitoreo.
	Funciones Gerenciales	Roles del Equipo Adaptación a cambios.	Equipo de Apoyo	Entrevista

Fuente: Jarrett Copeland, Karen Maestría Gerencia Social, Escuela de trabajo Social 2003.

Categorías	Sub - categorías	Indicadores	Fuentes de información	Técnicas
<p><b>Comunicación:</b> Es un proceso de intercambio de información, ideas y sentimientos que permite establecer interrelaciones y obtener la más completa y exacta comprensión posible entre los miembros de un equipo de trabajo.</p>	<p>Pertinencia de la información disponible y origen.</p>	<p>Responde a las necesidades y objetivos del equipo. Disponible cuando se ocupa o se requiere(oportunidad) Clasificada y distribuida equitativamente.</p>	<p>Equipo de Apoyo. Reuniones de Consejo de Área</p>	<p>Grupo de discusión</p>
	<p>Funciones de la comunicación</p>	<p>Informa Promueve la acción Facilita contactos entre los miembros del Equipo o con otras personas. Persuade para cumplir con objetivos del grupo.</p>		<p>Entrevista</p>
	<p>Dinámica de la interacción de los miembros del Equipo.</p>	<p>Simétrica, igualdad de condiciones. Asimétrica o complementaria (diferencia o desigualdad en la condición de las intervenciones)</p>	<p>Equipo de Apoyo.</p>	<p>Observación no participante</p>
	<p>Canales de comunicación</p>	<p>Formales Informales</p>	<p>Equipo de Apoyo</p>	<p>Entrevistas</p>
<p>Obstáculos en la comunicación</p>	<p>Sobrecarga de información, omisión, distorsión de la Información</p>			

Fuente: Jarrett Copeland, Karen Maestría Gerencia Social, Escuela de Trabajo Social 2003.

Categorías	Sub - categorías	Indicadores	Fuentes de información	Técnicas
<b>Poder:</b> Capacidad de un grupo o individuo de influir o modificar cualquier aspecto o resultado de la organización.	Distribución del Poder	Centralizado Distribuido Conflictivo.	Miembros del Equipo de Apoyo Técnico.	Entrevista
	Procesos para ejercer el poder	Coactivo Consensual Negociado		
	Fuente de Poder	Cargo Experticia. Carisma (Referente)		
	Consecuencias del ejercicio del poder	Cumplimiento y compromiso. Conflictos y confrontación de intereses.  Indiferencia ante el ejercicio de poder.	Logro de estándares del compromiso de gestión  Miembros del Equipo de Apoyo Técnico. Funcionarios del Área de Salud	Revisión documental  Entrevista

Fuente: Jarrett Copeland, Karen Maestría Gerencia Social, Escuela de Trabajo Social 2003.

<b>Categorías</b>	<b>Sub - categorías</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Fuentes de información</b>	<b>Técnicas</b>
<b>Toma de decisiones:</b> Es elegir la alternativa considerada como la más viable y factible entre las diferentes opciones tomado como base diferentes criterios que dependerán del tipo de organización y de la situación específica que se trate.	Reconocimiento e intervención en las condiciones de salud del Área.	Participación en la elaboración del ASIS del Área.  Elaboración y elección de alternativas de intervención ante los problemas  Revisión y seguimiento de alternativas.	Libro de Actas.  Plan Estratégico Triannual Equipo de apoyo.  Funcionarios del Área Comunidad. Libros de actas	Revisión documental
	Tipo de decisiones	Planificadas. Improvisadas Responden a la demanda de superiores. Responden a las necesidades del equipo.	Equipo de apoyo Técnico.	Entrevistas
	Participantes en la toma de decisiones.	Exclusivamente el equipo de apoyo. Ampliado a la comunidad y funcionarios del Área Ampliado a grupos especiales según objetivos. Centrado en la Coordinación del Área.	Equipo de Apoyo	Entrevistas

Fuente: Jarrett Copeland, Karen Maestría Gerencia Social, Escuela de Trabajo Social 2003.

<b>Categorías</b>	<b>Sub - categorías</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Fuentes de información</b>	<b>Técnicas</b>
Recurso Humano disponible para atender las necesidades	Talentos humanos	Participación en actividades de educación en salud generales o por disciplina.  Relación entre la cantidad de recurso humano para la prestación de los servicios y los asignados.  Existencia de un programa de capacitación propio del Equipo de Apoyo.	Registros de Capacitaciones recibidas por miembros del Equipo de Apoyo  Plan de reforma en salud. Equipo de Apoyo.  Plan de capacitación	Revisión documental  Entrevista Revisión documental  Revisión documental
	Satisfacción por el trabajo	Disponibilidad y compromiso Identificación con el grupo. Frustraciones Creatividad e iniciativa	Equipo de Apoyo	Entrevista
Fuente: Jarrett Copeland, Karen Maestría Gerencia Social, Escuela de Trabajo Social 2003.				

*c- Trabajo de campo*

El trabajo de campo se realizó mediante la utilización de diferentes técnicas de recolección como son: la revisión de fuentes documentales y bibliográficas, la entrevista semi-estructurada, el grupo de discusión y la observación participante. Para cada una de ellas se elaboraron los correspondientes instrumentos de registro.

La entrevista tuvo como objetivo realizar un primer acercamiento al objeto de intervención, así como establecer un vínculo de confianza con los entrevistados, comprender su punto de vista sobre los procesos de trabajo desarrollados, el impacto de éstos en la consecución de objetivos personales, institucionales y de grupo. Se constituyó en un medio para ampliar y profundizar en la opinión personal sobre aspectos específicos de interés y lograr así la información que de otra manera no podría obtenerse.

Simultáneamente se realizó la revisión de fuentes documentales y bibliográficas pertenecientes al Área de Salud y otras instituciones públicas o privadas, para el análisis del macro ambiente. La información obtenida fue sobre políticas y metas institucionales, así como otra concerniente al tema de salud, readecuación del modelo de Atención y Gerencia Social.

También se obtuvo información para la descripción de problemas y reacciones más usuales dentro del quehacer del equipo, la formulación de los contenidos teóricos y conceptuales que sustentan la propuesta práctica y el fundamento político, legal e ideológico que determinó la naturaleza del problema y el marco de referencia para la intervención.

En esta primera etapa la información se ordenó y analizó según las categorías definidas previamente, lo cual permitió realizar la caracterización preliminar del Equipo y dar respuesta a las interrogantes planteadas en este período las cuales fueron:



- ¿Cuáles son las políticas institucionales y las principales metas locales que influyen en el proceso de gestión del Equipo de Apoyo del Área de salud Guácimo?
- ¿Cómo se desarrolla la toma de decisiones en el Equipo y cuáles son los mecanismos utilizados?
- ¿En torno a cuáles aspectos se toman decisiones en el Equipo?
- ¿Cuál es el papel de los miembros del Equipo en los procesos de planificación del trabajo, toma de decisiones y ejecución de acuerdos?
- ¿Cuáles son los mecanismos de coordinación y comunicación utilizados para la realización de las acciones?
- ¿Cuáles son las fuentes de motivación y /o de insatisfacción que favorecen u obstaculizan el alcance de las metas propuestas?
- ¿Cuáles son las líneas de acción por seguir para fortalecer la gestión del Equipo en aras de atender las necesidades de la población en forma integral y respetando sus derechos?

### **Segunda Etapa:**

*Validación de la caracterización preliminar.*

En este espacio se procedió a la fase de devolución y validación de la información recopilada en la etapa anterior, para ello se recurrió a la técnica “grupo de discusión” la cual se desarrolló con el Equipo de Apoyo. Esta actividad se efectuó en tres sesiones, con una duración de tres horas cada una.

**Cuadro No. 3**  
 Discusiones realizadas con el Equipo  
 según número de sesión y logros obtenidos  
 Diciembre 2003 – Enero 2004

NO. DE SESIÓN	PUNTOS DE DISCUSIÓN	LOGROS
Primera Sesión	Datos de identificación del Equipo como: ubicación, características de los integrantes y funciones. Antecedentes de la conformación y funcionamiento del grupo. Resultados obtenidos de la entrevista aplicada a miembros del Equipo según las categorías analizadas, supuestos y problemas identificados	Reconstrucción del proceso vivido por los integrantes del grupo en el período estudiado. Ampliación de la información. Socialización de las fortalezas y debilidades encontradas
Segunda Sesión	Reflexión sobre los cambios recientes relevantes para la labor del Equipo y su adaptación a ellos. Esfuerzos de seguimiento y monitoreo. Procedencia y manejo de la información utilizada para el desarrollo del trabajo. Relación del Equipo con la comunidad. La ley de desconcentración 7852.	Identificación de algunas coyunturas vividas e incertidumbres provocadas en el accionar del Equipo, en relación con los puntos de partida para la ejecución del trabajo y cumplimiento de las expectativas del grupo.
Tercera Sesión	Imagen objetivo del grupo, misión, principios para la acción, papel y objetivos del Equipo	Identificación de algunas sugerencias sobre los aspectos por considerar para fortalecer la gestión del Equipo en la prestación de servicios integrales de salud Definición de líneas por seguir para cumplir con dicho propósito

Fuente: Jarrett Copeland, Karen, con base en el grupo de discusión, MAETS 2003

Como parte de esta fase también se participó en reuniones del Equipo en las cuales se aplicó la técnica “observación no participante”, para obtener la frecuencia de participación de cada uno de los miembros, la pertinencia de los aportes a la discusión y la apertura a la escucha de opiniones, entre otros aspectos.

Esta etapa concluye con la incorporación de las observaciones y sugerencias de los participantes y de la investigadora con lo cual se logró una versión definitiva de la caracterización del Equipo.

### **Tercera Etapa:**

*Elaboración de la propuesta de fortalecimiento de la gestión del Equipo en la prestación de servicios integrales de salud.*

Una vez finalizada la fase de trabajo con los diferentes grupos y la caracterización final del equipo, se procedió al análisis de los resultados, considerando además los planteamientos teóricos de diferentes autores y las políticas en salud, para definir los componentes definitivos de la propuesta:

- Capacitación y desarrollo del personal.
- Expectativas y motivación para el trabajo en equipo
- Proceso de grupo.
- Estímulo a la creatividad y la apertura.

### **Cuarta Etapa:**

*Recuperación de la experiencia de intervención gerencial.*

La recuperación de la experiencia de intervención gerencial se organizó a partir del modelo de sistematización propuesto en el diseño de la Residencia Práctica, ésta constituye un ejercicio realizado en torno a la vivencia y representa una forma de comprender, enseñar y compartir la propia actuación profesional. En ella se expresan diferentes procesos sociales, dinámicos y complejos en los que intervienen múltiples factores como:

- Las condiciones del contexto en el que se desarrolló la práctica profesional.
- Situaciones particulares previstas e imprevistas.

- Acciones intencionadas por parte de agentes institucionales y personas que buscan determinados objetivos.
- Intenciones, percepciones e interpretaciones de las personas que intervinieron en las diversas fases del proceso.
- Resultados de acciones esperadas e inesperadas.
- Relaciones y reacciones entre las personas que como actores sociales intervinieron en el proceso.

Para el caso de la residencia práctica se plantea el modelo de sistematización propuesto por Óscar Jara (1994) en la medida que concibe el proceso de sistematizar como: un proceso participativo que permite reconstruir ordenadamente, producir conocimiento, percibir y comunicar la experiencia.

La concepción metodológica de este modelo de sistematización es dialéctica, concibe la realidad histórica/ social como un todo integrado, en el que las partes (económico, social, político, cultural, lo individual, local, nacional, internacional, lo objetivo, etc.) no se pueden entender aisladamente, sino en su relación con el conjunto, como la articulación interna de todas sus múltiples relaciones. El proceso de abstracción en la sistematización según Jara (1994), incorpora distintas operaciones lógicas de análisis y síntesis, de inducción, deducción, que se interrelacionan mutuamente.

Para el caso de la residencia práctica se parte de los elementos generales del macro contexto en el que se desempeña el equipo como son: el proceso de reforma, las políticas de salud, el marco legal e ideológico; la relación de éste con los usuarios y grupos organizados, el desarrollo interno de su trabajo, así como sus concepciones y vivencias. La definición de la experiencia permite delimitar las siguientes preguntas generadoras de la sistematización:

- ¿Cuáles son las características de la gestión que realiza el Equipo de Apoyo del Área de Salud Guácimo, en aspectos relacionados con la Planificación y Coordinación de acciones para la prestación de servicios a la población?

- ¿Cuál fue el proceso que se siguió para la caracterización de la gestión y la elaboración de la propuesta de fortalecimiento en la atención de las necesidades?
- ¿Cuáles factores motivaron y facilitaron el alcance de las metas propuestas en el diseño de residencia?
- ¿Cuáles aspectos desmotivaron y dificultaron el alcance de las metas propuestas en el diseño de la Residencia Práctica?

El esquema de reflexión tiene para su ordenamiento el marco metodológico diseñado para la residencia práctica, éste trata de recuperar los aspectos y procesos gerenciales de interés para la comprensión del accionar del Equipo de apoyo. Lo anterior se esquematiza de los siguientes pasos:

- Negociación y organización del trabajo con las personas miembros del Equipo de Apoyo del Área de Salud Guácimo.
- Caracterización del actual modelo de gestión que implementa en aspectos de planificación y coordinación de actividades.
- Elaboración de las recomendaciones para el fortalecimiento de la gestión del Equipo.

El punto de llegada es el momento clave de la sistematización, es la interpretación crítica del proceso vivido. Se trata aquí de realizar un proceso ordenado de abstracción, para encontrar la razón de ser de lo que sucedió durante la experiencia. La vivencia es abordada en partes, mediante un ejercicio analítico a partir del cual se ubican las tensiones o contradicciones que marcaron el proceso y con esos elementos, se vuelve a ver el conjunto del proceso. De esta manera se realiza una síntesis que permite conceptualizar la práctica de la gestión implementada por el Equipo de Apoyo del Área de Salud Guácimo y llegar, finalmente, a las conclusiones teóricas y prácticas.

**CAPITULO III**  
**MARCO CONCEPTUAL**

## CAPITULO III

### MARCO CONCEPTUAL

Los elementos teóricos desarrollados en este apartado sirvieron de base para entender y comprender los componentes y contextos de actuación del objeto de intervención. A continuación se exponen las categorías que se derivaron del problema de intervención gerencial y que fueron fundamentales para interpretar a la luz de la teoría su accionar. El desarrollo del capítulo parte de la concepción sistémica como encuadre para describir la interrelación que existe entre las diferentes categorías analíticas.

#### **3.1 La concepción sistémica como teoría para el análisis.**

La configuración de los procesos de trabajo gerencial refleja las estrategias del gerente para manejar sus relaciones con el medio (externo o interno) que lo rodea. Al mismo tiempo el medio, de una u otra manera le define su comportamiento. Existe pues, una relación de influencia mutua, por ello se hace necesario referirse al término sistema, entendido como una pauta de relaciones dentro de un marco pertinente destinado a la realización de cierto propósito específico (Hodge y Johnson 1975).

Kast y Rosenzweig (1986), indican que los sistemas constituyen un todo unitario organizado, compuesto por dos o más partes, componentes o subsistemas interdependientes, de manera que, cualquier sistema es parte de uno más amplio y por ende constituye un subsistema, un cambio en una de sus partes afecta al todo y viceversa.

Los sistemas pueden ser cerrados o abiertos. Los cerrados se mantienen en movimiento para mantener un equilibrio estático. Los abiertos, en interacción continua con su medio, presentan la particularidad de ser adaptables al medio que los circunda.

La concepción sistémica como modelo de análisis general, le permite al gerente, conocer y comprender de manera holística la organización en la cual se desempeña. Este enfoque se utiliza para explicar las organizaciones sociales por ser éstas un conjunto de acciones y conductas interrelacionadas. Considera que las organizaciones son sistemas abiertos, cambiantes, dinámicos y adaptables a las presiones internas y externas, de ahí que, se encuentran en un constante proceso de construcción. Permite conocer la relación existente entre los diferentes elementos que la conforman.

El Área de Salud Guácimo como sistema, constituye un todo, organizado por dos o más partes interdependientes que se interrelacionan de modo dinámico, con límites identificables, definido en tiempo y espacio, situable en el mundo de las ideas.

Al interactuar con su medio, el Área de Salud se encuentra expuesta a sus influencias y a una probable pérdida de autonomía por esta misma condición. Cuenta con un conjunto de recursos que tiene y debe movilizar para sobrevivir y llevar a cabo sus actividades, frente a las cuales deberá adaptarse al realizar objetivos de servicio.

El macro ambiente es el sistema más amplio que circunda al Área de Salud, también se encuentra inmersa en un medio ambiente intermedio y en un micro ambiente con los cuales se mantiene en constante interacción y que configuran su ámbito de gestión.



El macro ambiente, constituido por las condiciones económicas, demográficas, culturales, político jurídicas y tecnológicas que afectan a todas las organizaciones y que deben considerarse como ya dadas, define la gama de oportunidades, limitaciones y opciones que están al alcance del Área al estar constituido por diversos factores que pueden ser positivos o negativos, es decir, pueden ser amenaza y poner en peligro el proceso de gestión del Área de Salud o construir una oportunidad que debe ser aprovechada para superar debilidades.

Entre las condiciones del macro ambiente que interesa considerar como categorías de análisis, siguiendo la perspectiva de Hodge y Johnson (1975) se tienen:

1. Las condiciones Político / Legales: Se refiere a las influencias políticas y legales que de una u otra forma controlan el desarrollo del trabajo, sea por la dependencia económica y su acceso regido por procesos políticos o por normativas que definen y controlan muchas condiciones que el Área debe satisfacer y aceptar en el desempeño de su función de servir a los usuarios. En este caso interesa destacar aspectos correspondientes al proceso de modernización y descentralización del sector salud y el modelo readecuado de atención.
2. Condiciones económicas: son los recursos destinados a la organización y que afectan la demanda del servicio. Influyen en la independencia para la toma de decisiones, sobre el tipo, magnitud, y alcance de los problemas y necesidades que la organización debe tener en cuenta.

El medio ambiente intermedio se encuentra constituido por el conjunto específico de organizaciones y grupos colaboradores o competidores de la prestación de servicios, con los cuales, la organización intercambia recursos o insumos de información, energía y materiales que procesa y luego devuelve en forma de servicios para la población meta. Tiene que ver con agrupaciones que delegan

autoridad en una organización observan y evalúan el desempeño de la organización. La interacción que se genera en esta dimensión delimitará la misión y objetivos de la organización, o sea, su dominio organizacional.

La categoría de análisis que aquí se incluye se refiere a los proveedores de legitimación y autoridad, contempla aquellos grupos que delegan autoridad o dan apoyo social por el prestigio que tienen, además de constituirse en fuente de recursos económicos e información necesarios para la generación de servicios. Interesa el sistema de grupos de presión, como son: grupos organizados de la comunidad y grupos que surgen en eventualidades.

El micro ambiente de la organización constituye el sistema interno, formado por varios subsistemas principales. Siguiendo a Kast y Rosenweig (1986) y a Molina y Morera (1998) estos son:

1. Las metas y valores organizacionales: la organización toma muchos de sus valores del medio sociocultural, en tanto que realiza una función para la sociedad, debe conformarse a los requerimientos de ésta. Las metas son una situación deseada que se anhela alcanzar, derivan de los miembros y las presiones provenientes del medio y del sistema interno, están íntimamente relacionadas con funciones básicas e importantes para los involucrados, a la vez, son una extensión de lo que la sociedad necesita para su propia supervivencia. Existen las metas oficiales y las metas operativas. Las metas oficiales son aquellas que expresan los propósitos generales tal como aparecen en sus enunciados, informes anuales y declaraciones públicas. Las operativas son las que señalan los fines perseguidos, a través de la política operativa real de la organización, éstas nos dicen lo que la organización realmente trata de hacer, no importa lo que las metas oficiales señalan como sus pretensiones. Ambos tipos de metas pueden cambiar por presiones externas, presiones internas o cambios en la demanda.

2. Subsistema Técnico: se refiere al conocimiento necesario para el desarrollo de las labores. Está determinado por las tareas requeridas por la organización y varía de acuerdo con el tipo particular de actividades. Se encuentra conformado por la especialización de conocimientos y por las habilidades requeridas, la maquinaria y el equipo de que dispone así como por la distribución de servicios.
  
3. Subsistema psicosocial: compuesto por individuos y grupos en interacción. Es formado por la conducta individual y la motivación, las relaciones de status y rol, dinámica de grupos y los sistemas de influencia. También es afectado por los sentimientos, valores, actitudes, expectativas, y aspiraciones de los miembros de la organización. Este subsistema recibe la influencia de las fuerzas del medio externo así como por las tareas, tecnología y estructura de la organización interna.

Debe considerarse, que si bien es cierto la competitividad en una organización es sinónimo de recursos tecnológicos, procesos racionales de trabajo, estructura organizacional adecuada, así como productos y servicios excelentes, su punto neurálgico es la calidad de las personas que trabajan en ellas.

Morera (2001), señala que las personas miembros de la organización hacen dinámica su estructura y con la combinación de sus inteligencias, conocimientos, experiencias, motivaciones y recursos producen resultados atinentes a la misión organizacional. Considera que las poblaciones meta receptoras y consumidoras de los servicios deben ser tomadas en cuenta, dado que llegan a ser casi miembros de la organización, pues para obtener los servicios, deben cooperar y someterse a políticas y normas existentes en la organización.

De Souza Silva (2001) refiere que las personas poseen un potencial que debe ser reconocido, desarrollado y colocado al servicio de la creatividad que la actividad de desarrollo demanda a partir de una percepción del ser humano como ciudadano, el cual debe ser gerenciado como “talento humano”.

La concepción de gestión del talento humano, valora las personas mediante la promoción de su formación y protagonismo y el establecimiento de los correspondientes mecanismos que otorgan poder para influenciar decisiones claves de la organización, lo que implica compromiso y elevación de la autoestima de ellos. Tiene confianza en su competencia y capacidad de innovar, superar sus fronteras, e impulsar procesos tendentes a lograr mayor éxito en la organización al convertirse en unidades más productivas llamadas equipos, al integrar sus destrezas para reforzar los puntos fuertes y minimizar los débiles.

1. Estructura: se refiere a la manera en la que están divididas las tareas en la organización, tiene que ver con los patrones de autoridad, comunicación y flujo de trabajo.
2. Administrativo: involucra toda la distribución que relaciona a la organización con su medio, establece los objetivos, desarrolla los planes de integración, estrategia y operación mediante el diseño de la estructura y el establecimiento de los procesos de control.

### **3.2 Gerencia Social: Consideraciones generales para la organización del trabajo y el impulso de procesos de Gestión en Salud.**

En la generación de servicios para la atención en salud se trabaja con y para las personas, atendiendo sus necesidades y problemas. Esta generación, se caracteriza por la prestación y distribución de los servicios mediante su construcción, transformación y adecuación según los objetivos institucionales. Es el resultado de la interacción de los prestatarios con el contexto en el que se desempeñan y con los usuarios (as).

El desarrollo de la labor de los prestadores, se ve afectada por una serie de demandas externas e internas de índole social, económica, política, cultural, ideológica o de relaciones interpersonales que, por lo general, se presentan simultáneamente.

De esta manera, la gestión es influida en lo contextual por un conjunto de determinaciones tan complejas y diversas, como son, la tecnología, el financiamiento, las políticas sociales, los lineamientos institucionales, el paradigma médico y las modalidades de formación del personal entre otros (OMS, 1994).

La gestión como actividad nace con el surgimiento de las grandes industrias a fines del siglo XIX en Europa y Estados Unidos, significa hacer diligencias conducentes al logro de un fin. Hoy día el centro de la gestión no está en las tradicionales funciones conducentes a la ejecución de las tareas, sino en los procesos, lo que permite una aproximación a la cotidianeidad organizacional, más dialéctica, enfocada a las interacciones y no a los actores. Este cambio ha impactado en los requerimientos o habilidades gerenciales, ya que se hace necesario modificar el énfasis en las acciones reactivas para dar prioridad a las proactivas y generativas.

La gestión también es definida como una forma de dar continuidad a las organizaciones, se ocupa de contribuir a mejorar el nivel de satisfacción de los miembros, al igual que del diseño e implantación de modelos compatibles con el modo de regulación dominante. Se constituye en un medio de control que contribuye a la lógica de las relaciones existentes, mediando entre los proyectos globales y las actividades del día a día.

De Souza y otros (2001), define la gestión como el proceso de manejo dinámico de la interacción que ocurre entre la organización y su entorno relevante; debe ser comprendida también como el manejo del cambio hacia adentro y hacia fuera de la organización. El manejo de esa condición dinámica y cambiante de la organización

orientadores de referencia para el logro de los objetivos demandados, tomar decisiones coherentes con estos elementos de referencia asociados a la visión y construir las condiciones para que estas decisiones sean aceptadas por el grupo gerencial que las impulsa y los miembros de la organización encargados de su ejecución.

El mismo autor, señala que la dimensión gestión se constituye así, en el nodo central de una red de análisis, síntesis, reflexiones, decisiones y acciones dirigidas a la innovación para la construcción de la sostenibilidad de la organización y al logro de los objetivos organizacionales en el desarrollo de la actividad gerencial.

En el caso específico de la gerencia social que es el tema que nos ocupa, la gestión es entendida, como la toma de decisiones por parte del gerente en cinco áreas críticas de la gerencia:

- Contexto de los servicios sociales, la misión, y los objetivos.
- Tecnologías de intervención.
- Estructuras organizativas, soporte de los servicios sociales.
- Negociaciones y mediaciones para la obtención de recursos y legitimidad.
- Impulso de cambios organizacionales, en respuesta a las exigencias del contexto y a las diversas configuraciones intra organizacionales.

Molina y Morera (1999), señalan que la gerencia social con perspectiva dinámica estratégica es una forma de dirigir y potenciar los recursos internos y externos de los servicios sociales, hacia su producción y su distribución dentro de parámetros de calidad, eficiencia, eficacia y responsabilidad social. Implica el cambio de la mentalidad asistencialista, paternalista y depredadora de las potencialidades humanas, hacia una mentalidad que reconoce los servicios sociales como derechos ciudadanos y coloca el valor de las potencialidades y responsabilidades de los seres humanos en transformar su realidad y en la construcción de relaciones con el estado

y su papel de promover el desarrollo social con equidad, implica un cambio en los valores, en la ética, en la concepción del papel de los involucrados en el diseño y operación de los programas sociales.

En la prestación de servicios de salud, la gestión institucional y local no debe ni puede verse o analizarse aisladamente de los cambios institucionales y sociales que pasan por una redefinición, inclusive del papel del estado, es necesario contrastarla constantemente con el contexto en el que se aplica para realizar los cambios o ajustes necesarios.

En concordancia con lo anterior, para el presente estudio, la gestión es entendida como el desarrollo de una serie de acciones dirigidas a lograr los resultados esperados. Mediante la gestión, se canalizan esfuerzos de grupo hacia el logro de los objetivos organizacionales, a partir de un proceso de reflexión-acción que considera el contexto, las interacciones extra e intra organizacionales, los recursos existentes, los cambios en el medio, la capacitación de los miembros y las diversas disposiciones en los distintos niveles gerenciales.

A través de los procesos de gestión, la gerencia integra los distintos subsistemas y elementos de la organización entre sí, en los cuales se construye y actúa. Así, la ejecución de las actividades gerenciales implica el manejo de las relaciones del gerente(s) con su contexto externo e interno, conlleva la realización de acciones de planificación, coordinación, dirección y, ejecución del esfuerzo global de la organización, así como, del quehacer individual y colectivo de sus miembros.

La planificación es un proceso que implica definir un curso de acción futura y establecer los objetivos necesarios para todo el esfuerzo del grupo. Se realiza con base en la misión o propósito fundamental de la organización y las demandas de los grupos que ésta atiende; incluye la formulación de la imagen objetivo hacia la cual se dirigen las actividades, los valores que son las actitudes y aptitudes personales

deseadas que se necesitan para el alcance de los objetivos y las políticas o normas que determinarán las prioridades, los mecanismos para la definición de los cursos por seguir y su ejecución.

La dirección se refiere a la toma de decisiones específicas que contemplan las acciones de comunicación y coordinación para la selección de alternativas y cursos de acción.

La ejecución, es la realización de las acciones según lo planificado a partir de una organización previa y la cooperación deliberada. Refleja la coherencia entre lo pensado y lo decidido. Durante la ejecución se revisan, se ajustan o cambian los procesos operativos de planificación, se determinan mecanismos de control, supervisión y se determina el rol que asume el grupo gerencial para impulsar las decisiones tomadas

Para responder a las demandas y cumplir con sus propósitos, los miembros de la organización, desarrollan funciones, actividades y tareas diversas que implican la ejecución de funciones gerenciales. El trabajo gerencial busca y elige soluciones y caminos para lograr los fines. Tiene que ver con la toma de decisiones y la acción misma e implica el manejo de las relaciones del gerente con su contexto externo e interno. En este sentido "Gerente es toda persona que tiene que tomar decisiones que afectan los objetivos, recursos, procesos o resultados de la organización" (González y otros, 1996).

Kast y Rosenzweig (1986) señalan que en las organizaciones los gerentes están inmersos dentro de muchos procesos de interacción, son responsables tanto del desempeño en ese momento (estabilidad y continuidad) como del potencial futuro (adaptación o innovación) de la organización, deben decidir sobre la forma como va a interpretar, y a utilizar las diferentes dimensiones y los diferentes componentes que intervienen en el proceso organizacional.



Corresponde a los gerentes:

- Tener un papel activo en la definición de estrategias que orienten el desarrollo de la organización,
- Coordinar acciones con los otros dentro de una visión compartida, que requiere establecer relaciones y establecer consenso para definir la acción y acompañar sostenidamente los procesos al interior del grupo y con la organización misma.
- Dinamizar la gestión organizacional con la combinación de la inteligencia de sus miembros, así como, de sus conocimientos, actitudes, aptitudes, experiencias, motivación y recursos que dinamizan la gestión organizacional.
- Debe buscar, la participación de sus integrantes, colaboradores, así como de otros actores sociales, por medio de un proceso democrático, donde se negocia y se mantiene informadas a las personas y a cada uno de sus miembros, logrando un adecuado clima organizacional.
- Utilizar los medios y mecanismos apropiados a cada contexto, estos son reconocidos por los integrantes - participantes como válidos, útiles y óptimos.
- Promueve el cambio, a través de potenciar a las personas y su participación en la toma de decisiones.

Es desde esta posición que se brinda el apoyo necesario para que se puedan alcanzar los objetivos institucionales y locales propuestos.

La forma como se organiza el desarrollo de las actividades varía de una organización a otra y dentro de cada equipo gerencial, dando lugar a formas de gerencia y procesos de gestión muy diferentes.

El desempeño está relacionado con el éxito que alcance el gerente en la gama de tareas que son inherentes a su función y que se deben combinar para el alcance de las metas.

Drucker (1984), resume las tareas del gerente en cinco actividades básicas:

- Fijar objetivos, (los determina, decide los métodos para alcanzarlos y los comunica).
- Organizar (analiza las actividades, las decisiones y clasifica el trabajo y selecciona personas para su ejecución).
- Motivar y comunicar (formando equipo con sus colaboradores y manteniendo una comunicación constante con sus subordinados, su superior, así como con sus colegas).
- Medir el trabajo (establece patrones de medida, concentrados en el desempeño de toda la organización y al mismo tiempo concentran la atención en el trabajo del individuo y le ayuda a realizarlo. También comunica el sentido de las mediciones y sus hallazgos a los miembros de la organización).
- Desarrollar a la gente.

Para cumplir con las tareas, el gerente requiere de una división del trabajo, asignación de equipo, del medio físico y logístico requerido para su ejecución. También es necesario definir políticas, procedimientos y formas de autoridad y líneas de comunicación adecuadas, a ser utilizadas si la organización pretende realizar su objetivo.

La combinación de los diferentes componentes de la organización (objetivos, grupos miembros, divisiones del trabajo, los activos físicos, las políticas, los procedimientos, la autoridad y las líneas de comunicación) propician el alcance de los objetivos y metas que son el resultado esperado de su gestión.

### **3.2.1 El rol gerencial esperado desde la perspectiva de Gestión en Salud.**

Como ya se mencionó en apartados anteriores, en la actualidad, la implementación del proceso de reforma, ha propiciado importantes cambios que afectan la forma de prestación de los servicios y el desempeño gerencial en general.

Según la OMS, 1994, en ésta se propone fomentar la mejoría de la calidad de los servicios mediante la ejecución de un proceso de gestión que promueva e intente desarrollar:

- Una visión estratégica de conducción de los servicios, que rescate y mantenga la finalidad de los mismos y que abra y responda a oportunidades de cambio que contribuyan a su desarrollo,
- La responsabilidad colectiva de los profesionales y técnicos en salud, con su trabajo y la visualización de los sujetos de su acción como poseedores de capacidad para imprimir cada vez con mayor grado de libertad y sentido de orientación a lo que la institución hace (impulsa la toma de decisiones desde lo local).
- La participación de profesionales y técnicos en el proceso de construcción, producción y transformación de las condiciones para alcanzar una mejor salud.
- La coherencia entre planeamiento e implementación,
- El reencuentro entre el personal y los usuarios de los servicios.
- El análisis de situaciones de trabajo, los procedimientos realizados, los instrumentos en uso y los resultados obtenidos considerados a partir de compatibilidad con lo que se quiere hacer.
- Una actitud problematizadora frente al análisis del proceso de trabajo, ante las condiciones existentes y la necesidad de medidas para superarlas.
- La transformación de prácticas mediante la construcción e intercambio de conocimientos, capacidades y valores.
- La desconcentración de procesos de gestión institucional.
- La identificación de necesidades comunales e inclusión de los pobladores o beneficiarios de los servicios en todos los momentos del proceso de toma de decisiones que les atañe.
- El cumplimiento de indicadores de gestión en los diferentes centros a partir de la firma de compromisos entre el nivel central y el nivel local institucional.

De esta manera, la política institucional, el trabajo colectivo, el intercambio y toma de decisiones de manera analítica, reflexiva y proactiva se convierten en la base fundamental para el desarrollo de la gestión en los diferentes ámbitos y programas del quehacer en el campo de la salud.

Sobre la base de lo anterior, en la condición colectiva de la producción de acciones de salud destacan como protagonistas los equipos de salud, al respecto la OMS, 1994 señala que estos equipos se definen por su interacción técnica y social para dar respuesta en conjunto a determinados objetivos de trabajo o bien para resolver un problema de salud, según la función que le sea asignada institucionalmente y en su organización interior (servicios, programas, departamentos, unidades entre otros).

De acuerdo con los postulados en la propuesta de readecuación del modelo de atención la gestión actual del trabajo colectivo en salud, implica la participación de todos los prestatarios como corresponsables en la resolución de problemas de salud en su zona de atracción o ámbito de acción, desde un nuevo enfoque que define al equipo de trabajo, ya no por categorías profesionales o por servicios o por programas formalmente establecidos, sino por la participación efectiva de cada uno y del grupo en su conjunto, en la construcción del proceso de trabajo que desarrolla.

El abordaje propuesto implica la dimensión del trabajo cooperativo para la generación de los servicios, y al mismo tiempo, la orientación técnica del trabajo de las diferentes categorías de personal. El trabajo para la calidad se constituye en la base para el desarrollo de las acciones, el conocimiento no es el único atributo de la competencia profesional, su valor está en la posibilidad de que su uso se oriente a asegurar la satisfacción de las necesidades de salud de los usuarios. También se convierten en atributos valorados, la creatividad, el encuentro con otros conocimientos, la flexibilidad y la apertura hacia la búsqueda permanente de nuevos conocimientos.

### 3.3 Evolución del concepto salud – enfermedad en la prestación de los servicios.

El desarrollo de la práctica en salud y su evolución histórica concibe en principio, tanto a la salud como a la enfermedad, como fenómenos independientes. Culturalmente, el ser humano evoluciona y paralelamente con el desarrollo de su pensamiento se va construyendo su concepto salud-enfermedad, por tanto se puede afirmar que éste evoluciona de acuerdo con las diferentes etapas de cambio que ha tenido en el pensamiento (Ministerio de Salud, C.C.S.S, 1995).

En el recorrido por la evolución de las formas en que el ser humano se ha ido explicando el origen de la enfermedad pueden identificarse tres perspectivas:

- *Concepción mágica - empírica:* Al principio el ser humano aprendió a temerle a la naturaleza y a todo aquello a lo que no le encontraba una respuesta lógica, le asignó un concepto mágico. Se pensaba que la enfermedad era el resultado del ingreso en el cuerpo de ciertos espíritus o duendecillos malignos, a partir de estas creencias se designa a los curanderos como las personas responsables de devolver la salud, por lo cual se recetaba a las personas conjuros y bebedizos para curarse. De esta concepción, se genera una práctica que separa a los enfermos del grupo, con lo que surge el aislamiento.
- *Concepción religiosa:* Como producto de la influencia de la mitología griega, se desarrolla el pensamiento religioso, en el cual las causas de la enfermedad eran atribuidas al comportamiento humano, de manera que cuando una persona se enfermaba se decía que era por su mal comportamiento. Desde esta visión, la enfermedad se vive como un castigo divino. Los sacerdotes eran los encargados de curar por medio de exorcismo y ritos. Con el transcurrir del tiempo, algunas personas designadas por ellos empezaron a

experimentar con otras técnicas como emplastos fríos (para tratar las fiebres, vómitos), o lavativas por lo cual fueron considerados por la iglesia como brujos.

- *Concepción científica*: Se pueden distinguir tres modelos, a saber
  1. **Modelo unicausal**: Entre los siglos V y VI, se da el desarrollo de las matemáticas y con ella los cálculos de probabilidad, así nace la bioestadística, se empieza a dar cuenta de la enfermedad, a partir de cálculos estadísticos. Durante el último cuarto del siglo XIX, la microbiología y la toxicología hacen contribuciones muy importantes identificando diversos agentes físicos, químicos y biológicos responsables de enfermar al ser humano. Nace de esta manera el enfoque monocausal y determinístico, en donde la enfermedad se da como resultado de una causa de origen externo que invade el organismo. Cada enfermedad responde a un agente causal claramente identificado.
  
  2. **Modelo multicausal**: con la llegada de la revolución industrial en el siglo XVIII, empieza a cambiar la economía de los países, hay nuevas formas de producción que ocasionan la presencia de nuevas enfermedades que surgen como consecuencia de las condiciones de trabajo de los obreros. En esta época se da la clasificación de las enfermedades en dos grandes grupos: las infecciosas o epidémicas y las sociales que eran producidas por el ser humano. De esta manera empieza la preocupación por el control del agua, aire, construcciones, drenajes, entre otros aspectos que afectan el ambiente.

Con la creación de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) sus representantes definen la salud como “el completo bienestar físico, mental y social de los individuos y no solamente ausencia de enfermedad”, en teoría esto da un gran cambio en la concepción de salud al incorporar conjuntamente con los factores biológicos otros pertenecientes a las áreas de la salud mental y la sociedad, como responsables en la conservación

de la salud (Ministerio de Salud, C.C.S.S, 1995). Sin embargo, se considera que esta definición no promueve cambios sustanciales ya que ha presentado dificultad en su operacionalización, al no existir metodologías adecuadas para medir el grado de participación de las dos nuevas áreas incorporadas en la conceptualización de la salud, además de expresar un estado inalcanzable a la finitud del ser humano.

3. Modelo producción social de la salud. A partir de la crítica hecha al modelo multicausal, surge en los años 50's en América Latina, una corriente que trata de romper con la visión salud-enfermedad como un proceso individual y busca ubicarlo en su verdadera dimensión social. Supera la anterior división cuerpo/ mente/ sociedad/ ambiente/, plantea la expresión integrada de estos elementos y cómo se concretan en condiciones de vida particulares (Guzmán Hidalgo y otros, 2000). Este modelo postula que la salud-enfermedad se conforma como un proceso dentro del cual vamos a encontrar a los individuos y grupos sociales en una situación que no es estática, sino cambiante, dinámica frente a las condiciones de vida de las personas.

Es un proceso de naturaleza social puesto que está determinado por factores de índole biológico, económico, político y cultural estrechamente vinculados, estos inciden sobre el individuo y la colectividad y dan como resultado un perfil de salud determinado. Lo anterior, significa que en determinado momento por la variación de algunos factores determinantes, el perfil de salud puede modificarse negativa o positivamente. En este sentido, la forma de organizar la vida social e individual conlleva a una construcción colectiva de la salud, definida por las condiciones de vida que a la vez definen la calidad de vida de los individuos y de los grupos sociales.

### 3.4 Postulados relacionados con la concepción de salud en el modelo readecuado.

En la propuesta de readecuación del modelo de atención se parte de que la salud puede ser alcanzada mediante aproximaciones sucesivas, en donde se reconocen los vínculos entre el bienestar de las personas, sus estilos de vida y el equilibrio con los factores ambientales. Las personas como seres sociales dependen en todos los fenómenos de la vida de la organización social en que se desenvuelve.

En términos generales aparte de los factores físicos y biológicos del ambiente externo, existen condiciones sociales, culturales, y económicas que influyen sobre el organismo humano y por tanto en la salud de las personas. En este sentido, se puede afirmar que en la práctica la salud de un individuo depende de la forma en que satisfaga sus necesidades elementales de adaptación, lo cuál en gran parte depende de lo que la organización social le ofrece y así mismo de sus actitudes y acciones como agente provocador de enfermedad o fomentador de la salud individual o colectivamente.

Para el caso del presente estudio, se parte de un concepto de salud -entendido como un producto y un proceso social, en el cual intervienen factores de índole biológica, ideológico, cultural, político y económico, que incluyen la dimensión de los servicios de salud en aspectos como la accesibilidad, su organización y la movilización organizada de los recursos. Como producto social en tanto que la salud y la enfermedad en las personas son consecuencia del éxito o fracaso por adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones fluctuantes de su ambiente de vida.

En este sentido se considera la salud como el resultado de todas y cada una de las acciones que realizan las personas (lo que hagamos o dejemos de hacer) individual o colectivamente; es la forma de organizarse tanto de la sociedad en su conjunto, como en los grupos particulares. Es importante destacar que aunque no



existe un nivel último de salud, existe un nivel óptimo por debajo del cuál las condiciones de vida se convierten en una amenaza para las personas y para la población en general.

La salud entendida como un proceso social, es reconocida como un derecho de participación activa de los diferentes actores sociales en las identificación y establecimiento de prioridades de sus problemas y necesidades de salud, lo mismo que en la definición clara de estrategias que se requieren para enfrentarlos dentro de los principios de universalidad, solidaridad, equidad, participación y descentralización que caracterizan la readecuación del modelo de atención que nos ocupa en este caso.

La forma en que se concibe la promoción de la salud, implica el desarrollo de una conciencia sanitaria por la eliminación de factores agresores de la salud o factores de riesgo, así como por la preservación de aquellos que contribuyen a ésta en una tarea que demanda de la participación ciudadana en salud.

#### **3.4.1 La equidad en el proceso de producción de la salud.**

Interesa comentar aquí el tema de la Equidad en nuestro país. Al respecto el Dr. Marcelo Bortman, consultor de la OPS/OMS indica que un estudio realizado por esta institución buscó analizar si los cambios favorables que ha presentado Costa Rica en las dos últimas décadas, se acompañaron de una reducción de la brecha de inequidad interna del país o si fue el producto de una mejoría de los grupos poblacionales que ya estaban mejor. Dicho estudio concluye que las brechas de inequidad entre los cantones en una serie de indicadores básicos de salud disminuyeron progresivamente, ejemplo de ello es el hecho de que mientras que el número de defunciones en 1980 era de 4,8 por cada mil habitantes, 20 años después era de 3,8 por mil. En el mismo período la mortalidad de los niños menores de 1 año disminuyó en un 44,6% y la mortalidad a edades tempranas descendió en un 24%.

Agrega que estas mejoras representadas por expectativas de vida cada vez mayores, son el producto de una combinación de adelantos en las condiciones de vida, incluyendo aspectos tales como alimentación, educación, vivienda, ambiente, seguridad, prevención y promoción de la salud, servicios de salud, entre otros. Pero en la práctica, las mejoras en salud no llegan a todos por igual, señala el mismo autor que de acuerdo con el índice de Desarrollo Social en nuestro país la mayoría de cantones con mayor desarrollo se encuentran ubicados en la zona central del país en los alrededores de San José y una buena parte de los cantones menos privilegiados se encuentran ubicados en las zonas fronteras, a excepción de los cantones de León Cortés y Tarrazú en la zona centro y Abangares en el golfo de Nicoya.

El análisis por grupos de desarrollo mostró que las defunciones por enfermedades cardiovasculares y cáncer fueron mayores en los grupos de mayor desarrollo, algo más marcado pero en sentido contrario ocurrió con las tasas de mortalidad por infecciones y causas externas en donde los grupos menos desarrollados tuvieron tasas más elevadas en 1980, pero las diferencias han disminuido y los índices de desigualdad disminuyen. Otro aspecto importante de mencionar es que un índice relativo de desigualdad de 3,73, indica que entre los cantones menos desarrollados el riesgo de morir por cáncer de útero era en el año 2000 de 373% comparada con los cantones mayor desarrollados, para el año 2000 el exceso de muertes maternas en el grupo de menor desarrollo fue de casi 300% en comparación con la frecuencia en los cantones de mayor desarrollo.

El estudio concluye que a las diferencias entre los grupos se han estrechado progresivamente de 1980 al 2001 en la mayoría de los indicadores de salud, lo que sugiere que las políticas y programas sociales y de salud han logrado enfocar sus acciones a los grupos más vulnerables, y así compensar las diferencias de desarrollo que presentan los diferentes grupos. En este contexto, y teniendo una mejora colectiva de la salud de la población, señala que los desafíos por asumir deberán

orientarse a mantener el grado de equidad alcanzado, continuar las políticas dirigidas a los grupos más vulnerables y profundizar en el desarrollo de los servicios de salud, y priorizar la calidad de la cobertura.

En la propuesta de readecuación del modelo, se reitera el interés de fortalecer e impulsar acciones que favorezcan la toma de decisiones en el nivel operativo y la participación social en el proceso de atención a la salud, de manera que el nivel local tenga la capacidad técnica para resolver con eficiencia, eficacia, equidad y oportunidad los problemas de salud en los espacios–población. Propone desarrollar un conjunto de estrategias que contribuyan a la negociación, concertación y participación de cada uno de los actores sociales. Es de esta manera, como se pretende mejorar las condiciones de vida y salud de los individuos, familias y comunidades.

#### **3.4.2 Atención Integral, continua y con calidad en la prestación de los servicios: punto de partida para el logro de mejores condiciones de salud.**

La atención integral, es el medio a través del cual, en los servicios de salud se pretende contribuir al proceso de construcción social de la salud de las personas y colectividades. A partir de ésta, el modelo readecuado de atención, define el proceso de trabajo desde el punto de vista conceptual, metodológico y práctico.

El marco de la atención integral en salud, vista como un elemento sustantivo para el desarrollo humano, este último se encuentra ligado al desarrollo económico y social de individuos y poblaciones, así como, a la promoción de oportunidades que efectivamente permitan la transformación de las condiciones de vida hacia niveles de bienestar cada vez mejores. De esta manera, la salud se convierte en una necesidad básica y un componente esencial de la calidad de vida que garantice un efectivo desarrollo humano.

En la línea de las consideraciones anteriores, es importante resaltar que el enfoque en la atención integral de la salud involucra el plano de los determinantes (biopsicosociales), todos ellos están interrelacionados, de tal forma que ninguno es un determinante único. Complementariamente, abarca acciones que van más allá del sector salud, para involucrar a otros sectores, instituciones y organizaciones, en el marco de una convocatoria a otros actores sociales, que tradicionalmente no han estado vinculados con los asuntos de salud y deberán sentirse responsables en condiciones similares sobre estos asuntos, por cuanto sus acciones determinan en gran parte, el estado de salud de toda la población. Además, toma como referencia las particularidades ambientales, geográficas, socioculturales e históricas de cada espacio local.

La salud es vista como una responsabilidad de todos y como un derecho. De acuerdo con lo anterior, en la Declaración de los Derechos Humanos, se dice que la salud es uno de esos derechos y en nuestro país se estipula en el Decreto Ejecutivo No.19276-5 el artículo primero: “Que la salud y el bienestar originan derechos y deberes del individuo y de la población en su conjunto y velar por ellos es un deber del Estado y de las personas” (Guzmán, 2000).

La atención integral, entrelaza múltiples componentes en un esfuerzo por brindar una respuesta social con una perspectiva integral e integradora, a la vez, se constituye en una modalidad de organización, que conjuga una gama de factores tales como la tecnología, recursos, personal que determinan un producto capaz de satisfacer una necesidad socialmente definida.

Max – Neef y otros (1986), señalan que las personas son seres con necesidades múltiples e interdependientes, por ello las necesidades humanas deben entenderse como un sistema en que éstas se interrelacionan e interactúan, de ahí que simultaneidades, complementariedades, y compensaciones son características de la dinámica del proceso de satisfacción de necesidades, en su doble condición existencial como carencia y como potencialidad. Las necesidades entendidas como

**carencia** restringe su espectro a lo puramente fisiológico, ésta se evidencia con mayor fuerza y claridad en la sensación de "falta algo"; entendidas como **potencia** en la medida en que las necesidades comprometen, motivan y movilizan a las personas, son potencialidad y pueden llegar a ser recursos.

Dentro de la ponencia que realizan los autores combinan dos criterios posibles de desagregación de las necesidades humanas fundamentales (así las llaman), éstos son: las de tipo existencial conformada por las necesidades de ser, tener, hacer y estar y las de tipo axiológico, en donde se incluyen las necesidades de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad (ver anexo pág. 173). De acuerdo con la desagregación que realizan indican que las necesidades son pocas, finitas y clasificables, son las mismas en todas las culturas y en todos los periodos históricos, lo que cambia a través del tiempo y de las culturas es la manera o los medios utilizados para la satisfacción de ellas.

Desde el punto de vista del desarrollo a escala humana, Max- Neef y otros (1986), indican que el mejor proceso de desarrollo será aquel que permita elevar más la calidad de vida de las personas, además, la calidad de vida de las personas dependerá de las posibilidades que tengan de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales.

Vale mencionar que cada sistema social, político y económico adapta diferentes estilos para la satisfacción idénticas necesidades humanas fundamentales. En cada sistema éstas se satisfacen (o no se satisfacen) a través de la generación (o no generación) de diferentes tipos de satisfactores. Los satisfactores están referidos a todo aquello que por representar una forma de ser, tener, hacer o estar contribuyen a la realización de las necesidades humanas (ver anexo pág. 173). Pueden incluir entre otras, formas de organización, estructuras políticas, prácticas sociales, condiciones subjetivas, bienes y servicios, valores y normas, espacios, contextos,

comportamientos y actitudes; todas en una tensión permanente entre consolidación y cambio. Depende del contexto en que se presente, cada necesidad puede satisfacerse en relación con uno mismo, en relación con el grupo social y en relación con el medio ambiente.

De acuerdo con lo expuesto, en el desarrollo de procesos de atención integral de la salud vista desde una perspectiva de desarrollo a escala humana, orientado hacia la satisfacción de necesidades humanas, plantea la exigencia de un nuevo modo de interpretar la realidad. Nos obliga a ver y evaluar el mundo, las personas y sus modos de andar por la vida de una manera distinta de la convencional.

Desde el punto de vista de vivir y realizar las necesidades humanas fundamentales de manera continua y renovada, parafraseando a Max –Neef, no basta con comprender cuales son las posibilidades que el medio pone a disposición de los grupos y de las personas para realizar sus necesidades, es preciso revisar además en que medida el medio reprime, tolera o estimula que las posibilidades disponibles o dominantes sean recreadas y ensanchadas por los propios individuos o grupos que lo componen, esto es entender las necesidades como carencia y como potencia. El desafío consiste en que políticos, planificadores, promotores y, sobre todo, los actores del desarrollo, sean capaces de manejar el enfoque de las necesidades humanas para orientar sus acciones y aspiraciones.

Es evidente que los procesos de la atención integral tienen repercusiones que van más allá de los límites de un sólo sector, grupo u organización, de ahí que, su implementación no deja de ser vista como una aspiración de la cual no se han considerado todas sus dimensiones. Es decir, en la práctica no se ha logrado brindar una atención integral real, que incluya todos los componentes requeridos tal y como está establecido teóricamente.

El mismo conjunto de determinantes de la salud colectiva, impactan también en la salud individual, si en nuestro nivel de análisis estamos considerando al individuo o bien al grupo familiar. Las personas y sus familias requieren de agua potable intradomiciliar, recolección de basura, disposición de excretas, entre otros aspectos del ambiente domiciliar y también estas condiciones deben estar en el ambiente laboral. Por otra parte, demandan un salario digno, estar asegurados por los montos correctos junto con su familia. Además, su proceso de socialización primaria y secundaria debe desarrollarse en armonía con lo humano, es decir libre de violencia, descalificación. Estas necesidades y condiciones de las personas individuales, además de las inmunológicas, metabólicas y fisiológicas, que son siempre las más reconocidas, son las que deben ser atendidas, no desde los servicios de salud, sino desde el trabajo intersectorial en que debe actuar el Equipo de Apoyo (Castellanos).

El Ministerio de Salud (1997), señala que en nuestro país, es necesario realizar esfuerzos importantes a nivel nacional para operativizar el enfoque integral en salud que se ha planteado. Se requiere de la introducción de cambios dentro de una perspectiva intersectorial e interorganizacional real y dentro de un marco que atienda, no solamente el campo de la atención de las personas, sino también de la atención del ambiente, lo anterior, puede darse en la medida en que explícitamente se dejen definidas y se impulsen las reformas en otras instituciones del sector salud y fuera de éste, no solamente en las instancias Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S.) y del Ministerio de Salud como se ha hecho hasta ahora. Esta consideración es de especial interés, sobre todo si se tiene en cuenta que la atención del ambiente era parte de las funciones del primer nivel de atención, cuando éste era asumido por el Ministerio. Con el modelo readecuado, las áreas de salud no cuentan con personal que atienda el ambiente.

Guzmán y otros (1997) definen la atención integral como “el abordaje de las diferentes necesidades y problemas de salud en individuos, familias o comunidades en una sociedad concreta, que define las condiciones de vida, perfilando un determinado nivel de salud en los grupos sociales que la conforman. Por tanto,

poseen características propias de sexo, edad, de etnia, su propia historia de vida; una particular condición social y económica que caracteriza su entorno, sus condiciones de vida y desde ahí, sus particulares necesidades de salud”.

En este punto es importante comentar que si se consideran los planteamientos de Neef y las conclusiones señaladas en el apartado sobre equidad, podría argumentarse que, aunque las necesidades son las mismas para todas las personas, el acceso y oportunidad de satisfacerlas no es igualitario para todas las personas, en las distintas áreas del país, ello origina desigualdades en salud, esto constituye un desafío para brindar una atención integral con equidad.

Particularmente, en la C.C.S.S., la direccionalidad de las acciones en salud orienta la transformación de las prácticas actuales y tradicionales en las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y la rehabilitación de personas y grupos, ejecutados por los Equipos de Salud, en este caso los ubicados en las Áreas de Salud con el entendido de que es necesario conjugar estos elementos como una de las estrategias para concretar en una práctica la atención integral. Dicha labor debe ser realizada a partir de espacios interactivos construidos, con el involucramiento de los EBAIS, la comunidad y otros actores sociales que participan en su gestión. El fin último, es ofrecer servicios de salud humanizados, con base en la calidad, eficacia, eficiencia, oportunidad, continuidad e integralidad, para lograr el mayor bienestar de la población.

En concordancia con las consideraciones anteriores, para que la atención integral en salud sea efectiva, es necesario realizar cambios en la organización social del trabajo, la relación entre usuario(a) y prestatario(a), en los actores involucrados y la direccionalidad en las acciones en salud. Para ello se requiere de modificaciones en el nivel de la gestión macro política estatal e institucional (cuyo análisis no será objeto de estudio en la presente investigación).



En el nivel de micro gestión, se requiere de cambios estrechamente vinculados con los procesos internos en la organización del trabajo, el trabajo interdisciplinario, la incorporación de la participación social y esfuerzos de integración a los cuales se ha hecho mención en el desarrollo de los apartados anteriores.

### 3.4.3 La participación social en salud:

La participación es un proceso inherente al ser humano, le permite ser parte de algo. Las condiciones en que se da esa participación, puede facilitar o limitar el desarrollo personal en el medio social en el que la persona se desenvuelve.

El término participación lo define el diccionario como “tener o tomar parte en una cosa”. En esta acepción del término, que es bastante común, se entendería que cualquier persona puede participar en eventos que afectan positiva o negativamente la dinámica social, económica, psicológica o cultural de la comunidad, con la cual está relacionada (Villalobos, 1994).

La Organización Panamericana de la Salud, define la participación social como un proceso de participación activa, organizada, concertada y negociada de todos los actores sociales, que consiste en identificar problemas de salud, establecer prioridades, planear estrategias para obtener mejor salud, desarrollarlas y evaluarlas.

Pueden identificarse tres formas de participación:

- **Participación como contribución**, es la que realiza la población en programas y proyectos establecidos. Estas contribuciones pueden ser con materiales o con trabajo concreto.
- **Participación como organización**, se realiza mediante la acción de algún tipo de grupo u organización de la comunidad para manifestar sus intereses. Éstos son estructuras sociales indispensables en los procesos participativos.

- **Participación como delegación** de facultades: tiene que ver con la toma de decisiones y puede darse en cualquiera de las formas indicadas anteriormente. Está determinada por la capacidad de decisión y por la cuota de poder que logren los actores participantes (González, 1995).

Por su parte, la propuesta de readecuación del modelo de atención define la participación social como el proceso mediante el cual las comunidades se organizan, establecen sus necesidades y prioridades e intervienen sobre la realidad para conseguir un mayor bienestar. Resulta así, que la participación es un medio que permite la corresponsabilización de la población en la búsqueda de soluciones a los problemas que afectan su propia salud. Esta participación debe ser propiciada mediante la apertura de espacios de discusión y análisis de aquellos problemas que los afectan.

En consecuencia, la participación, ha sido incluida como política de la Caja en el reglamento del seguro de salud, artículo 55, inciso a y en el artículo 57 del mismo documento. El componente de Participación Social del modelo readecuado, elaborado ya de forma específica por la sección de Trabajo Social y asumido oficialmente por la institución, la considera como un proceso inherente al ser humano, en el que los actores sociales directamente o por medio de sus representantes, intervienen en la toma de decisiones en todos los niveles de actividad social y de las instituciones sociales, mediante acciones colectivas, sustentadas en un proceso educativo, con el fin de lograr la transformación de su realidad en una superior a la presente.

Esta participación, contempla el tener capacidad para influir en las decisiones que afecten los intereses colectivos y debe considerarse como un proceso que implica distribución del poder, que considera, desde la negociación misma de la participación, hasta el control de la situación, en cuyo caso puede hablarse del máximo grado de participación: la toma de decisiones.

La negociación es considerada como un proceso que puede permitir a los actores sociales analizar y hacer compatibles las distintas razones, intereses y actuaciones de su participación en la resolución de situaciones complejas, además de lograr acuerdos duraderos que sean respetados en el tiempo como base de una cooperación de beneficio recíproco. Lo anterior, implica la apertura de espacios de reflexión y concertación social entre los actores involucrados para el beneficio mutuo en donde las estrategias de comunicación son muy importantes (M. S. - C.C.S.S., 1995).

El proceso de participación cuando comprende la toma de decisiones es una participación consciente desde el reconocimiento de las situaciones que se van a enfrentar, la priorización y la selección de alternativas de intervención, hasta la planificación de las acciones, su seguimiento y evaluación.

Ruiz (2002), señala que el tema de participación social tiene un primer lugar de importancia política frente a los problemas de gobernabilidad y a procesos como la reforma del estado y el fortalecimiento de los gobiernos locales. Agrega que la participación en salud vincula con la construcción de la ciudadanía y el fortalecimiento de la vivencia, defensa, y exigibilidad de los derechos humanos, elementos que le dan relevancia social y política a la vez.

En el espacio de lo local, se espera se concrete la participación, en el se manifiestan las identidades culturales, la diversidad de condiciones de vida, intereses y motivaciones múltiples y cambiantes y se reproducen las relaciones económicas, sociales y políticas. En este espacio, ocurre la expresión de la participación ciudadana y también de la exclusión social y se gesta la desesperanza ó las posibilidades de avance hacia niveles de mayor inclusión, solidaridad y responsabilidad. En la localidad, puede concretarse la vigilancia del cumplimiento de los derechos humanos y de los propósitos y del buen uso de los recursos en la acción pública, ejemplo de ello es la función fiscalizadora que se le atribuye a las juntas de salud (Ruiz, 2002) tema que veremos más adelante.

La participación social en salud, supone entender la salud de una manera tal que creamos en que las personas tienen qué decir, qué decidir, qué hacer, qué vigilar qué evaluar sobre la salud. Una perspectiva integral de la salud vincula la dimensión económica, social, cultural, ambiental e implica todos los saberes, todos los actores, todas las experiencias, todas las voluntades y a toda la gente en sus propias condiciones de existencia (Ruiz, 2002)

Para el caso del presente estudio, se utilizará como base el concepto asumido por la Caja: “la participación social es un proceso de interacción y concertación que se establece, entre la población, la C.C.S.S. y las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, mediante acciones de organización, contribución, y toma de decisiones, en las que prevalecen los derechos y deberes de los participantes y los intereses de todos, para la construcción de la salud en Costa Rica” (C.C.S.S., 1997).

En este sentido, se parte de que los actores sociales (técnicos y profesionales en salud, líderes, miembros de las comunidades, instituciones, organizaciones y fuerzas vivas informales y formales), ostentan una participación activa y comprometida en la atención integral de la salud. Dentro de este contexto, los equipos de salud (multidisciplinarios o interdisciplinarios), deben asumir oportunamente los retos que se generan de la participación social, abrir espacios y colaborar en la negociación entre la comunidad / institución, en la toma de decisiones de todos los procesos de salud, que implican el diagnóstico, programación, ejecución y evaluación.

La forma de organización y respuesta que brinden los equipos en el proceso de gestión que realicen, se constituye en un determinante importante para el alcance de las metas propuestas. Por tal motivo, a continuación se realizará una descripción sobre la atención en salud y algunos elementos por considerar en relación con los antecedentes de la conformación y acción de estos grupos en el campo de la salud, específicamente en la Caja, y el trabajo en equipo.

### 3.5 Atención en Salud y elementos sobre el Trabajo en Equipo.

Desde hace una década aproximadamente en el campo de la salud, se viene promoviendo el trabajo en equipo, como una forma de llevar a la práctica la atención integral de la salud, la participación social y los lineamientos de desconcentración y descentralización administrativa ( C.C.S.S., 1997). El trabajo en equipo, también ha sido visto como un medio para abordar algunos de los problemas que se presentan en la prestación de los servicios y para promover el óptimo desempeño del personal.

La generación de procesos de la naturaleza de los mencionados en los establecimientos de salud, crean nuevas demandas en la forma de organización y prestación de los servicios. Esto impacta particularmente en los procesos de trabajo, si se toma en cuenta que en ellos se ha desarrollado una serie de actividades diversas, propias de las demandas de atención, en las que intervienen diferentes profesiones, tecnologías, en nuevos ambientes laborales y formas de trabajo, que hacen que la prestación de los servicios se torne compleja y heterogénea.

Guzmán (2000), señala que el surgimiento de formas de organización laboral cada vez más especializadas en el sector salud, ha generado una división del trabajo que se traduce en una visión fragmentada de la realidad, según saberes aislados y desintegrados, que definen perfiles y funciones con tareas parciales. Lo anterior, ha dado cabida al establecimiento de territorios disciplinarios difíciles de penetrar, que a su vez, se consideran excluyentes. Esta segmentación de la realidad hace que se perciba a los usuarios, como órganos separados y los servicios como rutinas, así, se pierde la dimensión humana en la prestación, se daña el intercambio efectivo con los y las usuarios(as) y con las diversas disciplinas involucradas en la atención; además, desaparece el compromiso con la población y sus posibilidades creativas.

Desde esta perspectiva y para superar la concepción fragmentada de la atención, en la readecuación del modelo de atención se promueve el cambio de las prácticas, de los valores y las actitudes de los prestatarios de los servicios de salud.

Se destaca un discurso donde sobresale la demanda de un mayor intercambio entre profesiones que participan de la atención y la necesaria labor en conjunto, dando énfasis al trabajo en equipo. Lo anterior implica, la construcción de valores compartidos, reglas para sus actividades y comportamientos, así como, el establecimiento de nuevas formas de relación entre los miembros de los equipos y entre éstos y las usuarias(os).

### 3.5.1 Conformación de los equipos en salud.

Los equipos de trabajo en salud, se han formado por competencias, tienen como punto de unión un determinado objetivo o función, los constituyen personas que por razones inherentes a las tareas o motivos de la organización del trabajo deben actuar en conjunto.

Frecuentemente, la designación de tareas a un determinado equipo de salud, antecede al conocimiento sobre las características de las personas. Se impone una forma de actuar de manera genérica. Cuando se integran como miembros del equipo, las personas tienden a adaptar lo que saben y lo que hacen a sus características personales, eso obliga a la diversidad y a la especialización de las acciones de trabajo. Entre más especializados son los miembros del equipo, mayor son las individualidades y las adaptaciones a las características personales (Motta, 2001).

En la existencia y la acción del equipo, los objetivos del grupo anteceden a los individuales, sin embargo esta situación, no reduce los deseos e intenciones individuales en relación con el trabajo y la carrera o profesión. También en los equipos se presentan expectativas y conflictos, la espontaneidad individual, los accidentes en el trayecto y por tanto, la falta de previsión.

Villalobos (1992), conceptualiza el equipo de salud como: Conjunto de funcionarios con formación profesional o técnica diversa; que labora en el nivel central, regional o local de una institución del sector. Estos funcionarios conociendo de manera general las funciones que cada uno realiza, laboran interdisciplinariamente integrando métodos de trabajo e intercambiando conocimientos, para desarrollar las actividades de atención integral del proceso salud-enfermedad, con el mayor grado posible de eficiencia, eficacia y efectividad, involucrando en sus acciones a la comunidad a la cual prestan sus servicios.

Para la C.C.S.S (1997), el equipo de salud es una forma de trabajo en la organización de la atención en salud, cuyos miembros interactúan en igualdad de condiciones para planificar, desarrollar y evaluar las acciones dirigidas al logro de la salud integral de acuerdo con su ámbito de competencia.

Para el presente estudio, un equipo de salud es la concurrencia de personas de diferentes disciplinas profesionales y/o técnicas, con funciones determinadas para el desarrollo del trabajo en salud que, mediante un aporte colectivo, a partir de percepciones múltiples, pero integradas, proporciona una serie de elementos, que se pretende, puedan orientar la realización de un análisis global, integrado y planificado de las necesidades de la población meta, así como, la ejecución de acciones integrales en procura de proporcionarle mejores condiciones de salud, involucrando en sus acciones a diferentes actores sociales vinculados con la comunidad a la cual prestan sus servicios y los pertenecientes a ella.

Motta (2001), indica que los equipos son formas perfeccionadas de los grupos de trabajo. Poseen todas las ventajas de los grupos, además de crear un espíritu único para el trabajo colectivo, cuya característica sobresaliente es el hecho de que las capacidades y potencialidades de los individuos se ven aumentadas cuando se trabaja en equipo.

Rosales y otros (2001), señala que para que un grupo de trabajadores(as) en el campo de la salud, se constituya en un equipo de trabajo, se requieren de al menos dos condiciones: 1) en el nivel objetivo, debe existir una organización del trabajo que implique que éste se realice conjunta y coordinadamente. De lo anterior, se desprende que el trabajo en equipo resulta del trabajo que se realiza de manera colectiva, conjugada, y dirigido al logro de objetivos de producción o servicio que la institución ha definido de previo. 2) En el nivel subjetivo, el trabajo en equipo, implica el sentimiento de pertenencia y de apropiación del trabajo, es decir, los miembros se sienten autores de su producción y forjadores de modificaciones en el proceso de trabajo.

Entre los requisitos que se señalan para el desarrollo de un verdadero trabajo en equipo se encuentran:

- La definición de objetivos comunes en una discusión libre, seleccionados por consenso o negociación de manera que queden suficientemente claros, sean alcanzables y con una visión integral de sus acciones.
- Existencia de conciencia de grupo. Las acciones que se realizan son el producto de la orientación colectiva, lo que conlleva también a tener un sentimiento de responsabilidad compartida.
- Colaboración mutua: surge a partir de la claridad del objetivo fijado. Los miembros necesitan ayudarse mutuamente, para lograr los propósitos para cuyo cumplimiento se unieron en grupo. Es una relación solidaria, acompañada de sentimientos de generosidad y sinceridad, para que uno, varios o todos los miembros del equipo, alcancen la meta fijada.
- Comunicación efectiva y recíproca para buscar el consenso o aclarar desacuerdos surgidos en el camino del logro de los objetivos y la cooperación para mantener el bienestar general del grupo. Vale destacar



que además de transmitir información, comunicar es también transmitir actitudes, sentimientos, valoraciones sobre el otro o los otros, lo que inevitablemente afecta las relaciones de un grupo. En el trabajo en equipo, los miembros discuten en forma abierta y colectiva los procesos, funciones y responsabilidades, de cada miembro del equipo, reflexionan sobre las mejores maneras de enfrentar en forma exitosa las tareas encomendadas y despliegan iniciativas diversas de ayuda mutua para sacar la tarea. Estos elementos van contribuyendo a crear importantes canales de comunicación y confianza entre los miembros del equipo (Rosales y otros, 2001).

- Desarrollo de la confianza: expectativa de que la otra persona actuará de cierto modo, certeza de que ayudará a resolver un problema difícil, disposición a asumir un cierto riesgo sobre la base de que la otra persona actuará del modo esperado, presencia de una comunicación -sincera y disposición a cooperar con el otro. (Rosales y otros, 2001)
  
- Fomento y apoyo a la creatividad: ante una situación determinada, se brinda la posibilidad de que el equipo y/o sus miembros puedan desarrollar iniciativas nuevas u originales según la finalidad de la situación.
  
- Comprensión e identificación con la misión del grupo y de la institución. Esto permite promover una gestión distinta en el equipo, que tome en cuenta tanto la experiencia como el conocimiento de sus miembros, recibir mayor apoyo para identificar y elaborar propuestas de solución a los problemas que se enfrentan diariamente, elevar la calidad y la eficacia en el desarrollo del trabajo, llegar a tener comprensión global de los procesos, la formación de una mejor idea del nivel de compromiso y desempeño necesario, e identificar y anticipar posibles fuentes de conflicto.
  
- Competencia, aprovechamiento del conflicto y como vía para su resolución, la negociación. Ambiente cómodo.

Lo anterior implica la aplicación de algunas pautas de grupo como son, fomentar la creatividad, atender el interés de los miembros, buen manejo en el empleo del tiempo, la honestidad y claridad, la tolerancia, la flexibilidad, el respeto, el compromiso, la disposición y definición de espacios para el intercambio y la realimentación y la coordinación horizontal.

Lo expuesto, deja ver que el trabajo en equipo constituye un ambiente propicio para reunir habilidades, experiencias y conocimientos complementarios, para responder a retos de distinta naturaleza como el cambio, la innovación, la calidad, la participación social. La unificación de intenciones, para alcanzar un propósito o bienestar, lo convierte en fuente para la potenciación de capacidades hacia el logro de metas a las cuales no podría llegarse individualmente.

Lo anterior, implica la realización de ajustes en cuanto a las actitudes de sus integrantes en procura de la armonía del grupo, así como, el respeto y la aceptación de ciertos requisitos básicos que caracterizan el proceso de trabajo, dentro del cual destacan la responsabilidad, tanto individual como colectiva, considerar las habilidades como complementarias, tener una estructura flexible, el intercambio de informaciones, así como el desarrollo de nuevas ideas y la resolución de problemas.

Villalobos (1992), conceptualiza el trabajo de equipo en salud, como una forma de trabajo interdisciplinario que realizan los funcionarios en los diferentes niveles de las instituciones del sector salud, para brindar una atención integral al proceso salud-enfermedad, con el propósito de lograr un estado de bienestar satisfactorio en los individuos y la colectividad.

En el modelo readecuado de atención, la Caja conceptualiza el trabajo en equipo como una forma de organización para lograr una mayor y más eficiente utilización de los recursos humanos y materiales a partir de la planificación, la coordinación y la cooperación (C.C.S.S., 1995).

El equipo, es considerado como una estrategia para la organización del trabajo, en procura de que la población reciba una atención más integral a los problemas salud - enfermedad que las aquejan. En su desarrollo intervienen diferentes saberes diferenciados y complementarios, para lograr un propósito definido en conjunto. Procuran la adaptación a los cambios institucionales y ambientales. Su relación tiene como base la horizontalidad, el diálogo respetuoso y el intercambio. El fin último, es la realización de las tareas en forma rápida, eficiente y económica, dentro de un clima agradable para todos al generar confianza, cooperación y camaradería. Lo anterior sin dejar de lado que en el desarrollo del trabajo el equipo atraviesa por diferentes etapas, como son:

- De construcción: en la cual se conforma el equipo, se define qué, cómo y para qué, se aclaran dudas, se nombra o selecciona un líder y se adquiere un compromiso.
- De Organización: Se definen metas y tiempos máximos de cumplimiento, división del trabajo según habilidades específicas, se establecen normas de trabajo, se define el sistema de trabajo del grupo, se desarrollan vínculos interpersonales.
- De Integración: se refiere al logro de propósitos, se da una estabilización de la estructura del grupo, el funcionamiento es adecuado, existe espíritu de grupo, y sentimiento de pertenencia, y desarrollo que favorece el cambio.
- De Preparación de reuniones: se elabora una agenda, redacción de actas, asignación de tareas por miembro, definición de fechas límite de cumplimiento, confección de informes periódicos de avance y retroalimentación.

Otro aspecto importante de mencionar es la búsqueda del mejoramiento continuo de la calidad que implica la selección de áreas críticas de trabajo, la definición de problemas, análisis de los determinantes, realizar propuestas de solución, estrategias de ejecución y planes de acción, así como su seguimiento y retroalimentación.

Es importante tomar en cuenta, que las diferentes disciplinas que trabajan en el campo de la salud pueden asumir diferentes modelos de trabajo en equipo, según tres niveles de organización, entre las que destacan el nivel multidisciplinario, en el que las disciplinas hacen un aporte aislado, no integrado, que al final se convierte en una sumatoria de aporte. El otro nivel es el interdisciplinario: Es un nivel que realiza un análisis global de los asuntos, la interacción entre las diferentes disciplinas del conocimiento es real, cada una aporta en forma recíproca, tratando de aclararle a las demás, lo que produce un enriquecimiento conceptual mutuo. Implica la integración de métodos y el intercambio conceptual de los diferentes profesionales y técnicos, que dan como resultado la ejecución de acciones integradas e integradoras a su vez, que por ende van a favorecer la comunidad demandante de los servicios de salud (Villalobos, 1992).

De manera que, trabajar en equipo desde la perspectiva de reforma en salud, implica necesariamente nuevos desafíos, como el romper las murallas construidas entre disciplinas y lograr una visión de conjunto e integrada de los servicios que se brindan a los usuarios(as). Guzmán (2000), señala que el trabajo en equipo interdisciplinario constituye uno de los elementos indispensables para garantizar una verdadera atención integral en salud, tomando en cuenta el hecho de que el proceso salud–enfermedad está atravesado por múltiples determinantes y niveles de integración, por tanto, se puede afirmar que su abordaje también requiere de percepciones múltiples pero integradas que propicien una atención continua y con mayor calidad.

A continuación se destacan elementos teóricos acerca de algunos procesos organizativos que determinan características del accionar en un equipo de trabajo,

dado que interesa profundizar para el caso del presente estudio en los procesos de comunicación, ejercicio del poder, la toma de decisiones, talentos humanos y el cambio organizacional.

### **3.5.2 Algunas consideraciones sobre el proceso organizativo del trabajo en los equipos.**

*La comunicación:* La comunicación vista como una aptitud fundamental a través de la cual interactúan las personas, se convierte en un elemento esencial para el desarrollo del trabajo entre los miembros de un equipo. Hodge y Johnson (1975), la conciben como un intento de obtener la más completa y exacta comprensión posible entre dos o más personas. En este acto se intercambia información, ideas y sentimientos; puede fluir en cualquier dirección en la organización y darse en forma directa o indirecta por medios orales, escritos, u otros.

Entendida como un proceso de relación, la comunicación cumple las funciones de informar sobre un hecho o acontecimiento a los involucrados. Es importante que la información transmitida sea pertinente, es decir, que responda a las necesidades y objetivos del equipo, debe estar disponible cuando se ocupa o se requiera (oportuna), clasificada y distribuida equitativamente. Además, cumple la función de promover la acción necesaria para ejecutar las misiones de la organización y los objetivos del equipo. La calidad de la comunicación permite iniciar y continuar una acción, de la misma manera la modifica o la detiene.

También cumple con el propósito de facilitar el contacto entre los miembros del equipo o con otras personas, en este sentido la comunicación tiende a suavizar las situaciones que podrían ser tensas o embarazosas al posibilitar la conversación acerca de diferentes temas que interesan a los involucrados.

Finalmente permite persuadir para cumplir con objetivos de grupo, para que se acepte una sugerencia, para convencer de que determinada acción es deseable y en general, para encauzar el comportamiento de otros en determinado sentido. Lo anterior implica que quien persuade debe crear cierto interés en las partes afectadas y brindar un estímulo para la acción.

Para lograr la comunicación los canales utilizados pueden ser de tipo formal e informal, Chiavenato (1993).

En el canal formal el grupo u organización transmite el mensaje a través de medios establecidos explícitamente, tales como: un procedimiento, reuniones programadas, elaboración de documentos, cartas, formularios o informes.

En el canal informal, la comunicación es desarrollada espontáneamente a través de la estructura informal y fuera de canales de comunicación formales establecidos por el grupo o la organización, como por ejemplo los "chismes o rumores". Generalmente en ella se transmiten mensajes que pueden no estar referidos a las actividades del conjunto o estructura a la que pertenecen.

En ocasiones, los mensajes enviados por estos canales sufren deformaciones y pérdida de sus perfiles, debido a la asignación de significados impropios y los errores de información, lo que crea posibles problemas u obstáculos en la comunicación. Para el caso del presente estudio se mencionan tres desviaciones que obstaculizan o colapsan el proceso de comunicación, éstas son: omisión (ocurre cuando se suprimen, cancelan o cortan aspectos de los mensajes ya sea por la fuente o por el destinatario, lo cual impide que la comunicación sea completa, o hace que su significado pierda la esencia); distorsión de la información (alteración, desfiguración o modificación del sentido de los mensajes lo cual afecta y modifica el significado original, es propensa a ocurrir tanto en las comunicaciones horizontales como en las verticales); sobrecarga de la información (volumen o cantidad de información muy

grande y sobrepasa la capacidad personal de procesamiento del destinatario, debido a lo cual se pierde gran parte de ella o se distorsiona su contenido, igualmente conduce a otros mecanismos de tramitación y ajuste por parte de la organización o grupo).

Además, es importante tener en cuenta que en las organizaciones las comunicaciones son transacciones entre los individuos. A pesar de que sean escritas o transmitidas, el comunicante es identificado como individuo, ello lleva a que el proceso de comunicación y sus funciones se vea interferido por las características estereotipadas que se le asignen a la persona comunicante, que pueden ser negativas o positivas con un potencial igualmente impactante en el deterioro o actividad del proceso de la comunicación.

No obstante, algunos medios de corrección sugeridos son: la retroacción, la comunicación personal, considerar al receptor, reforzar mensajes orales a través de la forma escrita, así como dedicar tiempo y esfuerzo para crear un buen programa de comunicación.

*El Poder:* El poder tiene sentido cuando se ejerce, una persona o grupo no tiene el poder aisladamente, sino que está en relación con otra persona o colectividad. Las partes en una relación de poder están ligadas entre sí por dependencia mutua. Esto se observa en las organizaciones debido a que su misma naturaleza exige interdependencia del personal y sus subunidades, esta misma interdependencia, se observa entre miembros de un mismo grupo, cuyas actividades se encuentran vinculadas como totalidad para el logro de un fin institucional. El poder trasciende lo interpersonal y las subunidades.

En las organizaciones burocráticas, el poder suele desarrollarse en estructuras jerárquicas, en donde cada nivel tendría la cantidad justa de poder necesario para cumplir con sus responsabilidades, desde luego muy pocas organizaciones se acercan a este ideal, debido a que existe el desarrollo de patrones informales y las

diferencias personales en el ejercicio del poder adjudicado a un cargo. Éste toma formas distintas y se expresa de diferente manera rodeado de controles y balanzas que emplean la negociación y la persuasión y que a menudo se encuentran en condiciones cambiantes.

Menguzzato y Renau (1991), definen el poder como la capacidad o posibilidad de una persona o grupo de influir o modificar cualquier aspecto o resultado de otros de una organización.

El poder puede ser formal o por autoridad, está dado por el derecho que tienen algunas personas dentro de las organizaciones de tomar decisiones, de dar ordenes y hacer que se cumplan. También puede darse por influencia, éste es un poder no formal que se expresa cuando personas no dotadas de poder formal hacen que otras personas obedezcan sus mandatos.

Molina y Morera (1998), señalan que el poder está estrechamente relacionado con las variables de dependencia e institucionalidad. Una persona, grupo u organización se somete al poder de otra cuando depende del control de la otra para el acceso de información, personas y/o recursos. Además debe darse el hecho de que el individuo grupo u organización que tiene el poder no pueda ser reemplazado.

Entre los medios para ejercer el poder destacan la coerción, la recompensa, el castigo/sanción, el conocimiento y el carisma.

Por otra parte, las razones que justifican el uso de los diferentes mecanismos para ejercer el poder (las fuentes de poder) son: la posición en la estructura organizativa, las características personales, la oportunidad y la experiencia. El poder puede ser ejercido de forma autocrática, descentralizada o distribuida. En la forma autocrática el poder se encuentra centralizado en la autoridad general; en la descentralizada es repartido de modo tal que los niveles jerárquicos intermedios o



incluso inferiores también poseen una parte de poder y la representación distribuida supone una fuerte descentralización de modo que el número de personas que posee poder es alto y en consecuencia éste se halla distribuido al máximo.

La forma del ejercicio del poder puede tener como consecuencia que las personas actúen con cumplimiento y compromiso; con conformidad e indiferencia o; que provoque conflictos y confrontación de intereses.

Es importante que al tratar con incertidumbres críticas un equipo pueda obtener o tratar de obtener poder al desempeñar actividades que carecen de un sustituto comparable dentro de la organización, ejecutar labores que sean decisivas para la generación de servicios, y demostrar su habilidad para generar recursos de importancia para la organización.

Los grupos con poder suelen ser eficaces para influenciar los esfuerzos de otros, la creatividad y la eficacia dentro de un equipo es importante para generar confianza entre sus miembros, poder alcanzar las metas organizacionales y ganarse la credibilidad de los otros, sean estos funcionarios o no de la organización a la que pertenecen.

**Toma de decisiones:** La toma de decisiones de apoyo a la organización para el logro de sus objetivos, abarca todo lo relacionado con la optimización mediante la dirección tecnológica, la organización de la gente y de los recursos de la organización en relación con su medio. Es un proceso racional de generación de objetivos que debe nacer en la base de la organización, grupo y/o demás personas involucradas (por ejemplo la comunidad), de manera que los implicados estén motivados por la participación que tienen en la toma de decisiones. Al mismo tiempo que esa participación los compromete con los objetivos que ellos mismos generaron (González, 1996).

Morera (2001), señala que para decidir se requiere información acerca de las alternativas y sus consecuencias respecto de la consecución de un objetivo. Supone, además, la existencia de varios cursos de acción, distintos y excluyentes, para el alcance de determinado objetivo, de aquí que la información constituya la materia prima del proceso decisorio. En este sentido, tomar una decisión, consiste en elegir la alternativa considerada como la más viable y factible entre diferentes opciones tomando como base diferentes criterios que dependerán del tipo de organización y de la problemática o situación específica. Lo anterior implica identificar y analizar el problema frente a objetivos, diseñar y evaluar alternativas, elegir la mejor alternativa y vigilar la ejecución de la decisión.

La planificación se constituye en un respaldo a la toma de decisiones en tanto que propone un programa por seguir y de esta manera, permite prever situaciones que se alejan de lo establecido. De acuerdo con el tipo de decisiones que se toman, según los niveles de la organización, éstas pueden ser estratégicas: se refieren a decisiones en torno a la relación organización contexto; tácticas: las cuales recaen en quienes ocupan puestos intermedios de jefaturas y; operativas: se centran en los procesos de producción de los servicios y recaen en los profesionales.

Existen decisiones programadas o estructuradas y decisiones no programadas. Las programadas se caracterizan por ser repetitivas y rutinarias, se hace fácilmente debido a que se han establecido procedimientos para llegar a una solución. Implican problemas que se pueden predecir y solucionar por anticipado. Las decisiones no programadas, novedosas y no estructuradas, son aquellas que deben hacerse cuando se presenta una situación inesperada que no está cubierta por una política o un procedimiento.

González 1996, indica que es importante que exista un balance entre las decisiones que son resultado de problemas y las decisiones llamadas "proactivas", que van dirigidas a prever un problema o propiciar un cambio por razones tecnológicas, administrativas, políticas o financieras.

***Motivación y satisfacción por el trabajo:*** Una tarea importante en los equipos de trabajo es conseguir la actuación máxima de sus miembros. En un mundo tan complejo y cambiante como el de nuestro tiempo, se requiere que quienes sirven a la organización se sientan motivados y hondamente comprometidos con el destino del grupo a que pertenecen, de ello depende lograr la adaptación a los cambios de manera efectiva y productiva. M. Fulmer (1983), define la motivación como un concepto que designa los factores que mueven a los seres humanos a alcanzar sus objetivos. Aunque estos objetivos pueden ser establecidos por un grupo, la mayoría de las acciones están orientadas en primer lugar a la satisfacción de las necesidades primarias y, en forma secundaria, a alcanzar los objetivos del grupo. Los trabajadores individuales pueden satisfacer sus propias necesidades personales trabajando hacia los objetivos del grupo.

Es importante tener en cuenta, que la motivación es la fuerza que impulsa a las personas a desempeñarse, en tanto que la satisfacción, describe el sentimiento de contento y de logro que se experimenta después que se ha alcanzado el objetivo. Es decir las personas están motivadas para buscar satisfacción, este último aspecto es importante tenerlo en cuenta desde el punto de vista gerencial dado que, no es posible obtener el involucramiento efectivo de las personas cuando éstas no encuentran satisfacción de sus necesidades en el trabajo.

Entre los factores que se mencionan como motivadores y además son causa de satisfacción en el trabajo, están: el logro de las metas, el reconocimiento de los demás, el trabajo en sí mismo, la responsabilidad y el progreso dentro de la organización, el grado de oportunidad que se le proporcione a la persona para aplicar sus propias ideas y conocimientos, para aprender cosas nuevas y establecer su propio ritmo de trabajo. Además de los factores motivadores al trabajo, también existen factores causantes de desmotivación, entre éstos se encuentran: la falta de

confianza, el renunciar a la responsabilidad, la rutina y las disfunciones del modelo burocrático, mala comunicación y falta de información, la falta de compromiso, el fracaso y la mediocridad constantes, así como la falta de autonomía y libertad.

González (1996), resalta la importancia de que las personas en el trabajo piensen que las metas del grupo, de la sección y de la organización van en concordancia con las propias. La búsqueda de la motivación debe enfocar los beneficios y satisfacer la necesidad de pertinencia y reconocimiento, así como inculcar la seguridad emocional y económica. Agrega que los trabajadores deben escuchar palabras como participación, oportunidad, significado, las que de no escucharse no transmitirán la idea de que ellos son importantes para la organización, y por lo tanto, no se producirá el esfuerzo para la retribución que se espera.

**CAPITULO IV**

**CARACTERÍSTICAS DE LA GESTIÓN DEL  
EQUIPO DE APOYO DEL ÁREA  
DE SALUD DE GUÁCIMO.**

## CAPITULO IV

### CARACTERÍSTICAS DE LA GESTIÓN DEL EQUIPO DE APOYO DEL ÁREA DE SALUD DE GUÁCIMO

En este capítulo se exponen los resultados del proceso de Residencia Práctica con base en el enfoque sistémico a partir del cual se considera al Equipo de Apoyo del Área de Salud como un todo interrelacionado y compuesto por partes interdependientes e interactuantes, forma parte de un sistema más amplio que es el Área de Salud de la cual recibe influencia y a la vez la influye.

El desarrollo de la información obtenida en el proceso de Residencia Práctica se presenta en tres apartados: en el primero se describe la ubicación macro contextual del objeto de intervención, se realiza un resumen del contenido de las condiciones político/ legales que rodean al Área de Salud y al Equipo de Apoyo, sin ahondar en su análisis ya que no es el objetivo del presente estudio, pero es de Interés destacarlo, por la influencia que ejerce en el desempeño del Área de salud y del Equipo de Apoyo específicamente. También se realiza una ubicación del Área de Salud y del Equipo de Apoyo a partir de la descripción de la conformación del Equipo, sus funciones, organización del Área y algunas características, socioculturales y económicas de la zona.

En el segundo apartado se presenta información respecto de los procesos de participación social y el Equipo de Apoyo, con énfasis en la participación de los grupos comunales en la planificación y construcción de la salud y los procesos de negociación en el Área de salud.

Finalmente se presenta un tercer apartado en donde se abordan los resultados obtenidos en el ambiente específico de trabajo del Equipo que viene a representar el dominio en que actúa el Equipo de Apoyo, se desarrollan aspectos relacionados con las metas y valores del Área de Salud, planificación y desarrollo del Trabajo del Equipo y los procesos de organización que ejecuta.

Seguidamente se presenta el medio ambiente general, constituido por las condiciones políticas, sociales y legales que condicionan la gestión del Área de Salud Guácimo y del Equipo de Apoyo.

#### **4.1 Reforma y políticas de salud: Límites de actuación del Área de Salud.**

En este apartado se exponen aspectos generales sobre Reforma y Políticas de Salud en América Latina. Se destacan los lineamientos para Costa Rica, con énfasis en la readecuación del modelo de atención en salud en la Caja Costarricense del Seguro Social, sus características, así como los elementos que configuran el marco político – jurídico que la apoyan.

En las últimas décadas, prácticamente en toda América Latina y el Caribe, los países han emprendido reformas en sus sistemas de salud. Entre las razones que se aducen para estas implementaciones se encuentran: la búsqueda de servicios de mayor calidad, cobertura y accesibilidad y la aplicación de políticas económicas de ajuste que han llevado implícitas, entre otras cosas, una redistribución de recursos y una disminución de los mismos (Brito, 2002).

En este marco, las reformas propuestas pretenden lograr una mayor equidad en los beneficios, incrementar la solidaridad y equidad del financiamiento, mejorar la eficiencia y la efectividad de las prestaciones, elevar la productividad del sector salud mediante transformaciones de la gestión, regular el sector privado para incrementar la eficacia social de sus prestaciones, controlar escaladas de costos y promover sinergias con el sector público (Sojo Ana, 1997).

Aunque existen diferencias en los procesos de reforma que se llevan a cabo en los diferentes países, se presenta una relativa convergencia en las tácticas que se promueven para implementarlas, tales como el impulso de campañas sanitarias y el refuerzo de la atención primaria, la intención de articular un sistema nacional de salud, el fortalecimiento de la descentralización y los sistemas locales de salud, el enfrentar desigualdades de acceso mediante diversos instrumentos complementarios, el énfasis en la atención ambulatoria y en el auto cuidado y la búsqueda de nuevas formas de gestión hospitalaria (C.C.S.S, 1995, Sojo Ana,1997). La preocupación central en el impulso de estas reformas, ha sido la realización de cambios en la forma de la gestión de las políticas, de las instituciones de salud y de la práctica clínica.

González (1988) ubica en tres niveles de trabajo el análisis de los cambios en los modelos de gestión generados por las reformas en el sector Salud de América Latina, estos niveles son:

- ***Nivel de la macro gestión*** (gestión pública), en el que interesa lograr el freno a la expansión del gasto social, la separación de las funciones de financiamiento y provisión, la focalización del financiamiento público hacia los grupos vulnerables y el racionamiento de las prestaciones médicas.
- ***Nivel de la mezo gestión*** (gestión institucional), en donde se pretende cambiar el modelo de gestión de las instituciones, lo cual implica cambios de misiones y funciones, por lo tanto, también cambio de prioridades.
- ***Nivel de la micro gestión*** (gestión en los establecimientos de salud), la cual busca una progresiva autonomía administrativa y financiera, y la descentralización.



El avance de la puesta en práctica de las reformas difiere para cada país. Para el caso del presente estudio, interesa destacar el proceso de implementación en Costa Rica, sobre éste se puntualizará seguidamente.

#### **4.1.1 Proceso de modernización y descentralización del sector salud en Costa Rica.**

A continuación se hace alusión al proceso de reforma del sector salud en Costa Rica, puntualizando en lo correspondiente a la Caja Costarricense de Seguro Social. (Caja) por ser ésta, la institución de interés en la cual se ubica el presente proyecto.

En el caso de Costa Rica, la reforma de sector salud es parte de la reforma del Estado. Se plantea a partir del agotamiento del modelo de atención que hace evidente la necesidad de encontrar una nueva forma de brindar los servicios de Salud. Contribuye a esta necesidad, la crisis de los años ochenta que evidencia con mayor nitidez los problemas de cobertura, de accesibilidad, equidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud. Se mencionan los programas de ajuste estructural como parte de las propuestas de los organismos internacionales para promover un cambio de paradigma; estos programas, pregonan la necesidad de disminuir el aparato del estado y un cambio de rol, más regulador, que prestador de servicios por parte del Estado.

El sistema de salud actual, también es el resultado de múltiples acciones desarrolladas con el objetivo de responder a las demandas sociales, a un perfil epidemiológico determinado y a la política social del Estado. Desde esta perspectiva, la formación del sector salud en Costa Rica, se desarrolla en cuatro etapas, en función del concepto de salud que ha prevalecido, la forma en que se han organizado los servicios y su financiamiento en el país. La primera, inicia a principios del siglo XIX con la aparición de la medicina asistencial, especialmente para las familias más

desprotegidas. La segunda, se ubica en las cuatro primeras décadas del siglo anterior, en esta etapa se reemplaza el concepto de caridad, por el de beneficencia y empiezan a establecerse acciones sistemáticas de higiene y de salud pública.

La tercera, se ubica entre 1940-1970, en donde se institucionaliza y se consolida el Ministerio de Salud y se crea la Caja. El derecho a la salud adquiere rango constitucional al incluirse en la Constitución política en el capítulo de las garantías sociales. La cuarta, inicia en la década de los setenta y se mantiene hasta 1985, es donde se forman las bases de la reforma actual. La primera reforma tuvo como base dos grandes pilares: la universalización de los seguros sociales y la atención primaria en salud.

Es importante destacar que las políticas de salud seguidas a partir de los años setentas concentran los esfuerzos en la provisión de servicios preventivos, actividad asumida por el Ministerio de Salud y la provisión de servicios curativos, a cargo de la Caja, políticas que tuvieron como impacto un descenso en las tasas de mortalidad infantil y un aumento en la esperanza de vida al nacer, con cifras comparables con las de países desarrollados, con niveles de ingreso per-cápita mucho más elevados. El sistema implementado mostró un alto grado de eficiencia en su funcionamiento. Los indicadores clave de salud colocaron al país en una posición de ventaja en comparación con los demás países de América Latina.

Sin embargo, en las dos últimas décadas, el país ha experimentado un proceso de deterioro económico importante, que se manifiestan en una reducción de los aportes del estado al financiamiento del sector salud, con importantes implicaciones en la eficiencia de las instituciones que lo componen, lo que produce que el ritmo del progreso se reduzca, algunos indicadores disminuyeran su tasa de crecimiento y algunos otros incluso empeoraron. Así mismo, se han presentado una serie de cambios relacionados con la constitución demográfica, cambios en el perfil epidemiológico (caracterizado por la coexistencia de enfermedades crónicas que

aumentaron su prevalencia y enfermedades agudas) y una serie de nuevas problemáticas sociales que repercuten en la demanda de los servicios de salud (Ayala y otros, 1993).

A partir de lo anterior, en salud se identificaron algunas limitaciones tales como: la escasez de recursos humanos, físicos y materiales; deficiencias en el abastecimiento que causan un deterioro en la calidad de los servicios que se prestan a la población, distribución desigual del personal (concentrados en su mayoría en área metropolitana y hospitales), deterioro en las instalaciones destinadas a la atención primaria, largas filas para la atención, crisis en el modelo de atención, problemas organizacionales, falta de participación de los usuarios, evasión de pago de planillas, problemas de atención hospitalaria (inadecuada), mayor gasto y menos productividad, e insatisfacción de los usuarios, entre otras. (Ministerio de Salud, C.C.S.S., CENDEISSS 1995, Ayala y otros 1999)

Esta situación de deterioro llevó al Estado a impulsar un proceso de modernización y una revisión de las políticas de financiamiento del sector salud, con el fin de aumentar la eficiencia en la administración de los recursos y se plantean una serie de reformas que requieren de las políticas necesarias para superar las limitaciones.

Dentro de este contexto y en el marco del proceso de Reforma del Estado, trabajadores de la Caja y del Ministerio de Salud, a partir de diferentes diagnósticos del Sistema de Salud, elaboran propuestas encaminadas a resolver sus limitaciones. Así, en diciembre de 1993 es aprobado el proyecto de Reforma del Sector Salud en la Asamblea Legislativa por ley No.7441, que hoy es implementada bajo el nombre de Modernización del Sistema de Salud.

Ana Sojo (1997), indica que la iniciativa nacional de reforma en Salud plantea como principales objetivos el aumento de la capacidad institucional, el rediseño de la organización y del funcionamiento del sistema, y el impulso de un modelo de

atención que pone énfasis en la atención primaria; “específicamente, busca mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos, eliminar la duplicación de programas, reducir los gastos excesivos, lograr equidad, mejorar el capital humano para prestar servicios de calidad, aumentar la cobertura para los grupos de bajos ingresos no asegurados, dentro de los límites públicos disponibles y producir cambios en la administración de los programas, por medio de la adopción de modelos alternativos de prestación de servicios de salud y su financiamiento, así como modificaciones en la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.” (Ministerio de Salud, C.C.S.S., CENDEISS, 1995)

Para cumplir con los objetivos propuestos se pretende fortalecer el Ministerio de Salud, de modo que asuma el liderazgo del sector, en la definición de políticas, así como en el control de las inversiones y la regulación y evaluación de los programas relacionados con la atención a la salud de las personas y el ambiente, trasladar los programas de atención a las personas a la Caja, con el fin de integrar los servicios de prevención, recuperación y rehabilitación, evitando así la duplicación de esfuerzos, descentralizar funciones en los niveles administrativos regionales y locales, crear nuevas modalidades de administración y financiamiento de servicios en salud con participación de terceros como proveedores de servicios, aplicar un modelo readecuado de prestación de servicios de salud a las personas.

Para el logro de los objetivos mencionados, el proceso de reforma del sector comprende la ejecución de lo que se ha llamado un conjunto de componentes, estos son: Readecuación del Modelo de Atención, Rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud, Desarrollo Institucional, Financiamiento, Capacitación del Recurso Humano y Fortalecimiento Institucional del INCIENSA. En la descripción de estos componentes, se detalla en forma precisa las fases de la operativización de los procesos considerados como los más relevantes para cada uno de ellos.

A continuación se presenta una síntesis del contenido de cada uno de los componentes mencionados. Se detallarán los aspectos del Componente de Readequación, base o punto de partida del presente estudio.

***a-Componentes del Proceso de Reforma (Modernización)***

- Readequación del modelo de atención: Se basa en el desarrollo de un modelo de atención integral en salud, que logre de una manera eficiente, eficaz y humanizada, hacer frente a las exigencias y necesidades de salud de la población, a un costo que el país pueda sostener, con un nuevo enfoque y fortaleciendo los principios que sustentan la Seguridad Social.
- Rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud: Al Ministerio de Salud le es asignada la función Rectora del Sector, por lo que sus actividades se encuentran encaminadas hacia la dirección y conducción de la política, vigilancia de la salud, regulación del desarrollo de la salud, la investigación y la mejora tecnológica.
- Desarrollo institucional de la Caja: Trata de fortalecer y desarrollar la estructura y organización funcional para que cumpla eficientemente con la misión de la institución, mediante su readecuación, la adecuación de sistemas operativos a las principales funciones institucionales y el desarrollo de una estrategia de cambio y modernización que garantice una producción de servicios de calidad y eficiencia para la población beneficiaria.
- Financiamiento: Contempla la revisión y replanteamiento de la ejecución de mecanismos que estimulen la afiliación universal, la reducción de la evasión y mejoren la recaudación, con el fin de lograr el equilibrio financiero del sistema de salud, de tal forma que responda a los requerimientos de un sistema estable de protección universal e integral, basados en los principios de solidaridad y equidad (Ayala y otros, 1999).

El desarrollo de los componentes, plantea el impulso de objetivos de cambio que son relevantes como marco contextual de la práctica institucional en la implementación de la gestión, también plantea una serie de desafíos que se requieren alcanzar en la organización y funcionamiento de la reforma del Sistema Nacional de Salud, en la misma línea, Ayala y Otros (1999) y la C.C.S.S. (1997) al referirse al proceso de reforma y readecuación del modelo de atención en salud en el país, anotan que la transformación se dirige hacia una concepción que se caracteriza por el abordaje integral de la salud en los diferentes escenarios donde se desenvuelven las personas. La readecuación del modelo, ubica la ejecución de la reforma en el plano operativo, a partir de nuevas concepciones en el abordaje de la atención a la salud, una reorganización de la distribución de los recursos humanos y de la forma de trabajo.

#### **4.1.2 Readecuación del modelo de atención**

En este apartado se hará mención a la forma de concepción del modelo, sus características y, algunas consideraciones generales respecto de su implementación en el primer nivel.

##### ***a- Enfoque de atención integral.***

La concepción del modelo parte de la aplicación de un enfoque de atención integral, continua y con calidad de la salud de las personas y del ambiente, fundamentada en la estrategia de atención primaria y el fomento de los factores protectores de la salud a nivel individual, familiar y social, con el fin de proteger a las personas y a la comunidad (Marín y Salas, 2003).

La perspectiva de la integralidad, parte de la aplicación de un enfoque biopsicosocial del proceso salud enfermedad; en la atención, contempla la explicación multicausal de los problemas, respuestas holísticas a las necesidades y el abordaje de los problemas de salud no de manera fragmentada o como hechos aislados, sino como parte de un todo conformado por elementos que se interrelacionan entre sí (Marín y Salas, 2003, Ayala y otros 1999).

La continuidad en la atención se refiere al cuidado de la salud de las personas, la familia y la comunidad de manera continua en el tiempo y el espacio poblacional, asignado a un equipo de salud que actúa en diferentes niveles de atención.

Paralelo a lo anterior, plantea lograr un mejoramiento de la calidad de la atención, Marín y Salas (2003), señalan que este mejoramiento se encuentra relacionado con el logro de mayor eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios para lo cual divisa mecanismos organizativos y funcionales tales como: la conformación de equipos de salud responsables de un espacio geográfico poblacional, la planificación estratégica como eje de la gestión, la participación de las comunidades en el proceso de planificación, control y evaluación de servicios, evaluación sistemática sobre la base de resultados y la descentralización de la gestión. La implementación del modelo propone además, la incorporación de procesos de trabajo en equipo y de participación social:

***b- La participación social:***

Con miras a que la salud deje de ser un problema individual y se convierta en una situación de abordaje colectivo, siendo responsabilidad de todos mantenerla, preservarla, y mejorarla en tres áreas importantes a saber: el auto cuidado de la salud, en la ejecución de actividades y en la gestión de los servicios.

El desarrollo del nuevo modelo, exige participación social activa, consciente y con plenos derechos y deberes, estableciendo de manera progresiva espacios de participación en aspectos como: análisis de situación de salud, elaboración y ejecución de los planes de salud, fomento de estilos de vida sana, autocuidado individual y colectivo, y fiscalización y evaluación de los servicios (Marín y Salas, 2003).

***c- Trabajo en equipo:***

El modelo propone la composición de equipos de salud y el abordaje de los problemas en forma multidisciplinaria con el objetivo de evitar “medicalizar” las soluciones o respuestas del sistema de salud (Marin y Salas, 2003). Los aportes complementarios entre sí de los profesionales y técnicos en ciencias de la salud y disciplinas sociales, que conforman los equipos, acompañados de la responsabilidad grupal en el diagnóstico, la planificación y entrega de los servicios de salud, son los elementos básicos del discurso que la reforma ha promovido y constituye uno de los ejes del funcionamiento propuesto.

También destaca en el modelo, la realización de acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Su sujeto de atención deja de ser el individuo, para dirigirse también a la familia, la comunidad y el ambiente.

***d- Principios que orientan la atención:***

Los principios sobre los cuales se fundamenta la propuesta para la prestación de servicios son los siguientes:



- La solidaridad: mediante la cual promueve que la carga financiera se distribuya equitativamente entre los miembros de la sociedad costarricense de acuerdo con las posibilidades de cada persona, familia o comunidad.
- Universalidad: Debe cubrir y proteger a todas las personas de manera integral incorporándolos al sistema con plenos derechos y deberes y sin limitaciones geográficas, sociales económicas y culturales. Para lo cual debe mejorar la accesibilidad, cobertura, oportunidad, eficiencia y calidad de los servicios.
- Equidad: se refiere a la distribución justa de los recursos del sector en lo que respecta a accesibilidad e igualdad de oportunidades a todas las personas, sin barreras sociales, políticas o económicas. El sistema deberá poner énfasis en reducir las diferencias existentes entre los distintos grupos de población, asegurar la igualdad de oportunidades en acceso a la atención integral de la salud, oportuna, eficiente y de buena calidad, para iguales necesidades de los usuarios (C.C.S.S., 1998).

Bajo los principios de solidaridad, universalidad y equidad, se pretende garantizar el derecho a la atención básica de las personas para protegerlas de enfermar y proporcionarles mejores condiciones de vida.

En congruencia con lo expuesto, ha sido concretada una oferta básica de servicios, que debe ser garantizada a toda la población asegurada, en similares condiciones. Esta oferta contempla actividades como: promoción de la salud, atención prenatal, natal y pos natal, vacunación, control y estímulo del crecimiento y desarrollo, anticoncepción y protección sexual, cuidados de nutrición, cuidados buco dentales básicos, vigilancia epidemiológica, evaluación y garantía de la calidad de servicios, y planificación local estratégica.

**e- Niveles de atención:**

Considerando que la demanda en salud es muy diversa y amplia, que se ha diversificado la respuesta tecnológica y de servicios, que existe sobre especialización, así como diversos grados de complejidad en la atención, la oferta de servicios en el país ha sido escalonada en tres niveles de atención que se mencionan seguidamente:

- Nivel primario: A éste corresponde realizar actividades de promoción de la salud, prevención, curación de enfermedad y rehabilitación de menor complejidad. Los establecimientos de salud de este nivel son: CEN-CINAI (a cargo del Ministerio de Salud), Áreas de Salud, puestos de salud, unidades móviles odontológicas, clínica odontológica escolar, clínica tipo 1 y 2 y actualmente las clínicas 3 y 4 para la atención integral.
- Nivel Secundario: Le corresponde apoyar al nivel primario con servicios de prevención, curación y rehabilitación con grado variable de complejidad y especialidad. Corresponde a las clínicas tipo 3 y 4, a hospitales generales (periféricos y regionales) con dependencia de la Caja.
- Nivel Terciario: Concentra los hospitales Nacionales y especializados, con dependencia de la Caja, su área de atracción puede ser una o más provincias, aquí se ubican los servicios curativos y de rehabilitación más complejos que se ofrecen en el territorio nacional. Cuentan con la máxima capacidad resolutive en la atención quirúrgica y con especialidades y subespecialidades de medicina interna, pediatría, cirugía, geriatría y gineco obstetricia, entre otras, además de equipo diagnóstico y de tratamiento muy especializado entre ellos: medicina nuclear, diálisis, tomografía axial computarizada (TAC).

Con el objetivo de acercar los servicios de salud a la población costarricense, propiciar una atención integral oportuna y con un enfoque de riesgo, que garantice la optimización de los recursos existentes, en los procesos de readecuación se ha dado

énfasis al fortalecimiento del primer nivel de atención, entendiendo que si se hace un buen trabajo en éste, las enfermedades posiblemente disminuirán porque se estará trabajando sobre las causas de los problemas por medio de la prevención y promoción de la salud.

Tomando en cuenta que el presente proyecto se encuentra ubicado en el primer nivel de atención, a continuación se destaca algunas características sobre su organización.

#### **4.1.3 Organización del Primer Nivel de Atención (Áreas de Salud)**

En el país, el desarrollo de las actividades en el primer nivel de atención, se organiza en regiones concordantes geográficamente, con base en la división geográfica de MIDEPLAN; cada región se subdivide en Áreas de Salud, con base en la división político administrativa del país y cada una de ellas, en sectores con un espacio de población asignado.

A las Áreas de Salud, se les encomienda como misión, garantizar una atención integral, continua y de calidad a la población adscrita. Su función es la prestación de servicios de salud, mantener o restablecer el estado de salud de la población, adecuar servicios de salud a las condiciones de los usuarios y brindarles un servicio de calidad.

Para su organización, las áreas de salud cuentan con una sede administrativa a cargo de un coordinador o gerente, que constituye su máxima autoridad; un administrador encargado del manejo de los recursos financieros y del presupuesto, un equipo de Apoyo Técnico y un Equipo Básico de Atención Integral de la Salud; estas instancias son las encargadas de orientar las políticas de salud en las Áreas, en este sentido, a la coordinación del área corresponde garantizar una adecuada gestión de las diferentes dependencias del área de salud, mediante la dirección y

conducción de los diferentes programas y la correcta utilización de los recursos asignados con el fin de asegurar la calidad, la equidad y la oportunidad en la prestación de los servicios (C.C.S.S. / OPS,1995).

Se le asignan funciones de promoción, divulgación de las políticas de salud, establecer actualizar y divulgar políticas locales, planificación local en forma conjunta con las instituciones del sector, y colaborar en la redefinición de funciones, actividades y tareas de los diferentes servicios, fomentar el trabajo en equipo en los diferentes componentes del área, estimular la iniciativa individual y grupal, evaluar servicios, analizar resultados de gestión, identificar recursos del área y posibilitar procesos de investigación.

Al Equipo de Apoyo Técnico (EBAIS) le corresponde específicamente, brindar asesoría técnica a los Equipos Básicos de Atención mediante acciones de supervisión, asesoría, planificación, control, seguimiento y evaluación de las diferentes actividades en el área de salud e implementar acciones para la atención integral de la salud en los diferentes ambientes humanos (familiar, comunal, educativo, laboral y servicios de salud), a partir de las demandas de los EBAIS, los usuarios, las prioridades nacionales, regionales, locales, y los recursos existentes para mejorar y mantener la salud de la población. Tiene como funciones: motivar y orientar el desarrollo del trabajo en equipo, participar en el análisis y priorización de problemas del área, identificar necesidades de recursos en conjunto con los EBAIS, participar en la elaboración del plan de salud, promover y participar en actividades de recursos humanos, diseñar y ejecutar programas de educación y comunicación en salud, promover procesos de participación social, promover y participar en procesos de investigación operativos y del área. Las funciones de asesoría, capacitación y supervisión del Equipo de Apoyo hacia los EBAIS se enmarcan desde el paradigma de la atención integral, que parte de la concepción de la salud, como un proceso de construcción social, y que toma en consideración los diversos determinantes del proceso de salud-enfermedad en los ámbitos biológico, económico, ecológico, psicosocial y otros, de los diferentes grupos sociales.

El EBAIS, desde el marco conceptual que se ofrece para la atención integral y las estrategias definidas para lograrla, es el encargado de brindar servicios de salud a la población. Se encuentra conformado por un(a) médico(a) general, un(a) auxiliar de enfermería y un(a) técnico(a) de atención primaria; es el encargado de atender un promedio de 1.300 a 1500 familias (4.000 a 5000 asegurados) residentes en un espacio geográfico determinado. Realiza funciones de atención directa al usuario, actividades de planificación, control, seguimiento, priorización de necesidades y principalmente de promoción y prevención en salud. También le compete resolver situaciones de menor complejidad, así como realizar las referencias a los centros especializados y darle seguimiento, según las indicaciones que se señalen, de ahí que también se ha reforzado el sistema de referencia y contrarreferencia a lo interno de la institución, para brindar la atención, cuentan con funcionarios de apoyo en las áreas de registros de estadísticas en salud y farmacia, además, constituye la unidad operativa básica de las áreas de salud, encargadas de brindar la atención directa a los usuarios.

Sus funciones son: ejecutar el análisis de situación integral de salud del sector, seguimiento control y evaluación de la gestión, identificar necesidades y recursos con la comunidad, promover y participar en actividades de desarrollo de recursos humanos, diseñar y ejecutar programas de educación y comunicación en salud para la población, igualmente promocionar participación social alimentar el sistema de información en salud y participar en investigaciones operativas a fin de orientar procesos a nivel local. El EBAIS se constituye así, en la unidad operativa básica de las Áreas de Salud, encargadas de brindar la atención directa a los usuarios.

El EBAIS, con un escenario de acción más amplio desarrolla sus actividades en las escuelas (visitas escolares), las familias (visitas domiciliarias), los centros laborales, en el establecimiento de salud y en la comunidad en general.

A los Equipos de Salud: Equipo de Apoyo y EBAIS en conjunto, les corresponde atender las necesidades sobre salud de la población según el sector que le fuese asignado.

La atención de la salud en el primer nivel se concreta por medio de una oferta básica de servicios integrales que debe ser garantizada para cada uno de los grupos etáreos, a través del Programa de Atención Integral de la Salud, creado para tal efecto y que se subdivide en 5 subprogramas a saber:

- Programa de Atención Integral al Niño
- Programa de Atención Integral al Adolescente
- Programa de Atención Integral a la Mujer
- Programa de Atención Integral al Adulto
- Programa de Atención Integral al Adulto Mayor

La oferta de servicios, contempla específicamente, el abordaje de aspectos como: el crecimiento y desarrollo, la salud sexual y reproductiva, estilos de vida saludables, morbilidad, mortalidad, servicios de salud, atención pre-natal, natal y post-natal, vacunación, atención de emergencias, salud oral, registro de información, evaluación y garantía de calidad, planificación local estratégica.

Tanto a la Coordinación y Administración del Área como al Equipo de Apoyo y los EBAIS, corresponde realizar actividades de priorización de necesidades, su planificación, programación, control / seguimiento, y evaluación respectiva en aras de satisfacer las necesidades de atención a la salud de la población que atienden mediante la aplicación de diferentes estrategias de gestión.

#### 4.1.4 Lineamientos para la gestión y administración de las Áreas:

Como requisito para el desarrollo del modelo de atención propuesto, la planificación deberá transformarse en un proceso integral y participativo que involucre a todos los actores sociales y los niveles administrativos, a cada uno de ellos con ámbito de responsabilidad bien definidos. Deberá poseer además un enfoque estratégico tal que permita identificar prioridades, actuar sobre ellas y evaluar los resultados específicos; además que subordine los objetivos inmediatos a los de mediano y largo plazo.

El modelo actual plantea propuestas para que la planificación sea flexible y adaptable a cada realidad local, propicia que se desarrollen los instrumentos y tecnologías necesarias para que sean asumidas por los niveles regional y local en sus respectivas áreas de competencia, y que ello se transforme en la base de la formulación presupuestaria, debe incluir al menos los componentes de diagnóstico, priorización de problemas, identificación de sus factores condicionantes, y costo de alternativas de solución, presupuesto, análisis de menor costo y de costo/efectividad. También es preciso incluir en ese proceso el control y evaluación de la gestión, que involucren aspectos como la producción, el rendimiento y el impacto de los programas.

Parafraseando a Marín y Salas (2003), podría decirse que lo anterior implica un conocimiento amplio y detallado, periódicamente actualizado, de los sectores y el Área de Salud bajo su responsabilidad, la elaboración de un plan local de salud, el desarrollo de buenos sistemas de control y evaluación de la gestión, de los resultados obtenidos y de la calidad de los servicios prestados, y un excelente trabajo en equipo.

Es importante mencionar que el impulso de la implementación de la reforma en el país, se realiza desde los diferentes niveles de gestión nacional, mediante directrices generales que orientan la puesta en práctica de la propuesta. A nivel de la gestión

pública, el Plan Nacional de Salud 1999–2004 establece un compromiso para integrar el fortalecimiento de la producción social de la salud en diferentes ámbitos de acción dentro de los cuales se contempla: desarrollo y consolidación del sistema de salud, equidad, universalidad, acceso y calidad de las acciones en salud, mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

En el nivel institucional, concretamente en lo que compete a la Caja, se han señalado una serie de lineamientos expresados en planes generales de atención a las personas, planes estratégicos corporativos y leyes que indican el camino por seguir para cumplir con los objetivos propuestos. El contenido de estos planteamientos serán descritos a continuación.

#### **4.1.5 Políticas y estrategias institucionales para la Implementación de la Reforma: Caja Costarricense de Seguro Social**

En el campo de la Planificación Estratégica de la política institucional, la Junta Directiva, Caja (2001), en su documento Plan de Atención a la Salud de las Personas (PASP), en su fase de análisis de la situación de salud en el país, identificó como problemas prioritarios de atención :

1. En relación con la promoción de la salud, fomentar estilos de vida saludables en aspectos como: el ejercicio físico, hábitos de alimentación saludable, promoción contra el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
2. Según problemas y necesidades de salud más relevantes de acuerdo con su magnitud, severidad, tendencia, percepción social, compromisos del sector y del país: atención a la enfermedad cardiovascular y cerebro vascular, diabetes mellitus, tumores, enfermedades de las vías respiratorias, salud mental,



enfermedades emergentes y reemergentes, enfermedades por virus de inmunodeficiencia humana, VIH/SIDA, enfermedad diarreica, salud materno infantil, causas externas (accidentes de tránsito, agresiones, entre otras).

Entre las principales metas generales de atención en el plan se establecen:

- La reducción del riesgo mediante el fortalecimiento de programas de divulgación, información y educación, en relación con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como en la detección temprana de las enfermedades y su tratamiento.
- Mejora de la Oferta de servicios: mediante procesos de actualización, elaboración e implementación de guías de atención integral, para los diferentes problemas y necesidades presentados en el plan de atención en salud de las personas (PASP).
- Formación y capacitación del recurso humano.
- Información e investigación sobre los diferentes problemas a los que hace referencia el PASP y otros; así como la elaboración de mensajes sobre diferentes temas en salud, sobre los objetivos institucionales e información institucional válida, oportuna, actualizada, accesible y de calidad, que permita la toma de decisiones, con base en la información, paquete de servicios que se desea garantizar a la sociedad y las acciones prioritarias de la institución.

En este sentido, vale también resaltar algunas de las decisiones definidas por la Caja como parte del proceso de transformación institucional que se impulsa, donde la principal decisión estratégica ha sido la adopción de un enfoque corporativo de trabajo. El esquema de organización que se pretende alcanzar se distingue por los siguientes aspectos:

- Alto grado de autonomía a sus unidades de servicio.
- Las diferentes líneas de servicio están vinculadas por objetivos estratégicos corporativos comunes.
- La alta dirección de la corporación, constituida por la Junta Directiva, como cuerpo colegiado de mayor rango institucional, responsable de la aprobación de las políticas corporativas, definidas bajo el liderazgo del Núcleo Corporativo.
- El Núcleo Corporativo, conformado por la Presidencia Ejecutiva y las Gerencias de División, responsable de la definición y ejecución de las políticas corporativas, así como de la dirección estratégica de la Corporación.

Las funciones estratégicas corporativas se caracterizan por tener alcance general, ser lideradas, dar sentido a la misión de la Caja, ser competencias esenciales de la organización, por incluir y afectar a toda la organización, asegurar la coherencia de la visión de la Caja, garantizar la eficiencia en la utilización de los recursos, potenciar las capacidades gerenciales, respetar las competencias de gestión en los diferentes niveles y no competir ni interferir con la gestión local.

Su propósito e imagen de éxito se define en el enunciado de la misión y visión institucional, a saber:

Misión: "Proporcionar los servicios de salud de forma integral al individuo, la familia y la comunidad y otorgar protección económica, social y de pensiones conforme a la legislación vigente, a la población costarricense (Plan Estratégico Corporativo 2000).

Visión: "Ser una institución articulada, líder en la prestación de los servicios integrales de salud, de pensiones, y de prestaciones sociales en respuesta a los problemas y necesidades de la población con servicios oportunos y de calidad en armonía con el ambiente humano (Plan Estratégico Corporativo, 2000).

El Plan Corporativo, pretende facilitar la rendición de cuentas por nivel de gestión, posibilitar una gestión ágil en cada nivel; así como beneficios para los usuarios, mayor competitividad en términos cualitativos, servicios más adaptados a la necesidad de la población y la satisfacción del usuario.

Destaca el recurso humano, como principal activo de la corporación para lograr equipos de trabajo de alto rendimiento y motivación al servicio de los usuarios internos y externos, así como el otorgar mayor autonomía a todos los establecimientos de salud y la desconcentración de todas las unidades institucionales con una organización adecuada a los requerimientos corporativos.

Se han identificado las siguientes funciones sustantivas para la institución, las cuales se deben ejecutar para las diferentes líneas de servicio:

- Aseguramiento
- Financiación
- Planificación Compra
- Provisión

Para orientar el desarrollo institucional se identifican y priorizan diez áreas estratégicas consideradas como medulares: sostenibilidad, contratación interna y externa de servicios, provisión interna y externa de servicios, 4- capital humano,5- desconcentración, 6- investigación y desarrollo,7- servicio al cliente, 8- participación ciudadana y social, 9- vinculación de la caja con las políticas nacionales y de salud, 10- posicionamiento corporativo.

Seguidamente se hace referencia únicamente a las disposiciones legales para el proceso de desconcentración, por ser la estrategia mayormente desarrollada en Áreas de Salud y su vinculación con la orientación de los procesos de trabajo a nivel local.

***a- Desconcentración de Hospitales, Clínicas y Áreas de Salud: Ley 7852***

Para desarrollar el modelo de atención integral y fortalecer la capacidad gerencial de los equipos de salud así como, la calidad de los servicios, la Caja ha impulsado un proceso de desconcentración, a partir de la promulgación de la Ley No 7852 de Desconcentración de Hospitales, Clínicas y Áreas de Salud. Esta ley, da mayor autonomía en el manejo de la gestión presupuestaria, la contratación administrativa y el manejo de recursos humanos a los niveles locales, mediante el otorgamiento de una cédula jurídica instrumental, proporcionándoles de esta forma mayor autonomía y poder de decisión.

Este proceso también incorpora incentivos económicos a la productividad y calidad, con lo que pretende que la institución avance hacia la rendición de cuentas y al mejoramiento de la gestión.

A partir de la desconcentración, la Caja, a su interior, se divide en tres tipos de órganos: financiadores (Gerencia Financiera), compradores (Gerencia Administrativa), proveedores de servicios (Gerencia Médica y proveedores públicos y privados). La lógica de esta reorganización es que ninguna dependencia sea a la vez juez y parte de las decisiones de compra y venta de servicios. La relación de los actores se da entre la oferta y la demanda.

De esta manera, dentro del sistema público de seguridad social se ha incorporado la figura de órganos desconcentrados que venden servicios a la Caja, que es compradora y financiadora de los servicios que prestan los órganos desconcentrados.

Algunas consideraciones generales respecto a la ley son:

- La administración de los entes desconcentrados, estará a cargo de los Directores, quienes deben actuar siempre conforme con los objetivos y

obligaciones señalados en el compromiso de gestión suscrito con la Caja, los reglamentos generales y políticas que emita la institución.

- De conformidad con la ley en mención, los hospitales, clínicas y áreas de salud gozarán de personería jurídica instrumental; en el manejo de presupuesto, la contratación administrativa, la conducción y la organización de los recursos humanos, la utilización de dicha personería quedará sujeta a las disposiciones legales aplicables, los límites fijados por la Caja y el compromiso de gestión.

El compromiso de gestión, es el instrumento ideado para regir la organización de los centros de salud desconcentrados. Constituye una herramienta operativa que funciona bajo una lógica contractual, en la cual se establecen un conjunto de compromisos y obligaciones recíprocas, entre los que financian los servicios de salud (Nivel Central de la Caja) y los prestadores de los servicios (las áreas de salud). Es un contrato de rendimiento, que incluye objetivos de actividad, costo y calidad, sistemas de evaluación y control, un sistema de recursos en función de los resultados alcanzados y un sistema de incentivos para el personal involucrado. Los alcances o grado de tal desconcentración y el régimen contractual de compra y venta de los servicios de salud, se incorporan de esta manera en los compromisos de gestión.

Entre los componentes de la Ley, además se encuentran, la creación de las Juntas de Salud, como entes auxiliares de las unidades de salud, para mejorar la atención de la salud, el desempeño administrativo y financiero, así como la promoción de la participación ciudadana (Artículo N° 2 de la ley).

En este sentido a las juntas de salud se les asigna funciones de control y fiscalización de cada centro, participación en la definición de prioridades y planificación de acciones en salud. Su constitución privilegia la representación de los

usuarios y asegurados del área, los patronos y las organizaciones sociales interesadas en la salud.

Con la creación de las Juntas de Salud, se propicia la participación de la sociedad civil en la vigilancia y control de los centros y áreas de salud; además se promueve el desarrollo de una cultura administrativa de eficiencia y rendición de cuentas en la gestión, respetando los principios de la seguridad social como son: la equidad, la universalidad y la solidaridad.

Es importante mencionar que de los artículos 1,7 y 9 de la Ley 7852, puede deducirse que los órganos desconcentrados tienen una autonomía relativa, no es plena, el grado está determinado por la intensidad o alcances que la institución determine. No obstante cuentan con el aval y la directriz de fomentar la participación ciudadana en los diferentes procesos en forma democrática y abierta.

Paralelo a lo anterior, están las disposiciones legales aplicables, los límites fijados por la Caja y el compromiso de gestión, por lo que el proceso no supone una excepción al ordenamiento jurídico aplicable.

Finalmente, al contar con una personería jurídica instrumental, los órganos desconcentrados están obligados a observar las directrices correspondientes a los lineamientos de la política presupuestaria institucional, los límites cualitativos y cuantitativos que la Caja fije (artículos 7 y 9 de Ley 7852, y artículos 40 y 49 de su reglamento), el plan estratégico institucional, los reglamentos, los fines institucionales, dado que no tiene fines propios y son instrumentos para su cumplimiento (C.C.S.S. 2002).

El proceso de desconcentración es relevante en el proceso de readecuación del modelo de atención si se quiere lograr verdaderamente una atención oportuna y de acuerdo con las necesidades de la población. Los centros de Salud adquieren un

nivel de independencia, poder y responsabilidad, importante al tener la potestad de definir realmente lo que necesitan, y decidir sobre la asignación de los recursos para la satisfacción de sus necesidades.

El nivel de competitividad de cada centro en la realización de su gestión, va a definir su grado de organización y eficacia en el manejo de los recursos y así mismo, los niveles de salud que puedan o no alcanzar las poblaciones que atiende.

La introducción de órganos desconcentrados y el fomento de la participación de nuevos actores en el proceso de prestación de servicios de salud, así como las transformaciones experimentadas a la luz de los cambios generales en la forma de atención, caracteriza el cambio de responsabilidades en la prestación de servicios.

Entre sus rasgos más sobresalientes se pueden mencionar el predominio de la detección, control y seguimiento de las necesidades de los usuarios, con base en políticas institucionales; la priorización de las necesidades, la planificación de las intervenciones, la asignación presupuestaria correspondiente y la coordinación, el control y la evaluación de las acciones, a partir de una gestión activa en los diferentes momentos de intervención.

#### **4.1.6 Ubicación contextual del Equipo de Apoyo Técnico:**

El Equipo de Apoyo Técnico del Área de Salud Guácimo, se encuentra ubicado en la sede del Área de Salud Guácimo, está conformado por siete integrantes, que representan las disciplinas de Trabajo Social, Farmacia, Registros Estadísticos de Salud, Odontología, Laboratorio, Psicología y Enfermería.

El Área de Salud Guácimo, se localiza en el distrito central de Guácimo, cantón número 6 de la provincia de Limón, fue creada como tal en septiembre de 1996. Limita al norte y al oeste con Pococí, al sur con Turrialba y al este con Siquirres.

Territorialmente el Área de Salud comprende un total de 576 kms<sup>2</sup>, la población es de 38.871 habitantes. Se encuentra dividida en 11 sectores de atención, cada uno de ellos posee un Equipo Básico de Atención Integral en Salud (EBAIS) completo (un médico general, un auxiliar de enfermería y un técnico de atención primaria). También cuentan con apoyo complementario de los servicios de Farmacia y Registros Estadísticos de Salud. La atención de las especialidades médicas se brinda en los hospitales de referencia: Hospital Central de Guápiles (periférico), Hospital Tony Facio de Limón (regional) y Hospital Calderón Guardia (nacional).

De acuerdo con el nuevo modelo de atención y la estructura de prestación de servicios, el Área se ubica en un primer nivel de atención y le corresponde realizar actividades de prevención y promoción en salud principalmente sin descuidar la atención a la enfermedad. Las acciones que desarrolla se orientan a sus habitantes y a la comunidad en general, a partir de las cuatro líneas de acción definidas políticamente en el modelo readecuado de atención para la atención en salud de la C.C.S.S., sobre ellas se direcciona todo el esfuerzo, éstas son: el crecimiento y desarrollo, la salud sexual y reproductiva, estilos de vida saludable, y la atención de la morbilidad. Lo anterior se operativiza a través de los 5 programas de atención de las personas definidos institucionalmente:

- 1) La atención Integral al Niño(a).
- 2) La atención Integral al (la) Adolescente.
- 3) La atención Integral a la Mujer.
- 4) La atención Integral al (la) Adulto(a).
- 5) La atención Integral al (la) Adulto(a) Mayor.

Referente a las funciones del Equipo de Apoyo, a éste le corresponde, apoyar técnicamente a los EBAIS e implementar acciones para la atención integral de la salud de los pobladores del Área en los siguientes escenarios: familiar, comunal,



educativo, laboral y de servicios de salud. Asimismo, debe desarrollar acciones de coordinación, promoción, prevención, planificación y evaluación en y con las colectividades que atiende el Área de Salud.

Administrativamente el Área de Salud cuenta con un Coordinador (Director Médico) que constituye su máxima autoridad y un Administrador encargado de la orientación financiera y presupuestaria. Para el desarrollo de sus actividades el Área cuenta con un total de 102 plazas de las cuales, 77 son fijas y 25 corresponden a contrataciones a terceros para brindar los servicios de Registro de estadísticas de Salud, Técnicos de Farmacia y Servicios Generales.

#### **4.1.6.1 Condiciones sociodemográficas, económicas y de salud del Área de Guácimo.**

La zona se caracteriza por ser de clima tropical húmedo, con una economía asentada en el cultivo de maíz, banano, cacao, yuca, ganadería, agricultura y pesca (Ministerio de Salud y otros, 2002). El comercio es reducido, cuenta con algunos almacenes, ferreterías, restaurantes, tiendas y zapaterías. La industria es predominantemente casera, basada en la producción de reposterías, panes y dulces. Su cultura es variada, prevalecen las etnias de origen criollo o blanco, la afro caribeña y la china.

Según datos del ASIS del Área de salud Guácimo (2001-2003) la mayor parte de la población reside en el área rural, predomina la vivienda propia en un 83%, con un promedio de 4 habitantes por casa. El 93% tiene agua potable así como fluido eléctrico. La eliminación de basuras se da por recolección municipal (55%) y las quemas.

En el distrito central se encuentran algunas oficinas de instituciones del estado como son: Instituto Costarricense de Electricidad, Ministerio de Salud, Acueductos y

Alcantarillados, Cruz Roja, Juzgado Mixto del Poder Judicial, Fuerza Pública, Ministerio de Agricultura y Ganadería, Instituto Nacional de Aprendizaje, Ministerio de Obras Públicas y Transportes, la Municipalidad y la Supervisión Escolar del Circuito 04 del Ministerio de Educación Pública.

También se localizan cuatro colegios Públicos, uno privado, una escuela de atención múltiple y la Universidad del Trópico Húmedo EARTH. El alfabetismo llega al 91% de los habitantes. La deserción escolar es de un 0,1%. (ASIS 2001- 2003).

Según los indicadores básicos de situación de salud para Guácimo, 2003, el índice de desarrollo social del cantón es de 47,8%; del total de población (38871) 13666 personas son menores de 15 años; 23710 se encuentra entre los 15 y 64 años y 1495 es población de 65 años y más. La tasa de mortalidad general es de 2,5 por mil habitantes, la mortalidad infantil es de 13,0 por mil nacimientos vivos, la tasa de denuncia de accidentes de tránsito es de 316,4 por cada cien mil habitantes. Los casos de VIH SIDA conocidos en el área son---; la tasa de incidencia de sífilis es de 23.2 y la tasa de tuberculosis es de 12,9, ambas por 100.000 habitantes. La cobertura de tuberculosa BGG recién nacido es de un 82,9%, la de Sarampión-Rubeola Parotiditis ( SRP) es de 101%., y la cobertura de Hepatitis influenzae tipo B (HIB) en menores de un año es de 78,4%.

Como principales causas de consulta en el Área de salud, según datos estadísticos del segundo semestre del 2004, se anotan en orden de prioridad: Infecciones Respiratorias Agudas (I.V.R.S.), Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Dorsalgia y Dermatitis (Departamento de Registros de Estadísticas de Salud, Área de Salud Guácimo, diciembre 2004). Entre los problemas comunales seleccionados según datos del ASIS 2001– 2003) se señalan: falta de infraestructura para brindar servicios de salud, falta de agua potable, aumento de la pobreza, drogadicción, falta de prevención y promoción de la salud, violencia intrafamiliar y mala organización comunal.

## 4.2 Los Procesos de Participación Social y el Equipo de Apoyo

Este segundo nivel de complejidad, tal y como se menciona en el marco conceptual está integrado por los grupos proveedores de legitimidad y autoridad, o que dan apoyo social por el prestigio que tienen, interesa el sistema de grupos de presión como son los grupos organizados de la comunidad y grupos que surgen en eventualidades.

### 4.2.1 Grupos Organizados de la Comunidad

Las estructuras sociales, en este caso los grupos organizados de las comunidades, constituyen una forma de agrupación de esfuerzos mediante los cuales, las colectividades demandan determinados actos y beneficios para la satisfacción de sus necesidades.

Reconocer estas demandas y estructurarse adecuadamente para responder a ellas, le permite al Área de Salud y al Equipo de Apoyo situarse en una posición más ventajosa, en la búsqueda de nuevos recursos y nuevas soluciones a múltiples problemáticas en el campo de la salud que no han sido atendidas satisfactoriamente.

En el Área de Salud Guácimo, la participación social se ha convertido desde hace décadas en un elemento central del discurso político para cambiar la forma de atender la salud, lo que originó el imperativo de revisar los planteamientos teóricos acerca de esta temática y desarrollar estrategias para hacerla realidad. Entre las actividades realizadas se encuentran procesos de capacitación a grupos comunales para la definición y ejecución de sus funciones en el campo de la salud y el desarrollo de talleres educativos en salud para éstos.

El tema de la participación ciudadana representada por los grupos comunales, cobra gran relevancia en la actualidad. Diversas circunstancias han influido en este hecho, en especial el cambio en la concepción de las funciones de Área de Salud

hacia el impulso de los procesos participativos de la sociedad civil producto de los lineamientos de reforma en salud. También el desarrollo de la doctrina de los derechos humanos que ha llevado al reconocimiento de los derechos ciudadanos, de involucrarse en los procesos que le atañen.

En consulta realizada a representantes comunales (comités de salud) indican que la participación de la población en actividades relacionadas con la salud en el Área de Guácimo, ha estado presente desde hace mucho tiempo. Esta participación se ha circunscrito prioritariamente a la organización de actividades como campañas, vigilancia epidemiológica, aseo de centros de atención, la consecución de fondos para el mantenimiento de los puestos de salud, la identificación y priorización de necesidades así como a la elaboración de estrategias con los EBAIS tendentes a solucionar los problemas encontrados. Se deduce, que la forma de participación de los representantes comunales se caracteriza por estar orientada hacia la contribución, la organización y planificación de actividades, lo cual propicia la corresponsabilización de la población en la búsqueda de soluciones a problemas que afectan su salud.

Según revisión del documento de ASIS 2001-2003, en el Área de Salud Guácimo existen organizaciones de diversa índole entre las cuales se encuentran: Asociaciones de desarrollo, comités de nutrición, de cementerio, de agua, de Cruz Roja, Pastorales de la Iglesia Católica, Grupos de Jóvenes Cristianos, Asociaciones de Mujeres Organizadas, Consejo de la Persona Joven. El número de organizaciones y tipo existente puede observarse en el siguiente cuadro.

**Cuadro No 4**  
Organizaciones según naturaleza, existentes  
en el Área de Salud Guácimo  
2001 – 2003

<b>NATURALEZA DE LA ORGANIZACIÓN</b>	<b>TOTAL</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>NÚMERO</b>
Salud	27	Junta de Salud	1
		Comités de Salud	18
		Voluntarios Cruz Roja	1
		Comités Nutrición	7
Educación	57	Juntas de Educación	26
		Patronato Escolar	26
		Juntas Administrativa	5
		De Colegios	
Desarrollo Comunal	28	Asoc. De Desarrollo	23
		Juntas Pro mejoras	5
Grupos Religiosos	16	Pastoral Social Católica,	15
		Protestantes	1
Deportes	9	Comités de Deportes	9
Agua	5	Comité pro-Construcción acueducto	5
Cementerio	7	Comité Cementerio	7
Agricultura	5	UPAGRA	1
		Unión Cantonal	1
		Solidarismo	3
Grupos de Mujeres	5	Asoc. Mujeres	5
Grupos Adulto Mayor	5	Junta Adm. Hogar de Ancianos	1
		Centro Diurno	1
		Grupos comunales	3
Niños y Jóvenes	5	Consejo de la persona joven	1
		Grupos juveniles	3
		Comité Menores con Parálisis	1
<b>Total general</b>	<b>169</b>		<b>169</b>

Fuente: Jarrett Copeland Karen, con base en el documento de ASIS, Área de Salud Guácimo 2001- 2003

En el paradigma de la atención integral, la salud es responsabilidad de todos los actores y sectores de la sociedad, es decir, la intervención en la resolución de problemas de salud, debe coordinarse entre la población, diversas instituciones públicas, privadas y grupos organizados.

Es importante destacar aquí, que el Área de Salud Guácimo cuenta con 18 comités de salud y 1 Junta de Salud como organizaciones específicas en el campo de la salud garantes de la participación ciudadana en la prestación de servicios. La junta de salud se reúne ordinariamente una vez al mes y cada tres meses con representantes de los comités de salud a fin de analizar situaciones problema que les afectan, definir líneas de acción, así como verificar logros y limitaciones en el alcance de metas propuestas por estos grupos.

Para el Equipo de Apoyo la junta de salud se constituye en un grupo que representante de la comunidad a la cual la institución le ha otorgado la tarea no solo de vigilar y controlar el uso adecuado de los recursos, sino también de servir de enlace (vocero de la comunidad) y colaborar para la obtención de los mismos. Al mismo tiempo constituyen una “llamada de alerta permanente” que obliga a prestar servicios de salud con cautela y pertinencia.

La comunicación que el Equipo establece con la junta y con los comités se da mediante cartas y reuniones formales según convoque la parte interesada (el Área, el Equipo, la Junta u otro) para el abordaje de alguna situación específica, en los consejos de Área (en donde participan la dirección médica, jefes de los departamentos y un representante de la junta de salud).

El equipo de apoyo participa con estos grupos (con la junta y los comités de salud) realizando actividades de capacitación, prevención y promoción de la salud, según lo soliciten los interesados o a partir de necesidades detectadas en el cumplimiento de las labores del Equipo.

Así mismo, en respuesta a lo estipulado en el compromiso de gestión 2001- 2003, en el cual, el Área de salud tiene como objetivo fortalecer la planificación estratégica local que oriente la prestación de los servicios, se establece la necesidad de actualización y análisis de la situación de salud (ASIS) y la elaboración del plan estratégico integral de acción en salud. Ambos son trianuales y se realizan con participación social.

Los miembros de los comités de salud entrevistados, informan que en la actualidad, la representatividad de otras organizaciones en el desarrollo de las diferentes actividades en salud ha sido mínima, a pesar de las reiteradas invitaciones abiertas que se realizan a los diferentes representantes comunales. Lo anterior es atribuido al desinterés y conformismo de los pobladores, pues consideran que ha existido apertura (disposición) de espacios para la participación. Es decir a los pobladores de la comunidad se les convoca para que se incorporen a la identificación de necesidades, elaboración, seguimiento y evaluación de actividades mediante convocatorias directas en entrevistas personales, verbales (vía telefónica) y escritas (cartas, volantes, carteles, en iglesias y otros).

Asimismo, se considera que el proceso de análisis y elaboración de propuestas por parte de la Junta de Salud es de avance lento por el poco conocimiento sobre las leyes y reglamentos que rigen la institución, los derechos de los ciudadanos en salud y el alcance de sus competencias como entes representantes de las comunidades.

Los objetivos de la reforma en el sector salud, requieren cambios actitudinales de los grupos que componen la sociedad civil, por ello la participación implica un indispensable proceso de educación y sensibilización, si se pretende lograr un cambio sostenible. No obstante el asunto no resulta ser tan simple, recordemos que la participación anterior de la población se restringía al aporte de recursos materiales y económicos, por otro lado, el estado ha asumido la labor de brindar soluciones a las necesidades de la sociedad civil, esta última ha asumido un rol de espectador encargando a unos cuantos la toma de decisiones sobre asuntos que le competen

sin apoderarse del ejercicio directo de sus derechos, lo anterior puede haber influido en que hoy día, la población manifieste resistencia a formar parte de los diferentes procesos participativos que se impulsan en salud en donde se requiere que ella actúe como protagonista.

#### **4.2.2 Participación de los grupos comunales en la planificación y construcción social de la salud**

En el campo del desarrollo social y la calidad de vida, la salud es un tema central por constituirse en una necesidad básica para el bienestar y a la vez en un medio para alcanzar satisfacciones. El establecimiento de estrategias para impulsar los procesos participativos en la planificación y construcción social de la salud, implica hoy un replanteamiento de las responsabilidades de los Equipos de Apoyo Técnico en las áreas de salud y los grupos organizados, como actores sociales, en el proceso de construcción de la salud, son responsables de procurar cursos de acción en respuesta a sus necesidades en diversos planos de la vida, a partir del reconocimiento y análisis de la situación integral de salud (ASIS) en forma conjunta.

Según refieren los informantes de los comités de salud, la convocatoria a participar en la elaboración del ASIS del Área de Salud, proviene del Equipo de Apoyo por medio de una invitación escrita, que también se divulga a la comunidad a través de carteles y volantes. Mediante la utilización de la técnica del “Juicio Grupal Ponderado” dirigida por el grupo que convoca con los asistentes a la actividad (EBAIS, líderes y miembros de la comunidad), se realiza la jerarquización de necesidades. Posteriormente en grupos de discusión se plantean las alternativas de solución y se identifican los recursos, para culminar con la elaboración del plan de trabajo en donde se establecen los objetivos, responsables y cronograma de actividades.



Respecto a los beneficios de su participación en dicha convocatoria los entrevistados expresan que es positiva por cuanto: “se logra obtener un mayor conocimiento sobre lo que sucede en el Área de Salud”, “es una forma de mejorar e incentivar a la gente”, “se respeta la opinión de todos y se obtienen buenos resultados”, “se participa en escoger problemas y se impulsa hacia adelante lo más urgente”.

En el plan estratégico Triannual del Área de Salud se anotan como principales problemas de salud del área (priorizados con la comunidad) por resolver :

- Falta de infraestructura para brindar servicios de salud,
- Falta de agua potable,
- Aumento de la pobreza.
- Drogadicción,
- Falta de prevención y promoción de la salud,
- Violencia Intrafamiliar.
- Mala organización comunal

En el plan de trabajo del Equipo se consigna el objetivo de participar y dar seguimiento a las estrategias de acción planteadas en el plan Triannual en la búsqueda de soluciones a los problemas identificados, lo cual coincide, con lo manifestado por los representantes comunales entrevistados.

No obstante los miembros de la comunidad señalan la carencia de seguimiento a los planes establecidos, algunos consideran que se cumplen algunos objetivos pero no en el tiempo deseado, otros consideran, que se realizan los planes pero no se continúan. En general se señala que se participa hasta cierto punto, pero los planes inconclusos o su lento avance desmotivan y de esta manera no se logra contribuir a crear mejores condiciones para la salud comunal.

Por su parte los miembros del Equipo de Apoyo señalan, que convocan a la comunidad cuando lo consideran conveniente (elaboración de ASIS, planeación, coordinación de campañas, evaluación del compromiso de gestión, organización de actividades educativas u otras específicas), y la comunidad demanda atención de necesidades que el equipo no les puede resolver (recurso humano, aumento de cobertura, equipo de trabajo, más tiempo de atención). Agregan que esto puede deberse a que no cuentan con la información suficiente sobre la organización y funcionamiento de los servicios y del Área de Salud en general o que desconocen las instancias adecuadas para realizar sus peticiones.

En cuanto a la relación que debe existir entre la comunidad y el Equipo de Apoyo, los entrevistados consideran que debería ser abierta, esto con el objetivo de que conozcan los procesos de trabajo que se dan dentro del Área, las normas de atención y de regulación hacia los usuarios. También se debe determinar qué tipo de relación quiere tener la comunidad con el Equipo, para que se puedan implementar acciones correctivas que vengan a mejorar o fortalecer el servicio que se presta en el Área de Salud.

Esta participación denota que los grupos comunales de una u otra forma participan en el proceso de planificación de acciones para la construcción de la salud en forma parcial, en tanto sólo se participa directamente en la etapa inicial del proceso para la identificación de las necesidades y planteamiento de alternativas. No obstante durante la ejecución, las actividades planificadas carecen del seguimiento y cumplimiento adecuados, lo cual puede deberse al desconocimiento de las respectivas funciones, posibilidades y limitaciones del Equipo de Apoyo y la comunidad. Lo anterior se ve agravado por una convocatoria por parte del Equipo que responde a la necesidad de cumplir con un requisito y no a un verdadero compromiso de trabajo con la comunidad.

#### 4.2.3 Procesos de negociación en el Área de Salud Guácimo.

El abordaje de este punto, se hará tomando como referencia tres movimientos de protestas surgidas en el Área de Salud durante el período de estudio y ocurridas en las comunidades de Pocora, Río Jiménez y Guácimo.

En estos movimientos los manifestantes realizaron el bloqueo a la entrada de los establecimientos para no permitir la prestación de los servicios, en la búsqueda de respuesta a sus peticiones de aumentar el recurso humano, proporcionar equipo, materiales mínimos necesarios y mejorar la calidad en la atención al usuario.

La negociación ha ocupado un lugar importante en las sociedades tradicionales y modernas a través de la solución de numerosos problemas de naturaleza política, comercial, social o personal. De ahí que se pueda decir que todo se negocia y todo el mundo negocia incluidos aquellos que declaren no querer hacerlo o aquellos que lo hacen sin ser realmente conscientes de ello.

Se entiende como un medio para resolver los innumerables conflictos de intereses (en el sentido más amplio del término), entre individuos o grupos de individuos. Los conflictos son inherentes a la vida humana, razón por la cual es importante aprender a manejar las tensiones y resolverlas satisfactoriamente.

De esta manera, la negociación es una vía que toma la sociedad en forma libre y responsable para armonizar las necesidades a veces antagónicas de las personas. Interesa destacar el papel de la negociación en el campo de la salud, porque tanto sindicatos de trabajadores, patronos, asociaciones o comunidad tienen intereses y objetivos diversos, por esta razón, recurren a la negociación como estrategia para promover márgenes o espacios de maniobra y resolver conflictos de forma satisfactoria.

Según refieren los miembros de la comunidad entrevistados, desde el año 1996, la CCSS realizó cambios en la forma de atención a los usuarios, se crearon las Áreas de Salud, cada una de ellas se dividió en sectores con determinado espacio – población; se asignó un Equipo Básico de Atención en Salud encargado de brindarle los servicios de atención integral.

Sin embargo, a pesar de la distribución de recursos, no en todas las comunidades se contó con el personal, la infraestructura, el equipo adecuado y necesario para cumplir con el objetivo propuesto. Entre los problemas mencionados por los miembros de las comunidades se encuentran la carencia de personal (médicos, enfermeras, técnicos) y no sustitución del existente en ausencia de alguno de ellos por vacaciones, reuniones, incapacidades u otros, falta de puestos de salud o avanzado estado de deterioro en muchos de ellos, falta de escritorios, camillas para la atención, salas de espera, materiales de limpieza, papelería y otros.

Por tal motivo, se realizaron reuniones con los EBAIS, luego con el Equipo de Apoyo y el Coordinador del Área, a quienes se les solicitó por medios orales y escritos la solución a dichos problemas. Según refieren los entrevistados, se atendían peticiones, se ofrecían soluciones, el tiempo pasaba y no se resolvía nada. Por tal motivo, convocaron a la Dirección Regional de Salud, que se comprometió a dar solución al problema, sin embargo, los mecanismos utilizados no fueron satisfactorios, debido a que el problema persistió.

Los miembros de las comunidades de Guácimo en un primer momento y luego en conjunto con los SINDICATOS de trabajadores de La Caja representados en el Área de Salud, expusieron la situación a las jefaturas locales (Coordinadores de Áreas de Salud y Dirección Regional) y solicitaron colaboración, pero éstos no demostraron interés alguno en ayudarles, por lo que los representantes de las comunidades (Guácimo, Río Jiménez y Pocora) recurrieron a la realización de huelgas y paros

como medio de presión para alcanzar sus objetivos. Al mismo tiempo, el grupo decidió acudir a la Gerencia Médica de la CCSS, que es el nivel último de decisión en la institución para que atendiera sus peticiones y tomara las decisiones pertinentes.

En un inicio, este nivel les brindó un trato indiferente, pero luego por la persistencia de conflictos y la constancia del grupo, consideraron sus peticiones, e instaron a la Regional y al Área a que iniciaran espacios de apertura y concertación. A raíz de estos antecedentes, se realizaron reuniones en las que, de común acuerdo, se llegó a la conclusión de que existen necesidades y situaciones en el Área de Salud, que no deben demorar en atenderse.

La comunidad solicita la dotación de infraestructura, personal y equipo para mejorar la atención al usuario. Por su parte, la institución está interesada en mantener su legitimidad y credibilidad llegando a acuerdos satisfactorios; para ello asigna recursos según sus posibilidades, al considerar que futuros enfrentamientos van en contra de la atención a los usuarios de los servicios de salud y afectan la imagen institucional.

Al momento de la entrevista, los grupos organizados refieren que periódicamente se realizan reuniones de seguimiento de acuerdos. El proceso de negociación ha sido largo y el cumplimiento de acuerdos ha sido parcial, por lo que siempre hay nuevos puntos que tratar y nuevas peticiones por parte del SINDICATO y las Comunidades.

Cuando no se cumplen los acuerdos suscritos, la contraparte negociadora (SINDICATO y las Comunidades), envían notas con comunicaciones claras y exigencias firmes a los involucrados. Consideran que ciertamente participan de un proceso de negociación y siempre están alertas para atender las demandas. Ha sido difícil que se cumpla lo pactado por parte del nivel central, su proceder es lento, burocrático, y por lo general esperan que no se les cuestione, quieren pasar

desapercibidos o responsabilizar a los niveles inferiores del incumplimiento de acuerdos (Dirección Regional o Coordinador Área de Salud). Lo anterior ha sido causa de frustración para los representantes comunitarios y el Sindicato, constituyendo a la vez un desafío que los motiva a permanecer vigilantes y perseverar en la lucha por la mejora de los servicios de salud de sus comunidades.

En el cumplimiento de su cometido las comunidades y el SINDICATO realizan reuniones periódicas de discusión para evaluar avances de los acuerdos y formular las peticiones pertinentes según necesidades. Consideran que su alianza ha sido de gran utilidad por cuanto las comunidades conocen a fondo los problemas y el SINDICATO tiene un amplio conocimiento del accionar administrativo, lo cual facilita llegar al consenso de grupo y actuar frente a las autoridades institucionales.

Los miembros de las comunidades consideran que de ser necesario volverían a recurrir a los bloqueos para hacerse escuchar.

### **Intereses de las partes involucradas en los procesos de negociación en el Área de Salud Guácimo**

#### **Comunidades:**

- Mejora de los servicios de salud que reciben: puntualidad y oportunidad en la entrega de los servicios, calidez en la atención, educación a la población, contar con el material y equipo necesario.
- Integración de los EBAIS en forma completa en relación con el número de funcionarios que los conforman.
- Extensión de los servicios de salud desplazándose a más comunidades.
- Acondicionamiento de puestos de salud.

**Grupos Sindicales:**

- Mediación en los procesos de negociación referidos a dotación de personal, construcción de puestos, ambiente de trabajo agradable, comodidad en los puestos, ampliación de coberturas, atención directa a usuarios.
- Buscan favorecer a las comunidades y a los trabajadores en asuntos como buena atención, aporte de recursos necesarios.
- Buscan legitimarse como grupo de presión.

**Área de Salud Guácimo:**

- Agilidad en el proceso de obtención de recursos humanos, infraestructura y equipo para mejorar la atención en salud.
- Respuesta a demandas de usuarios y funcionarios, evitar conflictos con las comunidades y con el personal de salud en general y ganar prestigio.
- Mejora en la relación con las comunidades.
- Mejora en las condiciones de trabajo de los funcionarios.

**Gerencia Médica, Gerencia de Operaciones y Dirección Regional:**

- Obtención de información actualizada de los niveles locales, en cuanto a sus necesidades.
- Mejora en la infraestructura de los puestos de salud.
- Manejo del control.

La relación entre las partes negociadoras se ha desarrollado en un proceso dinámico y cambiante, por ello se considera que al inicio fueron rígidas, tensas e inflexibles, pero con el avance del proceso de negociación se dirigen hacia espacios de cooperación, armonía e integración.

Se considera que el equilibrio de poder está compartido entre el nivel central por un lado y Comunidades/Sindicatos por otro (eso es lo aparente), aunque en realidad el control lo tiene el nivel central de la C.C.S.S. que es él que decide en última instancia cuáles recursos se aportan.

Una vez expuestos los componentes relevantes del ambiente intermedio dentro del cual se ubica el Equipo de Apoyo, a continuación se inicia el análisis del micro ambiente, que representa el espacio concreto del objeto de intervención gerencial.

#### **4.3 Organización y práctica gerencial del Equipo de Apoyo del Área de Salud Guácimo.**

De acuerdo con la concepción sistémica que fundamenta la metodología de esta residencia práctica, el Área de Salud Guácimo como sistema se constituye en un todo, organizado por dos o más partes (subsistemas) interdependientes que se interrelacionan de modo dinámico dentro de un marco pertinente, al interactuar con su medio el Área de Salud se encuentra expuesta a sus influencias, es un sistema dependiente no puede existir sin el apoyo de otros marcos semejantes.

En el ambiente interno del Área de Salud, se define el dominio en que surge y actúa el Equipo de Apoyo como subsistema que influye y es influido por el desempeño del Área de Salud en general. En este apartado se presentan los principales hallazgos de la caracterización del componente gerencial de dicho subsistema en los procesos de planificación y coordinación que desarrolla, para ello se consideraron como áreas críticas de abordaje durante la residencia las metas y valores, la planificación y desarrollo del trabajo y los procesos organizativos que impulsa.

##### **4.3.1 Metas y Valores del Área de Salud Guácimo.**

La misión es la declaración del propósito final de la organización, expresa su razón de ser. Mediante ella se visualiza a largo plazo lo que se quiere ser y a quién se quiere servir.

La declaración de la Misión del Área de Salud y la expresada por los Miembros del Equipo de Apoyo se puede observar en el siguiente cuadro:



**Cuadro No.5**  
 Área de Salud Guácimo: Declaración de la Misión 2003

ÁREA DE SALUD	EQUIPO DE APOYO
“Brindar atención integral en salud al individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, garantizando así mismo a través de nuestra institucionalidad calidad y la protección económica a los diferentes grupos poblacionales del Área de Salud Guácimo”. (Memoria Área Salud Guácimo 2003).	“Solventar los problemas de salud de las personas mediante la prestación de servicios de calidad.” La eficiencia y la satisfacción del usuario son lo más importante. ( entrevista realizada a los miembros del Equipo de Apoyo, 2003)

Fuente: Jarrett Copeland, Karen. Elaborado con base en La Memoria Área de Salud Guácimo y entrevista a los miembros del Equipo de Apoyo. Noviembre 2003.

Al establecer la relación entre lo planteado por el Área de Salud y lo planteado por el Equipo de Apoyo, se puede determinar que existe concordancia puesto que ambos consideraran al usuario, sus demandas y la calidad de la atención, como punto de partida para la ejecución de las acciones.

Aunque lo manifestado por los miembros del Equipo coincide con la misión oficial institucional, el grupo no cuenta con una declaración explícita y formalmente establecida, en términos de lo que se quiere hacer y a quién se quiere servir, aunque conocen sobre la existencia escrita de la misión del Área, refieren desconocer su contenido, no la asumen como propia. De lo anterior puede deducirse, que la misión del Área existe porque está impresa en documentos institucionales y el equipo de apoyo es indiferente sobre su contenido. No se ha apropiado de ella.

Los miembros del Equipo indican que trabajan por cumplir funciones y tareas específicas, pero no en relación con una imagen objetivo ( ver anexo pag. 145 ), que les permita establecer las prioridades, estrategias, planes y asignaciones de trabajo; esto puede generar desconocimiento del rumbo que se debe seguir y nunca se logre

alcanzar las metas propuestas, que existan desviaciones en el proceso o que cada cual actúe desde su propia visión, aunque los miembros coincidan en sus apreciaciones respecto de la razón de ser del equipo.

Otra dimensión importante de tomar en cuenta, es la referida a los valores, que para el caso de la presente residencia práctica, serán entendidos, como el conjunto de enunciados y creencias esenciales que deben guiar todo el comportamiento gerencial del Equipo y que éste pretende incorporar en su cultura, (son guías genéricas para la decisión y la acción). En este caso se incluyen las concepciones de los miembros respecto al significado de atención integral, calidad, continuidad en la atención, trabajo en equipo y participación social.

Respecto de la atención integral, los miembros del Equipo de Apoyo coinciden al mencionar que las acciones en este campo involucran: la atención al individuo, (considerándolo como un ser con características biopsicosociales interrelacionadas), la atención a su familia, a la comunidad y al entorno que le rodea, indican que también se debe tomar en cuenta a los y las usuarias(os), el aporte de diferentes sectores, la percepción del usuario como persona con posibilidad de crecimiento al apropiarse de conocimientos y recursos necesarios para mejorar su condición de vida. Para otros también es enmarcar la actuación del Equipo desde los principios filosóficos de la seguridad social (equidad, solidaridad, igualdad), brindar atención preferencial a los grupos prioritarios de acuerdo con las normas de atención y el cumplimiento de parámetros establecidos por la política institucional de la C.C.S.S.

Consideran que prestar atención con calidad significa brindar una atención pronta y oportuna al usuario, escucharlo y tomar en cuenta sus necesidades sin importar su condición social, a ello agregan otros elementos como el buen trato, mostrar interés y compromiso por lo que se hace, la realización de una labor organizada con visión y credibilidad; la utilización constante de controles externos e internos para el seguimiento al problema que le aquejan y lograr su solución satisfactoria.

El Equipo de Apoyo afirma en cuanto a la continuidad en la atención, que ésta se relaciona con la oportunidad e implica entre otros, brindar educación y seguimiento según las necesidades de las personas, para lo cual se requiere miembros del Equipo con capacitación, competentes, con incentivos laborales, organizados, participativos y comprometidos con la labor.

Referente al trabajo en equipo las y los entrevistadas(os) indican que esto significa compromiso, comunicación, colaboración, involucramiento y responsabilidad entre los miembros del grupo. Algunos de las miembras y miembros consideran que trabajar en equipo implica contar con un plan de trabajo, tener interés por los objetivos, disposición hacia el trabajo, motivación, organización, respeto hacia los miembros del equipo, participación en la toma de decisiones y en las actividades que se realizan.

Algunas de las frases que demuestran las concepciones de trabajo en equipo son: “todos somos responsables, el bien es el bien del usuario”, “todos conocen lo que deben realizar”, “de los criterios negativos se obtiene un bien positivo”, “cada uno conoce el perfil de sus funciones”, “los logros se deben a todo el Equipo aunque la coordinación o jefatura del Área emita las directrices”.

De acuerdo con lo expuesto en cuanto a la atención integral el equipo parece considerar los principales elementos que la definen cuando ésta se dirige a un individuo, sin embargo, al considerarla en cuanto a la atención de la familia y a la comunidad, no indican la participación de otros actores tales como otras instituciones gubernamentales, otros sectores productivos, organizaciones no gubernamentales y los líderes comunales, tampoco se refieren a las necesidades integrales en salud.

Cabe destacar que se señala un aspecto de interés especial, al mencionar que para garantizar la calidad de la atención se hace necesario que los equipos dispongan de condiciones de trabajo acordes con sus necesidades y la preparación técnica necesaria.

Al interrogar a las y los miembros del Equipo de apoyo acerca de la participación social como un eje central del proceso de atención en salud, las diversas opiniones brindadas señalan que entre los elementos que componen la participación social se encuentran “la organización comunal y la existencia de grupos organizados tales como juntas de salud y comités de salud”, “el contacto con los miembros de las comunidades para alcanzar metas en conjunto”, “la conveniencia de estar atento y escuchar las necesidades de la comunidad, permitiría conocer los problemas de la gente sin necesidad de reunirse”, se destaca la “necesaria credibilidad frente a los procesos que se llevan a cabo con la gente”, hay expresiones que se orientan hacia reconocer que la participación es un proceso activo que ejerce presión sobre las personas involucradas, incluido el personal de salud.

Las apreciaciones arriba mencionadas, por un lado permiten reconstruir un concepto integral del significado de participación social en donde se destaca una concepción de comunidad activa, como actor social, comprometida, responsable, que determina problemas, con capacidad de organización y presión. En otra dimensión se destaca el contacto con la gente, compromiso con lo que se hace, empatía, responsabilidad compartida, el escuchar a la gente para conocer los problemas y soluciones.

De lo anterior puede deducirse que en conjunto el Equipo de Apoyo aporta suficientes elementos que son indicadores de un concepto amplio e integral sobre el significado de la participación social, éste contempla algunos aspectos por destacar como son: la empatía, sensibilidad, la credibilidad, el respeto, la responsabilidad y el trabajo conjunto en el desarrollo del proceso. Estos señalamientos corresponden con los postulados en el modelo de readecuación de la atención en salud, el cual busca que la salud deje de ser un problema individual y se convierta en una situación de abordaje colectivo, siendo responsabilidad de todos mantenerla, preservarla y mejorarla.

#### 4.3.2 Planificación y desarrollo del trabajo.

Para orientar el esfuerzo del grupo, los miembros del Equipo refieren que parten de las funciones asignadas en el modelo readecuado de atención del Sector Salud. En el libro de actas del equipo 2002 -2003 (instrumento oficial para el registro de información del grupo), se incluye un plan de trabajo, cuyos propósitos principales son:

1. Brindar asesoría a los EBAIS.
2. Desarrollar actividades de capacitación, educación y promoción de la salud.
3. Dar seguimiento a la ejecución del plan estratégico Triannual del Área de Salud.

Se ha definido un espacio para la colaboración en proyectos específicos impulsados por jerarquías superiores (el Área, Dirección Regional o nivel central) tales como campañas de vacunación y programas regionales.

De acuerdo con el desarrollo del trabajo el Equipo participa en la ejecución de actividades como la elaboración del ASIS del Área, la supervisión y capacitación a EBAIS y de educación a las poblaciones meta tal y como se resume en el siguiente cuadro.

**Cuadro No.6**

Área de Salud Guácimo: Funciones y Actividades del Equipo de Apoyo  
Período 2001-2003

<b>FUNCIONES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<p>-Participar en el análisis de la situación integral de salud.</p> <p>-Recolectar, registrar y consolidar información del Área pertinente para el sistema de información en salud.</p>	<p>1- La elaboración del Análisis de Situación Integral de Salud (ASIS). Esta participación se ofrece en dos niveles:</p> <p>a) Con los EBAIS: Facilitador y orientador para la recolección de información estadística de los sectores. Organización de las sesiones de jerarquización de problemas comunales. Elaboración del plan local por sector. Observadores no participantes a las sesiones de jerarquización por sector.</p> <p>b) Consolidación del ASIS con el Área de salud: Colaboración con la coordinación del Área en la recolección de información estadística. Planificación y ejecución de la jerarquización de necesidades del Área.</p> <p>Convocatoria y elaboración del plan local con la comunidad.</p>
<p>-Participar en la elaboración del plan local de salud.</p> <p>-Participar en los procesos destinados al desarrollo de la participación social.</p>	<p>2- Elaboración, ejecución y seguimiento del Plan Estratégico Trianual del Área 2001-2003 (con participación comunal).</p> <p>Colaboración en la elaboración del plan estratégico Trianual del Área.</p> <p>Incorporación en comisiones de trabajo para la ejecución y seguimiento al plan estratégico del Área.</p> <p>Realización de reuniones periódicas con los involucrados, visitas de campo, talleres educativos y sensibilización a los EBAIS y a la comunidad.</p>
<p>-Supervisar y asesorar a los EBAIS en sus funciones a partir de los planes operativos locales y prioritarios.</p>	<p>3- Supervisión y monitoreo a EBAIS</p> <p>Revisión y verificación del cumplimiento de normas y compromisos de gestión</p>
<p>-Participar en investigaciones y en el diseño de programas educativos a partir de las necesidades detectadas.</p>	<p>4- Participación en comisiones de Trabajo del Área.</p> <p>Incorporación de los miembros del Equipo en las comisiones de: mortalidad infantil, vigilancia epidemiológica, expediente de salud, incapacidades, referencia y contrarreferencia, calidad, menor agredido, violencia intrafamiliar, adulto mayor, adolescente, salud ocupacional, relaciones saludables, promoción de la salud, grupo de apoyo técnico, selección y reclutamiento.</p>

FUNCIONES	ACTIVIDADES
<p>-Promover y participar en actividades de desarrollo de los recursos humanos a partir de las necesidades detectadas a fin de mejorar la calidad de la atención.</p>	<p>5- Capacitación directa a EBAIS aplicando planes de inducción a nuevos(as) funcionarios(as) y temas educativos</p> <p>En temas como: Readequación del modelo de atención en salud, compromisos de gestión, promoción de la salud, participación social, análisis de situación integral de salud, funciones de los comités de salud, salud sexual y reproductiva del adolescente, crecimiento y desarrollo en menores de edad, violencia intrafamiliar etc., padecimientos crónicos.</p>
<p>-Participar en el diseño y ejecución de programas de educación y comunicación en salud a la población a partir de las necesidades detectadas.</p>	<p>6- Desarrollo de actividades educativas en el Área, Ejecución de Ferias de la Salud.</p> <p>Promoción de la realización de Ferias de la Salud en los diferentes sectores de EBAIS. Realización de campañas de vacunación, dengue, cólera, malaria y otros.</p> <p>Promoción y ejecución de programas o proyectos en salud impulsados por la dirección regional.</p>

Fuente: Jarrett Copeland, Karen con base en el Manual de Organización de Áreas de Salud 1996, el Libro de actas del Equipo de Apoyo y entrevistas periodo 2001- 2003.

Las diferentes actividades en las que participa el Equipo le permiten tener un conocimiento general de las condiciones, situación de salud y los principales problemas que enfrenta el Área de Salud, lo cual es útil para establecer los lineamientos de trabajo del Equipo de manera congruente con las necesidades identificadas.

Lo anterior concuerda con las funciones que en el modelo readequado de atención de la salud se asigna a los Equipos de Apoyo Técnico en las áreas de salud. Estas funciones son: tener un conocimiento del contexto para su actuación, partir de una planificación del trabajo acorde con las necesidades identificadas por el Área de Salud y las comunidades, brindar asesoría técnica a los EBAIS, capacitación e implementación de actividades de promoción y prevención en los diferentes escenarios humanos: la familia, la comunidad, en el espacio laboral, centros educativos y establecimientos de salud.

No obstante, los miembros del Equipo consideran que existe un recargo en la realización de funciones operativas. Afirman que los otros funcionarios del área de salud a saber: miembros de los EBAIS, personal de farmacia, de redes, enfermería, laboratorio, administración y dirección, no participan en el desarrollo de actividades como se espera, razón por la cual sienten que hacen el trabajo de otras (os) lo anterior, es un indicador de la necesidad que el equipo, como grupo gerencial se aboque a revisar el proceso de planificación del trabajo que se realiza, desde la identificación de metas y la elección de alternativas, hasta la asignación de prioridades o las actividades fundamentales o relevantes que le competen al Equipo.

También se hace necesario que se revise la forma de ejecución de acuerdos, y cómo se involucran los miembros del grupo y otras personas en el proceso de trabajo que se desarrolla.

#### **4.3.3 Seguimiento y Monitoreo de la Gestión del Equipo.**

El equipo de apoyo realiza esfuerzos de seguimiento y monitoreo, como parte de un proceso de realimentación, en el que los integrantes del grupo transmiten información, identifican necesidades, revisan resultados (respecto al cumplimiento de metas y objetivos), emiten recomendaciones e implementan cambios.

En la entrevista aplicada, señalan que la información que se utiliza para realizar las actividades es generada por cada miembro del Equipo mediante mecanismos de registro propios y con base en el plan de trabajo establecido y los acuerdos tomados.

La información consignada es de tipo cualitativa y cuantitativa, anotada en el libro de actas del Equipo sin que existan criterios definidos para organizarla y clasificarla lo que genera mezcla de datos. Es información útil pero confusa por lo que requiere tiempo para ser comprendida.



El análisis de hallazgos relativos al quehacer del Equipo y a la salud de las personas, se realiza mediante la presentación verbal de resultados en reuniones formales e informales del Equipo y lo registrado en el libro de actas. A partir de ello se elaboran informes, se planifican cambios y se emiten recomendaciones escritas a las instancias correspondientes. Cada miembro del equipo emplea la información según sus necesidades. El seguimiento de acuerdos se realiza por subcomisiones, cada una se encarga de cumplir con sus compromisos e informa sobre avances a los miembros del equipo en las sesiones de grupo y al finalizar el año, para elaborar el informe respectivo.

Los informantes indican que en el Área de Salud existe preocupación por el seguimiento y monitoreo a los EBAIS. El coordinador de Área establece una comisión, que verifica el cumplimiento de lo pactado en el compromiso de gestión, con base en los indicadores determinados para tal efecto. Para el Equipo de Apoyo no existe nada formalmente establecido, el Coordinador de Área no se preocupa del avance o las necesidades del grupo, su forma de gestión implica delegación en el equipo, no conoce lo que pasa, no se involucra en los procesos, le interesa la producción y el cumplimiento del compromiso de gestión. Ante esto, los miembros del Equipo se encargan de cumplir su trabajo independientemente de cómo se maneje el área.

Un aspecto importante de mencionar es que aunque existe preocupación entre los miembros del grupo por registrar los datos correctamente, no cuentan con instrumentos pre-elaborados para unificar la recopilación de información y un sistema de registro, programa o base de datos automatizado que facilite el procesamiento, clasificación, archivo y la salida de la información.

La carencia de un sistema de información que facilite el análisis de datos y la determinación de las actividades relevantes o fundamentales por desarrollar, de acuerdo con la posición del grupo y el interés centrado en la producción por parte del coordinador del área, pueden provocar un accionar activista, desgaste a largo plazo y

desviación de las acciones de apoyo técnico que concierne al Equipo como grupo asesor. Por lo anterior, es necesario elaborar instrumentos de recolección y protocolos para actividades prioritarias, privilegiar las acciones estratégicas sobre las operativas, asumir una posición más estratégica para su ejecución e integrar al coordinador del Área con una visión multidisciplinaria.

#### **4.3.4 Procesos organizativos del trabajo.**

##### **4.3.4.1 Comunicación**

Los miembros del Equipo manifiestan que a través de la comunicación se organizan y coordinan actividades para lograr los objetivos. La forma de comunicación utilizada con mayor frecuencia es la verbal, señalan que “se informa, se puede ampliar o explicar, se promueve la acción, se facilita la labor de Equipo, más rápido se hacen las cosas”. “También permite persuadir para cumplir con los objetivos del grupo e involucrar más a los miembros del Equipo y comprometerlos”.

Los canales más utilizados para la comunicación son: el teléfono y las reuniones, no obstante, éstas últimas no se realizan periódicamente, sino cuando el grupo requiere con urgencia poner puntos en común, planear o por convocatoria del director a Consejos de Área y en muy pocas ocasiones para el seguimiento de las acciones planificadas. Esta forma de comunicarse presenta algunos obstáculos: omisión y distorsión de información, olvido de lo analizado o acordado, cuando no se realizan anotaciones adecuadas y completas en el libro de actas.

Los miembros coinciden en mencionar que los obstáculos en la comunicación ocurren por cuanto el equipo no cuenta con un canal formal de comunicación. En un ambiente laboral informal se facilita el acceso a medios de comunicación informales, se complica el abordaje de los problemas con verdades a medias, “chismes” y puntos de vista imprecisos, sin el adecuado espacio ni tiempo para el tratamiento óptimo de

los problemas principales. En cualquier circunstancia que el equipo requiera, debido a lo relativamente pequeño del grupo, se comenta entre corredores y pasillos, generando incertidumbre y opiniones encontradas, sin el espacio adecuado para resolver y comentar sobre las situaciones de manera integral.

#### **4.3.4.2 El poder**

El ejercicio del poder en relación con el Equipo de Apoyo puede visualizarse en dos sentidos: a) la autoridad ejercida por las estructuras jerárquicas del Área y los niveles superiores, que tienen un poder formal, derivado de la autoridad que da el cargo, expresado en la responsabilidad que tienen dentro de la organización de tomar decisiones, dar órdenes y hacer que se cumplan; estos niveles mantienen el control al acceso de información, a los recursos materiales para trabajar y la comunicación con las personas y b) el ejercido entre los miembros del Equipo, cuyas acciones se encuentran enlazadas para el logro del fin institucional, vinculados entre sí por dependencia mutua o afinidad.

Los miembros del Equipo, coinciden en señalar que al interior del grupo todos participan en el ejercicio del poder, el grado de participación de los miembros es gradual desde los que intervienen activamente en determinados momentos, hasta las actitudes que son descritas como indiferentes, pasivas, esquivas, evasivas, negativas y la no participación en absoluto.

Esta variación en el grado de participación depende de:

- a. La experiencia y el manejo de la información, según indican, intervienen con mayor frecuencia los que “saben más de qué se trata” y “tienen más años de estar”, “ tienen claridad sobre el rumbo por seguir”,
- b. Los(as) miembros del Equipo afirman que el ejercicio del poder se da por el conocimiento del tema: “según el tema que se trate, por ejemplo si es algo de

farmacia, la farmacéutica interviene y dice qué se puede hacer o la mejor forma de hacerlo”, “si es en relación con la comunidad o con los usuarios, Trabajo Social o Psicología”; si es vacunación, enfermería. En este sentido la participación se encuentra relacionada con el conocimiento experto o profesional de cada disciplina involucrada”, Se mencionan tres miembros del grupo que participan indistintamente del tema que se trate, éstas son: Trabajo Social, Registros de Salud y Farmacia.

Las(os) entrevistadas(os) consideran que el ejercicio del poder dentro del Equipo de Apoyo no es centralizado, sino que se encuentra distribuido porque todos(as) tienen posibilidad de opinar y lo hacen. Además de que cada integrante aporta al trabajo del Equipo diversas fuentes de poder tales como el conocimiento profesional y la experiencia.

Interesa destacar que el Equipo manifiesta que la acumulación de las funciones operativas en algunos departamentos impide que se puedan involucrar activamente en las actividades que les competen. Por ejemplo, indican que algunas jefaturas tienen la posibilidad de dejar subalternas(os), encargadas(os) del departamento respectivo para salir y poder participar en reuniones o en labores de monitoreo; sin embargo, en otros departamentos esto no es posible y participar en actividades del Equipo implica acumular el trabajo propio del departamento.

En este sentido, las(os) miembros(os) del Equipo afirman que no cuentan con el tiempo necesario para cumplir a cabalidad con las funciones, situación que se agrava por el hecho de que la coordinación del área no facilita procesos mediante el nombramiento de sustitutas(os) y, por el contrario presiona al grupo para que brinde respuestas inmediatas a las diversas demandas emergentes.

#### 4.3.4.3 Toma de decisiones

El proceso de toma de decisiones tiene relevancia por cuanto incide en el alcance de las metas y propósitos del Equipo; las acciones que con base en ellas se realizan, repercuten, en forma directa sobre las personas que acuden a los servicios.

Es importante que los miembros del equipo estén motivados por la participación que tienen en la toma de decisiones, al mismo tiempo, esa participación los compromete con los objetivos que ellos mismos generaron. Como se mencionó en el apartado de planificación y desarrollo del trabajo, el Equipo de Apoyo Técnico del Área de Salud Guácimo participa en las diferentes actividades de reconocimiento de la situación de salud del área y en la elaboración de alternativas de intervención ante los problemas identificados. Los miembros del equipo refieren que ello los compromete y motiva a participar en la ejecución de las actividades para el alcance de los objetivos propuestos.

No obstante lo anterior, manifiestan que en la etapa de revisión y seguimiento de las intervenciones, la toma de decisiones se caracteriza por ser improvisada, no responde a un plan del Equipo, sino que responde a la demandas inmediatas del nivel central de la C.C.S.S o de superiores, Dirección Regional de servicios de salud y el coordinador del Área. A este último, para cumplir con lo pactado en el compromiso de gestión, le interesa la producción de servicios y la atención de otras eventualidades, como las campañas de prevención (dengue, malaria, vacunación, entre otras). En este sentido, el plan Anual Operativo del Equipo y lo planificado a partir del ASIS del Área pasan a un segundo plano. Ello contradice los postulados de reforma para el primer nivel de atención, los cuales indican que tanto el Área de Salud como el Equipo de Apoyo, deben partir de la definición de problemas, necesidades y respuestas locales en salud para la realización de sus actividades y la planificación estratégica como marco para la acción.

Sirve de ejemplo de lo anterior los siguientes comentarios de los entrevistados: “Por realizar el trabajo de otros no cumplen con sus metas”; “El trabajo se recarga”; “No existe orden, así no se puede trabajar”; “El planeamiento sin resultados es desmotivante”.

De lo anterior puede deducirse que la frecuencia de decisiones tomadas sin estar consideradas y estructuradas por el Equipo y las comunidades, puede provocar “cuellos de botella”, trabajo excesivo y carga de trabajo que llevan al desorden y al caos; consecuentemente, quedan insatisfechas las necesidades de los usuarios e inconclusas las metas del Equipo. Lo anterior inhibe la creatividad entre los participantes y genera frustración, a la vez, forja descontento y apatía entre la población, atentando contra la participación social en el proceso de producción social de la salud en la atención integral.

#### **4.3.4.4 Motivación y satisfacción por el trabajo**

Lograr la participación y los aportes de sus integrantes es una de las tareas más importantes de un equipo de trabajo. La motivación y el compromiso con las metas del equipo son determinantes para lograr la adaptación a los cambios de manera efectiva y productiva.

Existen factores que mueven a las personas a alcanzar objetivos. Una vez alcanzados, la satisfacción describe el sentimiento y logro que se experimenta. Esto último es importante tenerlo en cuenta desde el punto de vista gerencial, dado que es imposible la compenetración efectiva de los miembros del equipo, cuando éstos no encuentran satisfacción de necesidades en el trabajo que realizan.

Entre los aspectos que los miembros del Equipo señalan como motivadores y desmotivadores para el desarrollo del trabajo se encuentran:

**Cuadro No.7**  
 Área de Salud Guácimo: Equipo de Apoyo, factores motivadores  
 para el desarrollo del trabajo, 2003

<b>FACTORES MOTIVADORES</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
-Naturaleza de las funciones y tareas.	Se sienten identificados con los postulados de la política para la prestación de servicios, señalados en el modelo readecuado de atención, al señalar que "al usuario debe brindársele una atención integral y con calidad partiendo de sus necesidades".
-Crecimiento individual, reconocimiento profesional. El grado de oportunidad que el equipo proporciona para aplicar ideas propias y conocimientos, así como para aprender cosas nuevas.	Se señala que "se promueve y apoya la creatividad, si alguno quiere hacer algo, se apoya aunque no haya consenso del grupo".
-Participación y el trabajo en Equipo.	Incorporación continua de la totalidad de los miembros del Equipo en la realización de las actividades
-Participación comunal	Destacan el potencial y la disponibilidad de la comunidad para luchar por sus derechos.

Fuente: Jarrett Copeland, Karen con base en Entrevista a los miembros del Equipo de Apoyo 2003.

### Cuadro No. 8

Área de Salud Guácimo: Equipo de Apoyo,  
factores desmotivadores para el desarrollo del trabajo, 2003

FACTORES DESMOTIVADORES	DESCRIPCIÓN
-Actitudes de los miembros del Equipo.	El incumplimiento por parte de algunos miembros con el compromiso adquirido, motivado no por un grado de compromiso de Equipo, sino que debe sacar la tarea para no dar una mala impresión.
-Desarrollo del trabajo del equipo	Actitudes individualistas
<p>-Políticas y directrices</p> <p>-Ausencia de Educación y capacitación continúa.</p> <p>-Tipo de dirección y supervisión.</p>	<p>El compromiso de gestión aumentó la demanda de producción por departamento, lo que debilitó el rendimiento y el tiempo dedicado al trabajo en equipo. "El mismo sistema nos englobó para que no se pueda participar, no hay tiempo para la creatividad, se trabaja para cumplir con el compromiso pero pensar en otras cosas no".</p> <p>En el Área de Salud, no hay educación continua, el CENDEISS no satisface.</p> <p>La creación de gran número de comisiones en el Área de Salud .En todas participan los miembros del Equipo.</p> <p>No se realizan reuniones abiertas ampliadas al personal y a la comunidad para exponer situaciones y brindar la posibilidad de dar sus aportes.</p> <p>Falta de comunicación con la comunidad y el personal.</p> <p>El tipo de gerencia con que se trabaja ha reducido el equipo a un conjunto de profesionales independientes y cada quien está por cumplir con su trabajo. "La coordinación del área, todo lo delega a las jefaturas, al final la producción individual es lo que se pide, entonces cada quien se encarga de lo que le compete. Nos hemos hecho muy individualistas y se prefiere sacar lo que corresponde a cada uno del compromiso de gestión".</p>

Fuente: Jarret Copeland, Karen con base en entrevista a los miembros del Equipo de Apoyo, MAETS 2003.

Respecto al impacto del compromiso de gestión en la realización del trabajo algunos miembros del Equipo consideran, que éste no es lo principal, que en parte se ha puesto de excusa, porque hay muchas actividades que son en equipo y no se



hacen de esa manera por falta de interés y porque se desconoce como se trabaja en equipo. Para otros, el compromiso de gestión ha aumentado el volumen de trabajo, para asistir a reuniones de Equipo no se tiene sustituto y el trabajo se acumula.

La falta de articulación en la que se desarrolla el aporte de cada miembro y las restantes actividades de algunos de ellos, no permite visualizar objetivos y tareas en forma global o completa. Por eso se llega a la implementación de actividades que no resuelven los problemas de forma integral, generando un doble esfuerzo, al querer resolver solo la parte que a los miembros afectados les atañe de manera directa.

#### **3.3.4.5 Gerencia del Equipo de Apoyo: Recapitulación**

En el desarrollo de su gestión el Equipo enfrenta un ambiente de cambio que exigen adaptaciones constantes. Ante el cambio se necesita la construcción constante de soluciones nuevas, una crítica permanente de la práctica gerencial propia y la formulación de estrategias para enfrentar la complejidad y encarar la incertidumbre.

Entre los cambios recientes relevantes para la labor del Equipo, los miembros señalan aspectos operativos, estratégicos e institucionales, como:

- Creación de la Contraloría de servicios, que atiende quejas de los usuarios.
- Formación de la Junta de Salud, ésta da seguimiento a las necesidades de las comunidades y de cada EBAIS.
- Creación de comisiones internas en el área, en las que participan los miembros del Equipo (Entre ellas la de Mortalidad Infantil, Vigilancia Epidemiológica, Comité de estudio del menor agredido, la de Reclutamiento y Selección de personal).

Los miembros del Equipo consideran que no se ha logrado una efectiva adaptación al cambio, por cuanto el trabajo individual desgasta. Podría mejorarse si se trabaja en equipo realmente, pero con acciones más estratégicas y menos operativas a nivel del área.

Del análisis de información del micro ambiente, se deduce que en el accionar gerencial del Equipo prevalece:

- La cultura de establecer y jerarquizar las prioridades de acuerdo con las crisis del momento o las órdenes más recientes de los superiores. Esta improvisación no permite desarrollar estrategias sostenibles por parte del grupo.
- La acción individual de los miembros sobresale en detrimento del trabajo en equipo.
- Aunque los objetivos son comunes, se carece de procedimientos claramente establecidos para el análisis de situaciones y el alcance de las metas. No se logra la sinergia del Equipo.
- La forma de tomar decisiones va en contra del trabajo en equipo interdisciplinario.
- Se trabaja por cumplir funciones y tareas pero sin un proceso de trabajo claramente establecido y una imagen objetivo compartida.

Para los miembros del Equipo de Apoyo del Área de Salud Guácimo, es importante implementar la atención integral en salud a partir de la planificación de políticas, acciones y estrategias locales de atención, que consideren la visión y los valores instaurados institucionalmente. Además implementar el trabajo en equipo

como estrategia fundamental para el logro de los objetivos propuestos (entrevista a miembros del Equipo de Apoyo).

Según refieren, se requiere el desarrollo de actitudes positivas para comprometerse responsablemente con sus cometidos. Muchas de sus decisiones y acciones pueden verse afectadas por posiciones personales, normas, reglamentos u orientaciones políticas generales que inciden en algún sentido en la forma de ejecutar sus labores con la reciprocidad e integración necesaria. Estos requerimientos replantean, una vez más, la necesaria búsqueda de nuevas formas de participación encaminadas a incrementar la cooperación y competencia de los miembros del Equipo, maximizando el uso de los recursos limitados existentes.

De lo anterior se desprende, que en los requerimientos del Equipo se encuentra la necesidad de generar creatividad, participación y motivación grupal. Debe existir un compromiso que contribuya a armonizar el ambiente laboral a favor de las relaciones humanas cálidas y afectivas y, por consiguiente, incida positivamente en la calidad de los procesos que se desarrollan, en el desempeño del trabajo y en la satisfacción personal. Es importante generar un comportamiento basado en el aprendizaje, el compromiso, la aceptación y motivación permanentes. En este sentido se hace necesario el estímulo y el fortalecimiento de conocimientos y aptitudes que les permita (a los miembros del Equipo) desempeñarse satisfactoriamente y adaptarse a los cambios.

Por lo anterior, se requiere una propuesta que permita construir colectivamente una visión de futuro y marcos referenciales para pensar, decidir y actuar en conjunto. Es importante retomar la capacidad del equipo de crear o fortalecer capacidades internas para actuar de manera interdisciplinaria, fortaleciendo mecanismos para la participación de la diversidad de actores y del entorno. Sobre todo es importante que el Equipo comparta una idea común de qué persigue, en que cosas desea incidir y qué logros se pretende obtener.

**CAPITULO V**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## CAPITULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el siguiente apartado se exponen las principales conclusiones y recomendaciones a las que se llegó una vez desarrollada la práctica gerencial.

#### 5.1 Conclusiones

El proceso de reforma y el desarrollo de políticas de salud en nuestro país proponen orientar el enfoque de atención en la prestación de los servicios hacia una atención integral en salud. Ésta se fundamenta en la estrategia de atención primaria, la concepción biopsicosocial del proceso salud enfermedad, el fomento de los factores protectores de la salud del individuo, su entorno familiar, comunal y social, así como la participación del individuo y de los diferentes actores sociales, sean éstos organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, funcionarios de salud o usuarios de los servicios, en el proceso de construcción de la salud.

La implementación del modelo readecuado de atención implica transformar prácticas de gestión en salud, que conllevan a la reorganización en la distribución del recurso humano y la forma de trabajo. Entre las transformaciones acaecidas en el sector salud se pueden mencionar:

- la conformación de equipos de trabajo interdisciplinarios,
- la definición de nuevas funciones y prioridades de acuerdo con el perfil de trabajo esperado y las necesidades de atención de los usuarios,
- la incorporación de la planificación estratégica y la participación social como ejes fundamentales de la gestión,

- impulso hacia la progresiva autonomía administrativa y financiera con miras a la desconcentración de los servicios.

La orientación del enfoque de atención en salud impacta en la organización y el desarrollo de las acciones de las áreas de Salud, en particular de los Equipos de Apoyo, cuya razón de ser es asesorar técnicamente a los EBAIS con el propósito de garantizar servicios de salud de calidad.

En relación con el Área de Salud Guácimo, objeto de la residencia práctica, interesa destacar que su accionar se enmarca dentro de las disposiciones de las políticas en salud definidas para el sector y, específicamente, en las de la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S.). Particularmente el diagnóstico situacional del área permitió constatar que el trabajo de los miembros del Equipo de Apoyo se sustenta en la misión institucional que establece que para la planificación del trabajo debe partir de las demandas y necesidades de la población usuaria y buscar la calidad en la atención.

En este sentido se logró corroborar que la misión oficial establecida a nivel del Área de salud de Guácimo coincide con la misión oficial de carácter institucional. Sin embargo, el acercamiento al área de salud permitió conocer que la imagen objetivo del Equipo no orienta su gestión, no le permite visualizar la totalidad de su quehacer, tampoco incluye el para que de su accionar, ni considera a la participación social como uno de los ejes del logro de la producción social de la salud.

De esta manera no se facilitan los procesos dirigidos a determinar prioridades, estrategias, planes y asignaciones de trabajo para alcanzar las metas propuestas, acompañar sostenidamente los procesos al interior del grupo y con el Área de Salud en general.

No obstante fue posible constatar que el desarrollo de las diferentes actividades propias de la gestión en la que participa el Equipo le han permitido adquirir:

- Conocimiento acerca de las condiciones y situaciones de salud que enfrentan
- Conocimiento sobre las necesidades de orientación, educación y capacitación de personas miembros de los EBAIS.
- Conocimiento sobre las necesidades de orientación y educación de las poblaciones meta.

Lo anterior es fundamental para que el Equipo pueda establecer lineamientos de trabajo y ejecutar acciones que respondan a las necesidades identificadas por las poblaciones que atiende (usuarios externos e internos), tal como se establece dentro de las funciones asignadas a los Equipos de Apoyo en el modelo readecuado de atención en salud.

La residencia práctica permitió determinar que el Equipo de Apoyo del Área de Salud Guácimo enfrenta:

- Recargo de tareas, por la falta de participación de los demás funcionarios del área.
- Carencia de instrumentos de recolección de datos compartidos.
- Falta de un sistema de información que facilite el análisis,
- Falta de priorización de actividades relevantes por desarrollar según necesidades y recursos internos.

Estas situaciones, sumadas a que el Coordinador del Área se centra en el cumplimiento de los compromisos de gestión, generan un accionar caracterizado por el activismo que tiende a desviar las acciones de apoyo técnico que competen al Equipo como grupo asesor y a desgastar a sus miembros.

La residencia permitió determinar que los procesos internos de trabajo desarrollados por el Equipo se caracterizan por comunicarse verbalmente, mediante el uso de canales informales tales como reuniones espontáneas y el uso de la comunicación telefónica con algunos miembros; espacios en los cuales se discuten las decisiones relativas al trabajo. Esta forma de comunicación provoca versiones diferentes de acuerdo con las interpretaciones dadas, así como la percepción en aquellos integrantes no enterados de que no se les participa, situación, que genera incertidumbre y distorsión de la información. Además, con frecuencia se presenta el olvido de lo analizado y acordado puesto que no se realizan las anotaciones adecuadas y completas en el libro de actas (Documento oficial de registro del Equipo).

Lo anterior demuestra la necesidad de contar con un canal formal de comunicación conocido y aceptado por el grupo, así como con espacios de tiempo adecuados para comentar y resolver las situaciones con una periodicidad preestablecida que permita dar continuidad a los procesos de discusión, reflexión y análisis de manera expedita, integral y con base en información confiable.

En relación con el ejercicio de la autoridad que ejerce el Nivel Superior del Área la residencia práctica permitió identificar que éste se caracteriza por centralizarse en la persona coordinadora y de tipo autoritario. No obstante los integrantes del Equipo ejercen poder dependiendo de su conocimiento técnico, de la experiencia acumulada y del compromiso con el que asumen su trabajo. La relación que se establece entre los miembros es simétrica y con el coordinador es complementaria.

Por otra parte, en lo que respecta a la revisión y al seguimiento de las intervenciones, se detectó que la toma de decisiones se caracteriza por ser improvisada, es decir no responde a lo planificado por el Equipo, lo cual se deja de lado para cumplir con las órdenes inmediatas de superiores. Esto significa que el Plan Anual Operativo del Equipo que se formula a partir del ASIS con participación comunitaria, pasa a un segundo plano y no se constituye en la fuente para la toma de



decisiones. Cabe destacar aquí que el hecho de que las decisiones se tomen de esta manera provoca trabajo excesivo que conlleva al “desorden” y caos al interior en la insatisfacción de las necesidades de los usuarios y por consiguiente, en el incumplimiento de las metas del Equipo. Es importante señalar la presencia de sentimientos de frustración, descontento y apatía que surgen entre las y los involucrados(as), tanto funcionarios(as) como representantes comunales, lo cual atenta contra la participación social en el proceso de producción de la salud. Esta situación evidencia las contradicciones existentes para cumplir a nivel local con las demandas del nivel central, lo que refuerza la necesidad de priorizar las actividades consideradas como relevantes, a las cuales debe abocarse el Equipo.

No obstante, se detectaron factores motivadores para el desarrollo del trabajo en los miembros del Equipo, entre los cuales destacan: la satisfacción personal por el trabajo que se realiza, la oportunidad que tienen para sugerir y llevar a cabo ideas propias, así como para compartir conocimientos y aprender cosas nuevas. Por el contrario, las actitudes personales como el trabajar para sacar una tarea y no por el compromiso de Equipo, la demanda de producción aumentada por el compromiso de gestión, la falta de capacitación y educación continua y el interés centrado en la producción por parte del coordinador de Área, son algunos factores desmotivantes en la realización del trabajo. Esto evidencia que la administración del Área no está poniendo atención en la motivación y satisfacción laboral de las personas que conforman el Equipo.

En relación con las concepciones que guían el quehacer del Equipo, en lo que a participación social se refiere, el Equipo en la práctica no cuenta con los mecanismos necesarios para que ésta sea implementada como un proceso de toma de decisiones que permita llevar a buen término la participación de los diferentes actores sociales en forma consciente, no sólo durante el reconocimiento de las situaciones que se van a enfrentar, su priorización y planificación de alternativas de intervención, sino también en la ejecución, seguimiento, evaluación o toma de medidas correctivas.

La forma de organización y respuesta del Equipo de Apoyo no garantiza la consecución de metas mediante acciones en las que prevalezcan los derechos y deberes de los participantes y los intereses de todos en la construcción de la salud.

Lo expuesto pone en evidencia que los procesos de planificación y los mecanismos de coordinación no constituyen un soporte sustantivo de la gestión del Equipo de Apoyo del Área de Salud Guácimo en la prestación de servicios integrales de salud.

Se puede afirmar que las limitaciones que presenta la formulación e implementación de la política de salud a nivel nacional, inciden en el funcionamiento de las Áreas de Salud y por consiguiente en los Equipos de Apoyo, por cuanto no se han explicitado mecanismos de apoyo, control y evaluación para las acciones que desarrollan. Aunado a lo anterior al Equipo de Apoyo se le asigna responsabilidad sobre la situación de salud del Área sin autoridad para definir la dotación de personal y recursos materiales necesarios para la realización de las tareas.

Aunque las funciones del Equipo se encuentran explícitas en los documentos oficiales de la reforma del sector salud, en el caso del Área de Salud de Guácimo, el hecho de que cada uno de los miembros del Equipo forme parte de los diversos departamentos que la conforman y tengan asignadas funciones administrativas y/o de atención directa en materia de salud, limita significativamente las posibilidades de que se involucren activamente en las funciones del Equipo, por cuanto si lo hacen el trabajo se acumula. En otras palabras, no cuentan con tiempo dentro de la jornada laboral, para cumplir con estas funciones, lo que obliga a asumirlas en ratos libres, sin que la coordinación del Área facilite los procesos mediante el nombramiento de sustitutos, medida que sí se pone en práctica en otras Áreas de Salud.

El trabajo en Equipo interdisciplinario en el campo de la salud es una estrategia para la organización del trabajo en procura de que la población reciba una atención

integral ante los problemas de salud que la aquejan. Tal y como se afirma en el marco conceptual el desarrollo del trabajo en un equipo de atención en salud parte de la premisa de que su desempeño es el resultado de la interacción de los diversos y complementarios saberes de las personas miembros, a saber: Trabajador(a) Social(a), Farmacéutico(a), Odontólogo(a), Enfermera(o), Psicólogo(a), Técnico(a) de Registros de Salud y Microbiólogo (a). Su propósito central es brindar asesoría técnica a los EBAIS mediante acciones de supervisión, asesoría, planificación, control, seguimiento y evaluación de las diferentes actividades en el Área de Salud, así como implementar acciones para la atención integral de la salud en los diferentes escenarios humanos a partir de las demandas de los EBAIS, los y las usuarias(os) y las prioridades locales, regionales en función de los recursos existentes.

Las funciones asignadas al Equipo de Apoyo son de naturaleza eminentemente gerencial, socioeducativas y promocionales, para garantizar el adecuado desempeño de los EBAIS, que tienen la responsabilidad de la intervención directa ante los problemas de salud.

De acuerdo con lo expuesto el trabajo en equipo interdisciplinario supone la integración de métodos y el intercambio conceptual entre los diferentes profesionales y técnicos. El diagnóstico situacional realizado en el Área de Salud Guácimo demostró que el Equipo de Apoyo que en ella se ubica presenta las siguientes condiciones y características:

- Carece de identificación con la imagen objetivo, la misma resulta incompleta si se considera el para qué de las funciones del equipo.
- A pesar de que se realizan esfuerzos orientados a la planificación y priorización de actividades, en la práctica el trabajo del equipo de apoyo se dirige a la realización de actividades no programadas y muy escasamente se da cumplimiento a lo programado. Esto puede traducirse en que se desvalorizan las acciones de gestión y se tomen decisiones no planificadas.

- Sobrecarga de trabajo en los miembros del equipo, ya que no se cuenta con las horas laborales efectivas para cumplir con las funciones. El tiempo de los miembros del equipo debería ser concebido como un recurso crítico. En consecuencia, no hay personal asignado exclusivamente para el logro de su misión y el cumplimiento de las funciones asignadas.
- Como consecuencia de esta sobrecarga de trabajo existe desmotivación e insatisfacción laboral.
- Ausencia de instrumentos de recolección de datos de la gestión del equipo integrados.
- Falta de una estrategia de información y seguimiento de las actividades del equipo.
- Activismo que tiende a desviar de las acciones de asesoría técnica que le corresponden.
- Mecanismos de comunicación informal que afectan negativamente la comprensión de las decisiones en materia de trabajo.
- Ejercicio autoritario del poder por la dirección del área, respaldado por las atribuciones asignadas según la Ley de desconcentración.
- Las atribuciones técnicas del Equipo no están claramente respaldadas en ordenamiento institucional.

A partir de lo expuesto se procede a presentar recomendaciones para la reorientación de la gestión del Equipo de Apoyo del Área de Salud Guácimo, éstas se consideran punto de partida para iniciar un proceso orientado a buscar alternativas de intervención a los problemas detectados y promover el logro de las funciones sustantivas de dicho Equipo.

## **5.2 Recomendaciones para el fortalecimiento de la Gestión en la Atención Integral a la Salud del Equipo de Apoyo del Área de Salud Guácimo**

- 1.** El Equipo de Apoyo del Área de salud Guácimo, debe darse a la tarea de revisar y reflexionar en torno a la misión del grupo y proceder a validar su imagen objetivo, así como a analizar las funciones medulares que se le han asignado a la luz de las restricciones de recursos, de normativa institucional y contextuales existentes a fin de que determine las posibilidades reales de actuación, planteen las alternativas de intervención pertinentes y las canalice ante las instancias correspondientes, a nivel local, regional y nacional.
- 2.** En este sentido debe definir ¿Cómo lucirá en 1 o 3 años si logra desarrollarse con éxito y participación de todos? ¿Cuáles atributos desea que se le reconozcan? ¿Cuáles características debe conducir ante los demás? ¿Qué cambios positivos y fundamentales ocurrirán en los miembros?. Debe describir cuál es su propósito principal, el alcance de las actividades y servicios que ofrecerá, quiénes serán los principales beneficiarios y cuáles serán las principales conductas, convicciones y creencias del Equipo, que los comprometerá con el grupo mismo y con las necesidades de las poblaciones meta y la participación social.
- 3.** El Equipo de Apoyo debe realizar actividades diversas dirigidas a discutir y adoptar criterios respecto de las concepciones sobre atención integral, calidad y continuidad en la atención, participación social y trabajo en equipo, dentro de las cuales se enmarcará su actuación. Es deseable la participación del coordinador del Área en estas actividades, así como en aquellas dirigidas a la formulación de propuestas de trabajo con una visión interdisciplinaria, esto último como un requisito medular dentro de los procesos que inicie. Todos estos acuerdos y consensos alcanzados por el equipo deben servir como marco de referencia para el proceso de toma de decisiones.

4. Es necesario propiciar un estilo democrático y participativo de gestión al interior del Área de Salud. Esto debe ser una condición propia para el funcionamiento del Equipo por su naturaleza multidisciplinaria.

Lo anterior implica la apertura de espacios para la discusión de los procesos, funciones y responsabilidades en forma abierta y colectiva, donde prevalezca la planificación, la coordinación y la cooperación de grupo a partir del intercambio, la negociación y concertación entre los miembros del Equipo y entre éste y los diferentes actores sociales. Es compartir el desarrollo del trabajo, fomentar la creatividad, atender el interés de los miembros del grupo y de la población meta, respetar las diferencias, ser flexible, comprometido, involucrarse activamente con disposición para el intercambio, la realimentación y la coordinación horizontal.

Como resultado se espera que el Equipo pueda establecer objetivos comunes en una discusión libre, realización de acciones producto de la orientación colectiva, tener un sentimiento de responsabilidad compartida, despliegue de iniciativas diversas de ayuda mutua para sacar la tarea.

5. Lo anterior puede implementarse a partir de la realización de sesiones de discusión grupal para la planificación y la coordinación del trabajo en las cuales el Equipo debe:

- Realizar una reflexión constante en torno a las vivencias y sensibilización frente a las prácticas en la que se requiere de la revisión permanente de cambios en el contexto e intercambio entre los miembros versus lo planificado y lo actuado; puesto que las relaciones formales e informales entre los miembros de un equipo y entre éste y sus poblaciones meta, juegan un papel de suma importancia, ya que a partir de ellas se llega a diferentes consensos.

- Desarrollar Mesas de Negociación y Concertación. El Equipo debe definir en conjunto con el coordinador cómo va a colaborar y apoyar la gestión del Área a los EBAIS, a las comisiones de trabajo, a la comunidad y a los diferentes actores sociales con los que se interrelacionan. Para ello el Equipo debe abrir espacios de intercambio de información y discusión, realizar planteamientos y propuestas de trabajo viable con conocimiento de causa, situación y realidad en cuanto a recursos, procurar una valoración permanente sobre recursos, parámetros institucionales y normativa de trabajo para que considere otras opciones viables en la solución de conflictos, lograr consenso de Equipo que filtre o tamice los problemas según su importancia de manera que las situaciones simples sean de solución fácil.
  
- Abrir espacios de información y discusión con cada uno de sus interlocutores para:
  - Conocer sus expectativas de trabajo conjunto.
  - Definir los problemas o situaciones sobre los que se planea intervenir.
  - Establecer los mecanismos de seguimiento, monitoreo y momentos de intervención.
  - Considerar recursos disponibles y viabilidad de decisiones.
  - Evaluar el cumplimiento de los acuerdos.
  - Valorar el Involucramiento de otros actores.

Se propone que el Equipo desarrolle sesiones de trabajo con un enfoque constructivo dentro de un proceso de planificación participativa.

## 6. Elaborar un perfil gerencial para la persona coordinadora del Equipo.

El desarrollo de las labores gerenciales se ve afectado por una serie de demandas externas e internas de índole social, económica, política, cultural, ideológica o de relaciones interpersonales que por lo general se presentan simultáneamente, entre ellas se incluyen determinantes como la tecnología, el

financiamiento, las políticas sociales, los lineamientos institucionales, las modalidades de formación profesional y personal. Por tal motivo la persona coordinadora del Equipo debe caracterizarse por:

- Conocer y considerar el contexto en el cual se desempeña.
- Tener conciencia de sus múltiples relaciones y sus demandas a veces cambiantes y conflictivas.
- Reconocer el alcance total de su oficio, del rol que se le encomienda y del papel del Equipo en la atención integral de la salud.
- Ser traductor, comunicador y negociador de políticas, acuerdos y propuestas.
- Tener una amplia visión, ser estratega y planificador; delegador y actor.
- Coordinador de acciones con los otros dentro de una visión compartida, en la cual se establezcan relaciones para definir las acciones y acompañar sostenidamente los procesos al interior del grupo y con la organización misma.
- Impulsor de cambios organizacionales, en respuesta a las exigencias del contexto y a las diversas configuraciones intra organizacionales.
  
- Pensamiento creador e innovador. Impulsor de programas de capacitación, motivación y desarrollo de las personas.
- Potenciar acciones hacia resultados sinérgicos.
- Promover el desarrollo social con Equidad.
- El respeto y reconocimiento de los derechos de los actores sociales a participar activamente en los procesos de producción de la salud, pero también a observar resultados satisfactorios.
- Propiciar el empoderamiento de las comunidades hacia el ejercicio de sus derechos y deberes.
- Buscar la participación de los integrantes del Equipo y de las poblaciones meta por medio de un proceso democrático, donde se negocia y se



mantiene informadas a las personas y a cada uno de sus miembros, logrando un adecuado clima organizacional.

7. Formular un plan de desarrollo estratégico ó gerenciamiento de mejora, que permita eliminar el activismo y centrar la atención en las funciones de asesoría técnica que le corresponde. Este proceso de constante innovación lo interpretamos como las actividades que el Equipo debe realizar para incorporar mejoras en los servicios que brinda y procesos internos que ejecuta. Todas esas actividades están contempladas en lo que llamaremos gerenciamiento de mejora. Una de las fuentes que pueden emplearse para desarrollar un ciclo ó método de trabajo sistemático es el llamado PDCA (Planear, Desarrollar, Checar y Ajustar), basado en el liderazgo. ( Andriani y otros, 2003).

El PDCA es un ciclo de gerenciamiento para control y mejora que se desarrolla en las siguientes fases:

**- Primera fase: Planear**

Significa tener un objetivo, una meta y un método. Es importante que en ésta etapa se involucren quienes ejecutarán el plan. La postura de jefes autocráticos que piensan que sólo ellos pueden hacer un plan y que los subordinados sólo saben seguir órdenes es totalmente obsoleta.

**- Segunda fase: Desarrollar**

En esta etapa se capacita a los colaboradores que van a desarrollar un plan. Si participaron en la elaboración del plan, la capacitación será más fácil y efectiva. A partir de este punto se inicia la implementación del plan. No se puede implementar un método efectivamente si los colaboradores no conocen el plan y sólo reciben órdenes de los directivos.

**- Tercera fase: Checar**

En este momento se verifica si el plan se está cumpliendo conforme se diseñó, se debe checar con base en hechos y datos para generar confiabilidad en lo que se está haciendo. La diferencia entre lo planeado y lo real constituye los problemas a resolver. El chequeo sistemático permite orientar los esfuerzos del Equipo y generar la cultura organizacional deseada.

**- Cuarta fase: Ajustar**

En esta fase se realizan las correcciones pertinentes conforme hacemos la verificación, solamente eliminando las causas de los problemas lograremos lo planeado. La característica de esta fase es la acción, muchas dificultades se enfrentan por la resistencia a iniciar el trabajo y por posponer las acciones necesarias para alcanzar las metas.

El plan debe incluir objetivos y metas a corto, mediano y largo plazos, resultados esperados y sus indicadores, cronograma de actividades, mecanismos de coordinación, información, toma de decisiones, fomento a la creatividad y motivación a los integrantes del grupo. Debe definirse además mecanismos para la incorporación de nuevos miembros y el abordaje de contingencias así como sus fortalezas, amenazas, debilidades y oportunidades.

**8. Definir mecanismos de comunicación formal y de integración.**

Lo anterior puede lograrse mediante la definición de espacios formales para la realimentación entre los miembros del Equipo, no sólo sobre el trabajo sino también sobre los sentimientos, para hablar sobre miedos y necesidades individuales.

- En las sesiones de trabajo cada miembro puede presentar un por trimestre un informe de avance sobre las responsabilidades que le asignó el Equipo.

- Elaborar, respetar y utilizar como herramienta para el análisis el plan de trabajo del Equipo con su cronograma y responsables. Revisar e integrar los planes de cada miembro y de sus departamentos en algunas acciones que son importantes para tener una visión general del trabajo por realizar.
- Informar sobre el funcionamiento, procesos y cambios sustanciales en los planes y comunicar adecuadamente a las poblaciones meta.
- Rotación de la coordinación del Equipo de Apoyo bimensual o trimestralmente.
- Definir espacios para las relaciones interpersonales, previendo la ejecución de algunas actividades sociales y sesiones de promoción de la salud dirigidas a los integrantes del equipo.
- Utilizar memorandos, boletines, pizarras u otros para agilizar el flujo de información y comunicación.

**9. Formular una estrategia para la recolección, análisis y devolución de información.**

En este sentido el Equipo debe definir la información que se requiere recolectar para la gestión, quienes serán los usuarios de la información y para qué, la periodicidad, los recursos necesarios de la estrategia de información y las fases para su creación. También debe diseñar instrumentos de recolección de datos y elaborar guías para su aplicación.

Como resultado de la aplicación de las recomendaciones proporcionadas, se espera que el Equipo de Apoyo del Área de Salud Guácimo, inicie un proceso de cambio en la forma de planificar y coordinar las acciones que realiza a partir del establecimiento de puntos de partida alternativos en la toma de decisiones.

Se espera que en dicho proceso el Equipo pueda profundizar en el conocimiento de su realidad, definir las expectativas de trabajo, así como , tomar decisiones y

actuar de forma congruente, coherente y consistente (posible) con las necesidades y aspiraciones de las poblaciones meta y del entorno en el cual trabaja.

En el corto plazo se espera que el Equipo tenga claridad sobre sus objetivos de plazo, que cuente con un plan de acción que incorpore estrategias de seguimiento de las actividades que realiza, evaluación del proceso de grupo y del cumplimiento de metas de trabajo; en el largo plazo, se espera que desarrolle un sistema de información acorde con sus necesidades, para la atención integral de la salud y de esta forma, consolidar y mejorar las acciones que procuren realizar las necesidades humanas fundamentales de manera continua y renovada y aportar a la mejoría de la calidad de vida de las poblaciones meta.

## **CAPITULO VI**

# **BIBLIOGRAFÍA**



## CAPÍTULO VI BIBLIOGRAFÍA

- Andriani, Carlos. Un nuevo sistema de Gestión para lograr PYMES de Clase Mundial. Editorial Norma, México, 2003.
- Ayala, Carvajal y otros, Curso Especial de Postgrado, Modulo I, Bases del Sistema Nacional de Salud y Proceso de Modernización. Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.), editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS), San José, Costa Rica. 1999.
- Ayala, Carvajal y otros, Proyecto Reforma del Sector Salud: Componente Readequación del Modelo de Atención. Unidad Preparatoria de Proyectos. San José, Costa Rica, 1993.
- Brenes Blanco, Adelina y otros. Participación Social en el Modelo de Atención Integral en Salud. C.C.S.S. San José, Costa Rica, 1997.
- Bortman, Marcelo. Indicadores de Salud: ¿mejoró la equidad?. Costa Rica 1980 – 2000. Ministerio de Salud / OPS San José, Costa Rica, 2002.
- Brito Pedro, (2002). Presente y futuro en la formación práctica y regulación profesional en Ciencias de la Salud. Editorial OPS/OMS, 1º Edición, México D.F. 2002.
- C.C.S.S. Atención Integral en Salud. San José, Costa Rica, mayo, 1997.
- C.C.S.S. Plan de Atención a la Salud de las Personas 2001- 2006. Gerencia División de Modernización y Desarrollo. San José, Costa Rica, 2001.
- C.C.S.S. Plan Estratégico Corporativo 2000. Gerencia División de Modernización y Desarrollo. San José, 2000.
- C.C.S.S. Proyecto de Reforma del Sector Salud, Manual de Organización de las Áreas de Salud. C.C.S.S./ OPS mayo 1995.
- C.C.S.S. Participación Social en el Modelo de Atención Integral de la Salud. Gerencia de División Médica, Componente de Participación Social, San José Costa Rica, 1997.
- C.C.S.S. Consolidado Análisis de Situación Integral de la Salud (ASIS), Área de Salud Guácimo, 2001 - 2003.
- C.C.S.S. “ MEMORIA”, Área de Salud Guácimo, 2001.

- C.C.S.S. Superintendencia General de Servicios de Salud (SUGESS). Compendio de Leyes y Regulaciones", 1º edición, marzo 2002.
- C.C.S.S. Organización de las Áreas de Salud. Dirección Regional de Servicios de Salud Huetar Atlántica, junio 1996.
- C.C.S.S. Hacia un Nuevo Modelo de Atención Integral de Salud. Gerencia de Modernización San José, Costa Rica, 1998.
- C.C.S.S. Reglamento del Seguro de Salud. San José, Costa Rica, 1999.
- Castellanos, Pedro Luis. Los modelos explicativos del proceso salud- enfermedad: los determinantes sociales, editorial McGraw Hill, México, 1998.
- Chaverrí Acosta, Rosa y Sánchez Alfaro, Alba Nidia , Análisis del modelo gerencial desarrollado por los EBAIS en el contexto del Planteamiento de la Reforma de Sector Salud Costarricense. U.C.R. Escuela de Salud Pública, Maestría en Salud Pública con mención de Políticas de Salud, Práctica de Investigación. 1998
- Chiavenato Idalberto. Administración de Recursos Humanos, 5º edición, editorial McGraw Hill, Bogotá, Colombia, 2000.
- Chiavenato Idalberto. Iniciación a la Administración General, editorial McGraw Hill, México, 1993.
- Drucker, Peter La gerencia: Tareas, responsabilidades y prácticas, 6º edición, Argentina, 1984.
- Fulmer, Robert. Administración y Organización. Editorial CECSA. México, 1983.
- González, Ana Rita y otros. Marco Conceptual Práctico para el Desarrollo de la Gestión en la Caja Costarricense de Seguro Social. OPS, San José, Costa Rica, 1996.
- González, Castañedas y otros, Marco Conceptual Práctico para el Desarrollo de la Gestión en la Caja Costarricense de Seguro Social. Editorial OPS, San José, Costa Rica, 1996.
- González García Ginés. La política y la gestión sanitaria. " . Innovaciones en la gestión de los servicios de salud. VII Jornadas - Internacionales de Economía de la Salud. Asociación de Economía de la Salud. Buenos Aires, ediciones ISALUD, 1998.



- Guzmán Hidalgo, Ana y otros. Atención Integral en Salud. C.C.S.S. Dirección Técnica de Servicios de Salud. Departamento Medicina Preventiva, San José 1997.
- Guzmán Hidalgo, Ana y otros. Atención Integral en Salud. Curso Especial de Posgrado, Gestión Local de Salud, Módulo 4, EDNASSS, San José, 2000.
- Herrera Zúñiga Elizabeth. Elementos teóricos y conceptuales que interfieren en el proceso de readecuación del modelo de atención en la Región Huetar Norte. Trabajo final de Graduación. U.C.R. 1997.
- Hodge y Johnson, Administración y Organización: La Organización como Sistema Social . 1975
- Jara, Óscar. Para sistematizar experiencias: una propuesta teórica y práctica. Tercera Edición, Centro de Estudios y Publicaciones ALFORJA. San José, Costa Rica, 1994.
- Jiménez Ma del Carmen y otros. Modulo Socioeducativo de Participación Social para Funcionarios de Hospitales Desconcentrados. C.C.S.S. San José, 1999.
- Kast Fremont y James Rosenzweig. Administración en las organizaciones un enfoque de sistemas- Mc. Graw Hill, México D.F. 1986.
- De Souza Silva y otros. La dimensión de Gestión en la Construcción de la Sostenibilidad Institucional. En Serie: Renovación para la Sostenibilidad Institucional, San José Costa Rica: Proyecto ISNAR, "Nuevo Paradigma, 2001.
- Marín Fernando y Salas Álvaro. Propuesta de un Nuevo Modelo de Atención. Caja Costarricense de Seguro Social, San José, Costa Rica, 2003.
- Max-Neef, Manfred y otros. Desarrollo a Escala Humana: una opción para el futuro. Editorial Cepaur, Fundación Dag Hammarskjold Suecia, 1986.
- Menguzzato Martina y Renau Juan José. La Dirección Estratégica de la Empresa. 1991.
- Ministerio de Salud, C.C.S.S., OPS/OMS. Indicadores Básicos: situación de Salud en Costa Rica. San José, 2003.
- Ministerio de Salud, C.C.S.S., Centro de Desarrollo Estratégico de Información en Salud y Seguridad Social, Modulo Reforma del Sector Salud, 1995.
- Ministerio de Salud. Ley General de Salud. San José Costa Rica, 1988.
- Ministerio de Salud, C.C.S.S., OPS/OMS. Indicadores básicos: situación de salud en Costa Rica. San José, 2003.

- Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud: 1999 – 2004. Editorama. San José, 2000.
- Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud: 1998 – 2002. Editorama. San José, 1999.
- Motta, Paulo Roberto. Desempeño en Equipos de Salud: manual. Editora FGV, OPS/OMS 2001.
- Molina María Lorena y Morera Nidia. Editorial CELATS, Lima-Perú.1998
- Molina María Lorena y Morera Nidia. La gerencia de servicios sociales Editorial LUMEN/HVMANITAS, Argentina, 1999.
- Montero Jiménez Oscar, Análisis de la Implementación de la política readecuación del modelo del primer nivel de atención en Salud C.C.S.S. Instituto Centroamericano de Administración Pública I.C.A.P., Tesis de Postgrado en Gerencia Pública de la Salud. San José. 1998
- Morera Guillén, Nidia. La Gerencia de Organizaciones Productoras de Servicios Sociales. Editorial Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica, 2001.
- OMS/OPS/PASCAP. Evaluación del desempeño del Equipo de Salud. Vol.4.1994.
- Parini Brenes Luis Guillermo, Grado de desarrollo del modelo de readecuado de atención en los EBAIS del Pavón. Medio Queso y Koquitel del Área de Salud N. 6 de la región Huetar Norte”, C.C.S.S. 1996
- Peña Eliana y Montero Félix. Descripción Cuanti-Cualitativa del proceso de implementación del modelo readecuado de atención en Salud. Dirección Técnica de Servicios de Salud. C.C.S.S. San José.1997
- Pizarro Abarca Elizabeth y Sánchez Mercedes, Evaluación del proceso administrativo en la implementación de los EBAIS, Área Salud Liberia, Periodo 1993- 1997. U.C.R. Facultad de medicina. Escuela de Enfermería, Informe de Tesis de Licenciatura en enfermería. 1997
- Republica de Costa Rica, Unidad Preparatoria de Proyectos. “Proyecto Reforma del Sector Salud: Componente Readecuación del Modelo de Atención. San José Costa Rica, 1993.
- Rivera Garita Eduardo, La eficacia del funcionamiento de lo EBAIS, del Área de Salud de Aguas Zarcas de la Región Huetar Norte. C.C.S.S. Instituto Centroamericano de Administración Pública I.C.A.P. Tesis de la especialidad de Gerencia de Salud. 1997

Rosales, Carlos. Trabajo en Equipo en Salud: Conceptos y Herramientas para su acción. OPS, 2001.

Ruiz Rojas, Ana Isabel. Democracia Local, participación en salud y Trabajo Social, Revista Costarricense de Trabajo Social, número 14, diciembre, 2002.

Villalobos, Luis Bernardo. Salud y sociedad: un enfoque para Centroamérica. 2º edición, San José, Costa Rica. : ICAP, 1992.

**CAPITULO VII**  
**ANEXOS**

## CAPITULO VII ANEXOS

### 6.1 Guía de observación no participante en las sesiones de equipo

- ¿Quiénes participan con mayor frecuencia?
- ¿Pertinencia del aporte a la discusión?
- ¿Apertura a la escucha de opiniones?

### 6.2 Guía de entrevista a la Administración del Área

Manejo de presupuesto por el equipo de apoyo  
 Mecanismos de asignación de recursos  
 Número de contrataciones vigentes, tipo de servicio, monto.  
 Como contribuye su labor a la gestión del Equipo de Apoyo.

### 6.3 Guía de entrevista a los Comités de Salud Área de Salud Guácimo

#### **Estimado (a) Señor (a):**

La presente entrevista es parte de una investigación que realizo con el objetivo de elaborar recomendaciones para fortalecer la gestión que realiza el Equipo de Apoyo del Área de Salud Guácimo. Interesa conocer la opinión respecto a como ha sido su participación en el proceso de priorizar necesidades en salud, elaborar planes de acción para atenderlos así como en la ejecución, y evaluación del cumplimiento de lo programado.

Su información se convertirá en un valioso aporte. Los datos que se proporcionen son estrictamente confidenciales y serán utilizados únicamente para efectos de este trabajo.

Gracias por su colaboración.

- 1- Caracterización: edad, sexo, escolaridad, años de participación, participación en organizaciones comunales ¿cuáles?
- 2- Cual ha sido su experiencia de participar en actividades de priorización de problemas o necesidades. Especifique? Proceso de convocatoria, organización de la actividad en sí, desarrollo, quienes participaron.
- 3- Si valió la pena y si es valida dicha participación para enfrentar los problemas de salud.

- 4- Si sintió realmente que participo en un proceso colectivo de planificación en salud (dar el concepto).
- 5- De esta manera se logra contribuir a crear mejores condiciones para la salud comunal.
- 6- Conoce los resultados que derivaron de la planificación. ¿ Conoce si los objetivos se cumplieron y si las actividades programadas se realizaron?

#### **6.4 Guía de entrevista para líderes comunales participantes en la práctica de medidas de presión para la atención de necesidades en salud, Área de Salud Guácimo, 2001- 2003**

##### **Estimado (a) Señor (a):**

La presente entrevista es parte de una investigación que realizo con el objetivo de elaborar una propuesta para fortalecer la gestión que realiza el el Equipo de Apoyo del Área de Salud Guácimo. Interesa conocer la opinión respecto a como ha sido su participación en el proceso de priorizar necesidades en salud, elaborar planes de acción para atenderlos así como en la ejecución, medidas de presión aplicadas y evaluación del cumplimiento de lo programado o de los acuerdos.

Su información se convertirá en un valioso aporte. Los datos que se proporcionen son estrictamente confidenciales y serán utilizados únicamente para efectos de este trabajo. Gracias por su colaboración.

- 1- Caracterización del informante? Sexo, edad, escolaridad, experiencia en otros grupos, vinculación con la zona, conocimiento de los problemas comunales.
- 2- Origen de los levantamientos?
- 3- Fueron estos motivos planteados en otras instancias previamente, como fueron acogidos? Obstáculos para ser considerados dentro de la agenda en salud? ¿Cómo y quienes toman la decisión de irse al levantamiento?
- 4- Cual fue la gota que derramo el vaso y agoto la vía de negociación? ¿Con quienes negociaron y como fue su experiencia?
- 5- Resultados obtenidos después del levantamiento. Lo volvería hacer?

## 6.5 Guía de entrevista para miembros del Equipo de Apoyo Área de Salud Guácimo, 2003.

### Estimada (o) compañera (o):

La presente entrevista tiene como objetivo fortalecer el proceso de gestión que desarrolla el Equipo de Apoyo del Área de Salud Guácimo. Interesa conocer su opinión sobre algunos aspectos de planificación y coordinación de actividades. Su información se convertirá en un valioso aporte. Los datos que se proporcionen son estrictamente confidenciales y serán utilizados únicamente para efectos de este trabajo. Gracias por su colaboración.

### A. Datos de identificación:

Marque con X (Selección única)

1. Sexo: Femenino ( )    Masculino ( )

2- Cargo que ocupa:

Trabajo Social ( )    Enfermera ( )    Psicología ( )

Odontología ( )    Laboratorio ( )    Farmacia ( )

Registros de Estadística ( )

3- El cargo es: Fijo ( )    Interino ( )

4- Nivel de Instrucción:

Primaria Completa ( )    Secundaria completa ( )    Diplomado ( )

Técnico ( )    Bachillerato ( )    Licenciatura ( )

Postgrado ( )

**B- Percepción de los participantes sobre los procesos de comunicación, planificación y coordinación de actividades.**

- 1- Quienes participan en la toma de decisiones del grupo?
- 2- Considera Equitativa la participación de los miembros?
- 4- Cual es el tipo de influencia que más se ejerce para hacer cumplir los acuerdos o tomar las decisiones del grupo?
- 5- Las acciones que se realizan pertenecen a un plan pre establecido?
- 6- De donde proceden las demandas que impulsan la ejecución de acciones?
- 7- Son planificadas las intervenciones?
- 8- Por orden descendente quienes participan con mayor frecuencia en la toma de decisiones?
- 9- Cuenta el equipo de apoyo con el personal necesario para realizar su trabajo?
- 10- De que forma se comunican los miembros del Equipo con mayor frecuencia?
- 11- En que forma los beneficia?
- 12- Cuales son las desventajas de la forma de comunicación utilizada?  
Planificación:
- 13- Considera que el grado de responsabilidad y compromiso entre los miembros es suficiente, regular, insuficiente? Especifique.
- 14- Se promueve y apoya la creatividad y el desarrollo de iniciativas del grupo?  
Explique.



## Equipo de Apoyo, Área de Salud Guácimo

### Imagen Objetivo

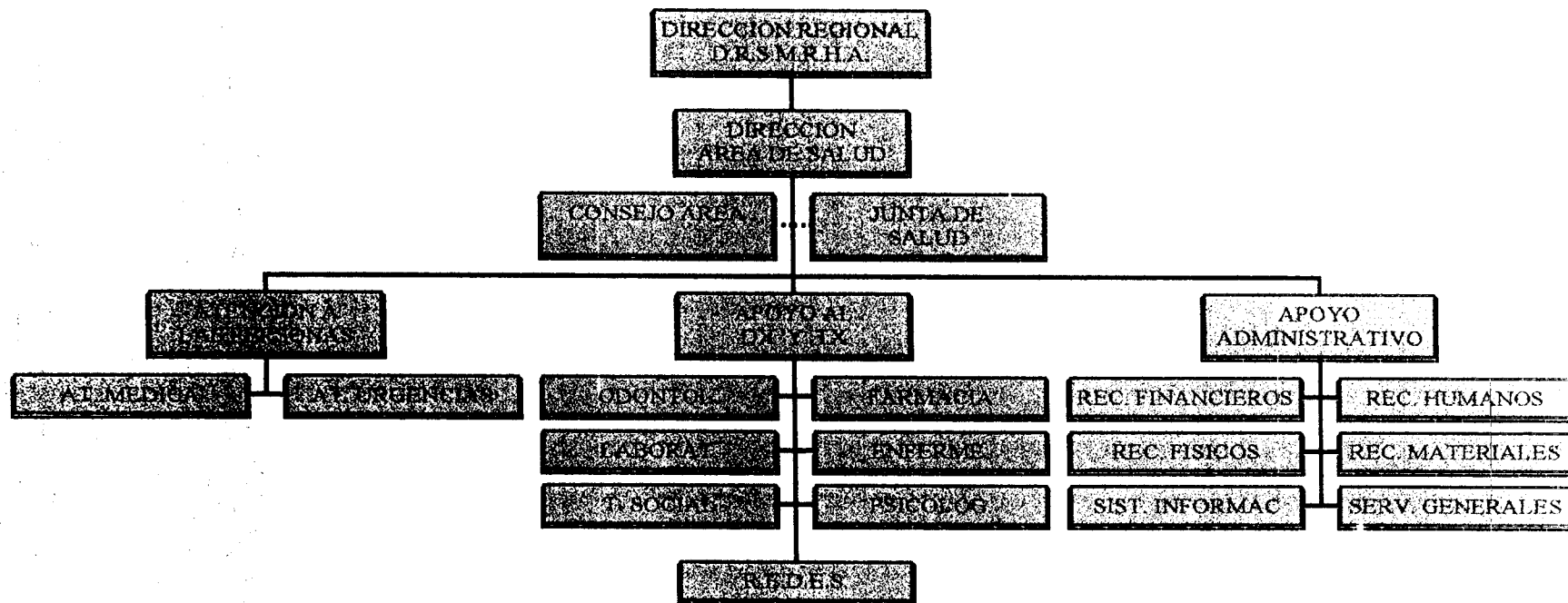
“ El Equipo de Apoyo del Área de Salud Guácimo conoce sus metas y objetivos así como los del Área de Salud, los usuarios, los grupos comunales y la Caja Costarricense de Seguro Social, para la prestación de los servicios de salud.

Planifica y desarrolla el trabajo en forma conjunta, coordinada y solidaria, a partir de la priorización de necesidades y la elaboración de un programa de trabajo en forma participativa. Sus miembros conocen los canales de comunicación y coordinación para la ejecución de actividades.

Además, los integrantes del Equipo tienen una relación simétrica y un conocimiento básico del tipo de trabajo que desarrollan sus compañeros. La participación, la libertad de expresión y el respeto por las diferencias son algunas de las características principales de su dinámica de trabajo.

Todas las opiniones son escuchadas, a través de procesos de discusión y análisis. En grupo se toman decisiones que los involucran a todos(as) o que apoyan los diferentes procesos que realizan los integrantes del Equipo en beneficio de la población que atienden.”

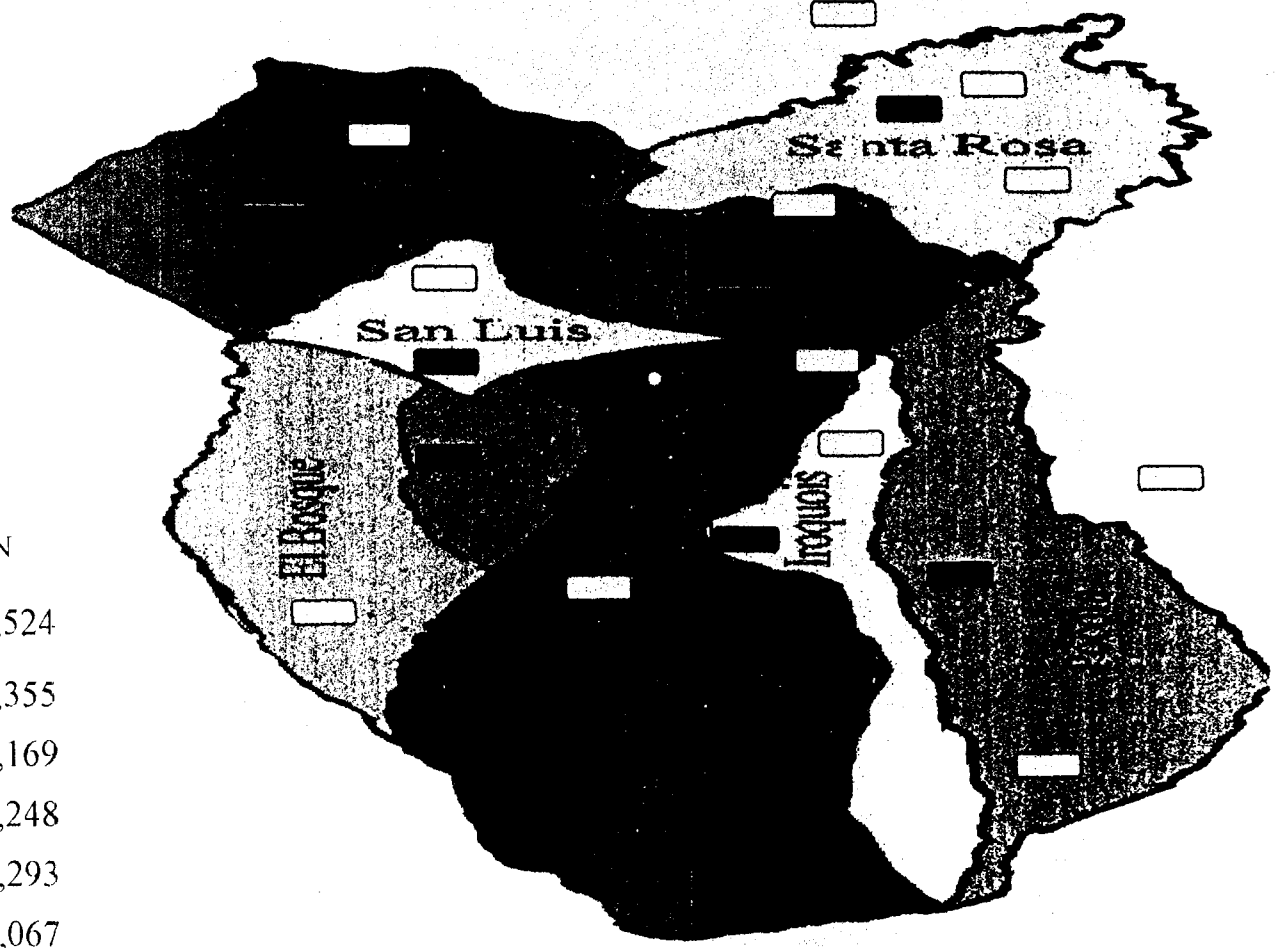
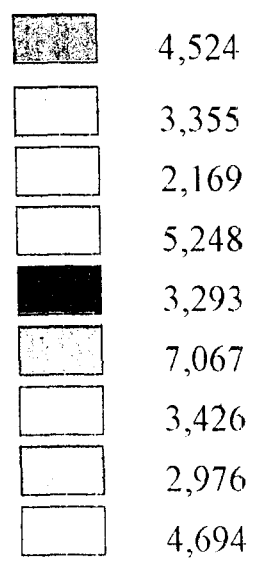
# ORGANIGRAMA AREA DE SALUD GUACIMO



# DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE EBAIS

## AREA DE SALUD GUACIMO

POBLACION



Al revisar los fines y las funciones que la ley y el Reglamento asignan a las Juntas de Salud encontramos lo siguiente:

**Fines y funciones de las Juntas de Salud. Costa Rica. 2002**

FINES DE LAS JUNTAS DE SALUD <sup>1</sup>	FUNCIONES DE LAS JUNTAS DE SALUD
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fomentar y mejorar la atención integral de la salud integral de las personas en los centros de salud en particular y del país en general.</li> <li>2. Colaborar con la Caja y el centro de salud en la contratación, equipamiento, infraestructura, operación y mantenimiento de su centro de salud, que brinde sus servicios a la comunidad de asegurados adscritos a su jurisdicción.</li> <li>3. Fortalecer la coordinación con las unidades de salud nacionales y entidades públicas y privadas, involucradas en la protección de la salud y la gestión hospitalaria.</li> <li>4. Fomentar y colaborar en la capacitación y formación del recurso humano del centro de salud.</li> <li>5. Promover la participación ciudadana en las acciones de atención integral de la salud y en la fiscalización y mejora de su centro de salud.</li> <li>6. Procurar el desarrollo eficiente de la administración presupuestaria, de los recursos humanos y de la contratación administrativa de su centro de salud.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. "Colaborar en la elaboración del presupuesto y sus modificaciones.</li> <li>2. Velar por la ejecución correcta del presupuesto.</li> <li>3. Emitir criterio sobre los compromisos de gestión del centro de salud.</li> <li>4. Emitir criterio respecto de los candidatos al cargo de director general del hospital o clínica.</li> <li>5. Participar en la definición de prioridades y políticas generales del hospital o clínica en materia de inversión, contratación administrativa y de promoción e incentivos para los trabajadores del centro y</li> <li>6. Cualesquiera otras funciones y atribuciones que por medio del reglamento respectivo se les encomienden y no afecten la administración correcta de los centros de salud."<sup>2</sup></li> <li>7. "Fiscalizar el funcionamiento, la eficiencia y el cumplimiento de las normas aplicables al establecimiento de salud.</li> <li>8. Informar a la Junta Directiva los asuntos de su competencia relacionados con sus centros de salud.</li> <li>9. Colaborar con el director de los hospitales y Clínicas en la elaboración de los anteproyectos y modificaciones presupuestarias de esos centros, conforme a las asignaciones presupuestarias y límites que fije la Junta Directiva de la Caja.</li> <li>10. Velar por la correcta ejecución del presupuesto aprobado.</li> <li>11. Emitir su criterio respecto a los compromisos de gestión del centro de salud, según el ordenamiento jurídico de la Caja.</li> <li>12. Colaborar con la administración del Hospital o la Clínica para satisfacer las necesidades y expectativas razonables del usuario, la familia y la comunidad.</li> <li>13. Servir de vínculo entre el Hospital o la Clínica y la respectiva comunidad a efecto de apoyar las políticas, programas y actividades que se realicen a nivel local, así como transmitir los problemas e inquietudes de la comunidad tendiente a mejorar la prestación de los servicios.</li> <li>14. Velar y colaborar para que la atención que se ofrece en el centro de salud cumpla los principios de equidad, humanidad, continuidad, oportunidad, accesibilidad y eficiencia considerados a la luz de programas específicos y en el contexto de las realidades locales.</li> <li>15. Colaborar para que el ambiente en que se brinda la atención sea seguro y cómodo.</li> <li>16. Velar por que el usuario, la familia y la comunidad participen en la determinación, análisis y soluciones de sus problemas de salud.</li> <li>17. Realizar actividades como conferencias, ferias de la salud, campañas educativas de saneamiento y conservación del medio, sobre derechos y deberes de los usuarios, con el fin de educar a la comunidad.</li> <li>18. Participar, apoyar y conocer los estudios respecto del nivel de satisfacción del usuario, su familia y la comunidad, con los servicios del hospital o clínica.</li> <li>19. Propiciar, apoyar y conocer los estudios respecto del nivel de satisfacción del usuario interno.</li> <li>20. Participar en el análisis y solución de los problemas detectados en los dos puntos anteriores.</li> <li>21. Promover y realizar procesos orientados al fomento de la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud"<sup>3</sup>.</li> </ol>

1/ Artículo 3º del Reglamento de las Juntas de Salud. Junta Directiva CCSS. Sesión 7322 del 15 de abril de 1999.

2/ Artículo 2º de la Ley 7852 del 30 de noviembre de 1998.

3/ Artículo 4º del Reglamento de las Juntas de Salud. Junta Directiva CCSS. Sesión 7322 del 15 de abril de 1999.

**Cuadro No.9**  
Identificación de los participantes  
Representantes de comités de salud

<b>Informante</b>	<b>Procedencia</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Escolaridad</b>	<b>Años de participación en organizaciones comunales</b>	<b>Nombre de las organizaciones</b>
1	Pocora	38	Masculino	Secundaria completa	5	Asociación de Desarrollo, Comisión de fiestas, Comité del Agua, Consejo Económico Iglesia Católica, Comité de Salud Municipal, Consejo Municipal.
2	Río Jiménez	39	Masculino	Primaria Completa	9	Asociación de Desarrollo, Consejo Adm. Iglesia Católica, Comité de salud, Junta de Educación
3	Villa Franca	40	Femenina	Primaria completa	10	Comité de Salud, Asociación de Desarrollo, Comité Pro- construcción de Puesto de Salud, CEN
4	Guácimo	46	Femenina	Bach. Universitaria	16	Asociación de Desarrollo, Triangulo de Solidaridad, Junta de Educación, Unión Cantonal, Comité de deportes, Junta Vial Cantonal, Consejo de la Persona Joven, Junta de Crédito Banco Popular, Grupo Líderes en Acción,
5	San Luis	47	Femenina	Primaria Completa	8	Asociación de Desarrollo, Comité Centro de Nutrición, Junta de Educación, Pastoral Iglesia Católica.
6	Guácimo	65	Femenina	Tercero de Colegio	30	Política, Asociación de Desarrollo, Junta Educación Colegio Diurno y Nocturno, Regidora Municipal, Directiva Hogar de Ancianos, Cruz Roja, Comité Cementerio, Junta de Salud, Triangulo de Solidaridad, Comité de Vivienda, Comité de Deportes, Comité Centro de Nutrición

Fuente: Jarrett Copeland Karen, con base en entrevistas a participantes en levantamientos, Maestría en Trabajo Social, Guácimo 2003

**Cuadro No.10**  
 Identificación de los participantes  
 Representantes de movimientos de protesta

<b>Informante</b>	<b>Procedencia</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Escolaridad</b>	<b>Años de Participación en organizaciones comunales</b>	<b>Nombre de las organizaciones</b>
1	Guácimo	54	Masculino	Técnico electricista	22	Asociación de Desarrollo, Comisión de fiestas, Patronato Escolar, Comité del Agua, Comité Cívico, Unión Cantonal.
2	Río Jiménez	45	Femenina	Primaria Completa	7	Asociación de Desarrollo, Centro de Nutrición, Patronato Escolar, Comité de Salud, Junta de Educación, Comité de Cementerio.
3	Pocora	40	Masculino	Primaria completa	10	Asociación de Desarrollo, Comité Pro- construcción de Puesto de Salud, Centro de Nutrición, Representante Sindical, Comité pro-construcción Clínica de Pocora.
4	Villa Franca	39	Masculino	Primaria completa	9	Asociación de Desarrollo, Triangulo de Solidaridad, Junta de Educación, Comité de Salud, Grupo Líderes en Acción, Consejo Administrativo de la Iglesia Católica.

Fuente: Jarrett Copeland Karen, con base en entrevistas a participantes en levantamientos, Maestría en Trabajo Social, Guácimo 2003.

### Cuadro No. 11

Miembros del Equipo de Apoyo, Área de Salud Guácimo  
según: Disciplina, puesto, tipo de cargo y años de servicio.

Disciplina	Título de Puesto	Nivel de Instrucción	Cargo	Años de Servicio	Sexo	Tipo de Cargo
Trabajo Social	Prof. 2	Licenciatura	*Trabajadora Social	9	Femenina	Propiedad
Farmacia	Prof. 2	Licenciatura	Jefatura de Farmacia.	3	Femenina	Interina
REDES	Asistente Técnico	Técnica de REDES	Jefatura de REDES	27	Femenina	Propiedad
Enfermería	Prof. 2	Licenciatura	Jefatura de Enfermería	14	Femenina	Interina
Odontología	Prof. 1	Licenciatura	Jefatura de Odontología	5	Femenina	Interina
Laboratorio	Prof. 2	Licenciatura	Jefatura de Laboratorio	22	Masculino	Propiedad
Psicología	Prof. 1	Licenciatura	*Psicóloga	3	Femenina	Interina

Fuente: Jarrett Copeland, Karen, MAETS 2003.

\*Funcionarias únicas en su campo.

**Cuadro 1** Matriz de necesidades y satisfactores

Necesidades según categorías existenciales Necesidades según categorías biológicas	Ser	Tener	Hacer	Estar
<b>Subsistencia</b>	1/ Salud física, salud mental, equilibrio, solidaridad, humor, adaptabilidad	2/ Alimentación, abrigo, trabajo	3/ Alimentar, procrear, descansar, trabajar	4/ Entorno vital, entorno social
<b>Protección</b>	5/ Cuidado, adaptabilidad, autonomía, equilibrio, solidaridad	6/ Sistemas de seguros, ahorro, seguridad social, sistemas de salud, legislaciones, derechos, familia, trabajo	7/ Cooperar, prevenir, planificar, cuidar, curar, defender	8/ Contorno vital, contorno social, morada
<b>Afecto</b>	9/ Autoestima, solidaridad, respeto, tolerancia, generosidad, receptividad, pasión, voluntad, sensualidad, humor	10/ Amistades, parejas, familia, animales domésticos, plantas, jardines	11/ Hacer el amor, acariciar, expresar emociones, compartir, cuidar, cultivar, apreciar	12/ Privacidad, intimidad, hogar, espacios de encuentro
<b>Entendimiento</b>	13/ Conciencia crítica, receptividad, curiosidad, asombro, disciplina, intuición, racionalidad	14/ Literatura, maestros, método, políticas educativas, políticas comunicacionales	15/ Investigar, estudiar, experimentar, educar, analizar, meditar, interpretar	16/ Ámbitos de interacción formativa: escuelas, universidades, academias, agrupaciones, comunidades, familia
<b>Participación</b>	17/ Adaptabilidad, receptividad, solidaridad, disposición, convicción, entrega, respeto, pasión, humor	18/ Derechos, responsabilidades, obligaciones, atribuciones, trabajo	19/ Afiliarse, cooperar, proponer, compartir, discrepar, acatar, dialogar, acordar, opinar	20/ Ámbitos de interacción participativa: partidos, asociaciones, iglesias, comunidades, vecindarios, familias
<b>Ocio</b>	21/ Curiosidad, receptividad, imaginación, despreocupación, humor, tranquilidad, sensualidad	22/ Juegos, espectáculos, fiestas, calma	23/ Divagar, abstraerse, soñar, añorar, fantasear, evocar, relajarse, divertirse, jugar	24/ Privacidad, intimidad, espacios de encuentro, tiempo libre, ambientes, paisajes
<b>Creación</b>	25/ Pasión, voluntad, intuición, imaginación, audacia, racionalidad, autonomía, inventiva, curiosidad	26/ Habilidades, destrezas, método, trabajo	27/ Trabajar, inventar, construir, idear, componer, diseñar, interpretar	28/ Ámbitos de producción y revalorización: talleres, ateneos, agrupaciones, audiencias, espacios de expresión, libertad temporal
<b>Identidad</b>	29/ Pertenencia, coherencia, diferenciación, autoestima, asertividad	30/ Símbolos, lenguajes, hábitos, costumbres, grupos de referencia, sexualidad, valores, normas, roles, memoria histórica, trabajo	31/ Comprometerse, integrarse, confrontarse, definirse, conocerse, reconocerse, actualizarse, crecer	32/ Socio-ritmos, entornos de la cotidianidad, ámbitos de pertenencia, etapas madurativas
<b>Libertad</b>	33/ Autonomía, autoestima, voluntad, pasión, asertividad, apertura, determinación, audacia, rebeldía, tolerancia	34/ Igualdad de derechos	35/ Discrepar, optar, diferenciarse, arriesgar, conocerse, asumirse, desobedecer, mediar	36/ Pasticidad espacio-temporal